

C 646083
R 1335359
02/10/00

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NA UTI - UMA ABORDA
GEM SOBRE O ATENDIMENTO DE SUAS NECESSIDADES.

361
80
1994

LIZETE MALAGONI DE ALMEIDA CAVALCANTE OLIVEIRA

RIO DE JANEIRO - RJ

JULHO - 1991

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

C 646083
R 1335359
02/10/00

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NA UTI - UMA ABORDA
GEM SOBRE O ATENDIMENTO DE SUAS NECESSIDADES.

361
80
1994

LIZETE MALAGONI DE ALMEIDA CAVALCANTE OLIVEIRA

RIO DE JANEIRO - RJ
JULHO - 1991

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1335359	
02 / 10 / 2000	

OK

SUMÁRIO

RESUMO	ix
SUMMARY.....	x

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO.....	01
. Concepções sobre o tema.....	01
. O problema.....	08
. Objetivos.....	11

CAPÍTULO II

A PROPOSTA METODOLÓGICA.....	13
------------------------------	----

CAPÍTULO III

DESCOBRINDO O FENÔMENO.....	24
. Características do campo.....	24
. A observação do fenômeno.....	28
. A experiência de ter um parente internado em UTI.....	62

CAPÍTULO IV

O FENÔMENO EM ESTUDO.....	70
. Percepção dos sujeitos sobre a visita.....	70
. A equipe de enfermagem e a família do paciente.....	85

CAPÍTULO V

O CERCEAMENTO AO DIREITO DAS PESSOAS.....	100
. O direito à visita X "regulamento".....	100
. Alternativas para visita em UTI.....	106
. As "regras" da UTI pesquisada.....	109
. Dificuldades impostas pelas regras.....	119
. As transgressões às "regras".....	130
. As notícias oficiais sobre o paciente.....	134

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
---------------------------	-----

CAPÍTULO VII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	150
ANEXO I.....	158
ANEXO II.....	161
ANEXO III.....	163
ANEXO IV.....	165

S U M M A R Y

This paper demonstrates the interaction between nursing team and the family of patients interned in Intensive Care Unit - ICU, focusing mainly the harmony between the furnished attendance and the family needs, as manifested. It is a research of a descriptive nature, a type-case study, with a qualitative approach. The aims had been to identify the needs which the family does show at the time of internment of a relative in a ICU, and the assistance that a nursing team is offering to this patient, having in view the analysis of the quality of the attendance and the potentialities for changes. After a exploratory phase, making use of independent observation, I have carried out partially structured interviews with members of nursing team and with relatives of ICU patients. I have verified that the nursing team doesn't consider to assist the family as its responsibility and that the "ruling" inside the unit frequently restricts the rights of relatives and restricts the performance of the professionals of the area. I have considered essential the change of posture on the part of the nursing team, extending their assistance to the family and reorienting their activities toward identification and meeting the elementary needs.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Concepções sobre o tema

Diversos autores em enfermagem, ao emitirem conceitos sobre a profissão e seus objetivos, incluem, como receptores da assistência de enfermagem, não apenas o paciente, mas também a família e a comunidade. Apesar disso, a família e comunidade têm sido tratadas mais como unidades assistenciais a nível de programas preventivos de Saúde Pública, enquanto o paciente tem sido alvo dos cuidados da equipe profissional hospitalar. A família, como integrante da unidade social na qual se insere o paciente hospitalizado, não tem merecido a atenção devida.

SENNÁ⁽⁴⁴⁾ conceitua família como as pessoas que convivem e compartilham com o indivíduo o seu dia-a-dia, e, segundo NOGUEIRA⁽³⁹⁾, ela se constitui no grupo social mais importante das pessoas. Desta forma, vejo a unidade familiar como integrando um grupo de pessoas que interagem mutuamente, dentro de um referencial comum, partilhando o mesmo cotidiano e unidas por fortes ligações afetivas. Considerada em

uma perspectiva de globalidade, mais que a soma de suas partes⁽⁵⁶⁾, a família é formada por membros que se relacionam de forma dinâmica e interdependente. WATZLAWICK et alii⁽⁵⁶⁾ afirmam que o comportamento de todo indivíduo, dentro da família, depende do comportamento de todos os outros.

De acordo com as colocações anteriores, o equilíbrio da unidade familiar só pode ser alcançado, se todos os seus componentes, individualmente, se encontram em equilíbrio. Da mesma forma, o desequilíbrio de um dos membros, por interferir no desempenho de seus papéis e funções na família, gera desequilíbrio também nos demais. Em consequência, todo o grupo se mobiliza no sentido de buscar recursos que possibilitem a volta ao estado de equilíbrio dinâmico.

× As situações de desequilíbrio, especialmente, de funções psicobiológicas, costumam ser definidas como (doença.) HORTA⁽²⁹⁾ refere que os desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais resultam em estados de tensão, conscientes ou inconscientes, que constituem as necessidades humanas básicas. Afirma, também, que, em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém, estão latentes e surgem, com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado.*

Segundo a mesma autora, a manifestação de necessidades leva o ser humano a buscar sua satisfação, como uma tentativa de manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. Acrescenta que o completo bem-estar de uma pessoa requer o atendimento das necessidades básicas que ela manifesta, sendo que necessidades não atendidas, ou atendidas inadequa

damente, trazem desconforto que, quando prolongado, poderá ser causa de doença. X

Para DANIEL⁽¹⁷⁾, as situações problemáticas, surgidas de um desequilíbrio no ajustamento do organismo humano, nem sempre podem ser resolvidas pelo próprio indivíduo e, quando podem ser auxiliadas pelo enfermeiro, através de sua função profissional, tornam-se problemas em enfermagem. Na opinião de HENDERSON⁽²⁸⁾, a enfermagem possui suas raízes nas necessidades fundamentais da pessoa humana, e DANIEL⁽¹⁷⁾ destaca que a atenção de enfermagem não consiste somente em ministrar cuidados ao doente, mas entende-se, também, às pessoas carentes de orientação e de intervenção direta na prevenção de doenças. X

A doença, como resultante de desequilíbrio, comumente é vista como uma ameaça⁽²³⁾ e provoca, no doente, uma situação de crise. Conforme CAPLAN⁽⁷⁾,

"O fator essencial que influi na ocorrência de uma crise é um desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema, por um lado, e os recursos imediatamente disponíveis para resolvê-lo (...). Em outras palavras, o problema apresenta-se quando o indivíduo depara com estímulos que assinalam perigo para a satisfação de uma necessidade fundamental, ou provocam o apetite de uma necessidade importante, e as circunstâncias são tais, que os métodos habituais de solução de problemas fracassam no espaço de tempo de antigas expectativas de êxito. Portanto, a tensão causada pela frustração da necessidade aumenta e isto, por si só, envolve problemas de manutenção da integridade do organismo ou grupo (...). Essa perturbação está, usualmente, associada a sentimentos subjetivos de desconforto, como angústia, medo, culpa ou vergonha, segundo a natureza da situação. Há uma sensação de impotência e ineficácia em face do problema insolúvel(...)." X

Ainda segundo esse autor, as situações novas que o indivíduo não foi capaz de enfrentar rapidamente com seus mecanismos existentes de defesa e interação, geralmente, problemas graves e inevitáveis, como uma ameaça física por doença, acidente ou cirurgia, constituem crises do tipo acidentais. Ele refere que, se qualquer membro da família enfrenta um problema que envolve ameaça à satisfação de uma necessidade, o grupo, como um todo, é inevitavelmente envolvido, de um modo ou de outro, e em diferentes graus.

CHAVES & FABER⁽¹²⁾ referem-se à família como constituindo os parâmetros dentro dos quais a doença ocorre e se resolve, e confirmam que a saúde ou doença de um membro afeta o restante da família. Como asseguram WATZLAWICK et alii⁽⁵⁶⁾, as mudanças para melhor ou pior no membro da família identificado como doente, terão um efeito sobre seus outros integrantes, especialmente em função de sua própria saúde psicológica, social e até física.

Verifica-se, desta forma, que a doença significa uma ameaça, tanto à integridade pessoal quanto familiar, pois quando um membro da família adoece, todos os outros ficam em tensão e, como observa KÜBLER-ROSS⁽³⁰⁾, experimentam estágios de adaptação à doença semelhantes aos dos pacientes. No entanto, para os profissionais de saúde, o paciente é, quase sempre, o único que necessita de sua assistência. Nesse aspecto, CONDRAU⁽¹⁵⁾ comenta que, freqüentemente, superestima-se a capacidade do familiar de suportar a gravidade da situação, recomendando que tanto o paciente como seus íntimos devam ser alvos dos cuidados práticos da equipe de saúde.

Parece evidente, então, que haja uma nítida predomi
nância na literatura científica, de pesquisas enfocando a as
sistência à pessoa que adoece, em detrimento de trabalhos e
estudos sobre o atendimento necessário aos familiares dos pa
cientes. A situação foi percebida por KÜBLER-ROSS⁽³⁰⁾, ao
abordar o problema da assistência familiar como um aspecto
que, verdadeiramente, precisa ser revisto na prática das pro
fissões de saúde.

De modo geral, os autores que se ocupam em referen
ciar a assistência à família dos pacientes internados têm
demonstrado limitada preocupação com as intervenções de en
fermagem dedicadas ao atendimento destes familiares. Nos es
tudos que tratam do assunto, o enfoque, quase sempre, tem si
do a abordagem da família, como forma de garantir a assistên
cia ao paciente. Assim, ela pode ser vista como colaboradora
na prestação de cuidados ao doente, ou como fonte de impor
tantes informações sobre o paciente, dentre outros.

× Muito se tem dito sobre a utilidade da participação
familiar no planejamento e implementação da assistência ao
enfermo, indicando a família como principal elemento de apoio
ao paciente internado. Também se reconhece que ela enfrenta
uma situação crítica, quando da hospitalização de um de seus
membros, apresentando necessidades específicas, e, ainda, que
a assistência a suas ansiedades, angústias e expectativas
tem sido negligenciada. Entretanto, escasso ou nenhum pro
gresso tem sido verificado para o atendimento destas pes
soas, como forma de satisfazer suas próprias necessidades
afetadas. ×

X De acordo com GARDNER & STEWART⁽²⁴⁾, as famílias têm sido mencionadas, na literatura específica, como fonte de es tr s s e para os enfermeiros. Todavia, as autoras reconhecem que as famílias precisam de ajuda para enfrentar o estresse agudo e crônico, observando que o envolvimento profissional-família beneficia não apenas a família e profissional, mas também, o paciente. ✓

X Considerando que a equipe de enfermagem ocupa uma po si ção estratégica junto ao paciente e sua família, a pro pos ta deste trabalho consta de uma ab or d a m e n t a ç ã o acerca da pro bl e m a t i c a vivida pelos familiares por ocasião da do e n ç a e hos pi ta l i z a ç ã o de um de seus membros,] contribuindo para o en ca m i n h a m e n t a m e n t o da atenção profissional que necessitam como ajuda para enfrentarem a crise experimentada. ✓

Entendo que, se a doença e a hospitalização de um en t e q u e r i d o, normalmente, impõem estresse à sua família, de te r m i n a n d o d e s e q u i l i b r i o no ajustamento de seus membros in te g r a n t e s, o problema assume dimensões especiais quando es ta s i t u a ç ã o é marcada pela gravidade da doença. (O risco de vida e a internação do doente em unidades altamente so f i s t i c a d a s representam, para o familiar, ameaças de conteúdo e intensidade variáveis.)

Reconheço que a hospitalização, por si só, provoca significativo impacto na dinâmica familiar e, portanto, pode conduzir os familiares a uma situação de crise. Entretanto, considero que os parentes daqueles pacientes ditos graves ou de alto risco estão sujeitos a níveis mais elevados de ten s ã o e, em consequência do desequilíbrio instalado, man i f e s t r a m o

tam, de forma mais evidente, suas necessidades específicas afetadas.

Como ambiente natural para esta investigação, escolhi a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por tratar-se de uma área hospitalar da qual os familiares dos pacientes ali internados são "impedidos" de fazer parte, com acesso limitado por normas institucionais muito rígidas. Quase sempre a família desconhece as finalidades da assistência em UTI, o seu funcionamento e a equipe que assiste o doente. Portanto, a situação assume características de desconhecida, o que adiciona o medo aos sentimentos familiares de angústia e ansiedade ante as ameaças percebidas.

Por outro lado, embora, teoricamente, incluía-se entre os quesitos a serem observados na indicação de internação em uma UTI, a possibilidade de recuperação do paciente, não é esse o entendimento comum entre seus familiares. SOUZA et alii⁽⁴⁵⁾ comentam que, apesar dos avanços tecnológicos, o índice de mortalidade em UTI continua bastante elevado, criando um mito, por parte de alguns pacientes e mesmo familiares, de ser este um local destinado a pacientes que não apresentam condições de sobrevivência. Afirmam, também, que o ambiente da UTI é, muitas vezes, encarado como agressivo e frio, e os doentes, como mais graves do que podem estar na realidade.

Em decorrência destes pré-conceitos, a situação de possuir um membro internado em UTI, aproxima os familiares da possibilidade de perdê-lo e, por conseguinte, significa forte ameaça à sua integridade, bem como aos seus sentimen

tos de invulnerabilidade e segurança.

. O problema

(Teoricamente, a enfermagem moderna tem se comprometido com uma assistência holística ao paciente, família e comunidade. Entretanto, a prática profissional não tem concretizado tais preceitos.) O exame dos registros da assistência de enfermagem prestada aos pacientes internados, mostra que ela continua centrada em necessidades psicobiológicas, apesar dos discursos e recomendações da literatura específica para estender a assistência também aos domínios psicossocial e psicoespiritual.

Referindo-se aos pacientes criticamente enfermos, NORRIS & GROVE⁽⁴⁰⁾ observam que, tradicionalmente, pouca atenção tem sido dada às suas necessidades psicossociais e, menos ainda, às dos familiares. Entretanto, conforme BEDSWORTH & MOLEN⁽²⁾, os enfermeiros são responsáveis pela assistência, tanto a pacientes quanto aos seus familiares, no enfrentamento de novas e frequentes situações difíceis. Afirmam, também, que, não obstante estejam em posição favorável para ajudar os dois, freqüentemente, o paciente é o único foco de sua atenção.

Porém, como é bem lembrado por GAGLIONE⁽²³⁾, a doença não é experienciada individual, mas coletivamente, e o cuidado holístico ao paciente implica na avaliação e intervenção de enfermagem para satisfazer as necessidades tanto do enfermo como de sua família. No que tange à família dos doentes internados, no entanto, observa-se que ela, pratica

mente, não tem recebido qualquer tipo de assistência da equipe de saúde, incluindo-se, aí, a equipe de enfermagem.

Segundo BAKER et alii⁽¹⁾, para o enfermeiro intensivista, o primeiro interesse é o bem-estar do paciente, mas ele deve estar ciente das necessidades dos outros membros da família e, ainda que possa ter boas intenções sobre assistir os familiares, a realidade é que a família, como unidade, usualmente não é tratada em qualquer extensão.

Em minha prática como enfermeira e docente, atuando em UTI, encontrei diversas vezes, familiares e amigos de pacientes internados perambulando pelos arredores da unidade, em atitude de quem aguarda, ansiosamente, oportunidade de ver seu parente ou, pelo menos, obter notícias sobre seu estado. Referindo-se à conduta da equipe hospitalar frente à família de pacientes graves, KÜBLER-ROSS⁽³⁰⁾ assevera que os parentes são, geralmente, deixados completamente sozinhos, e passam suas horas esperando em corredores, bares ou por perto do hospital, andando, sem rumo, para um lado e outro. Ela relata que eles podem fazer tímidas tentativas na esperança de ver um médico e, quando conseguem falar com alguma enfermeira, só conseguem saber que o médico está ocupado.

Desta forma, alguns familiares se propõem a mendigar informações às pessoas que entram ou saem da unidade; outros, amargos, magoados ou esgotados, física e psicologicamente, se submetem às normas institucionais, em uma espera interminável; outros, ainda, inconformados com a situação, partem para a agressão e o desrespeito às regras, que não permitem a entrada de "estranhos".

WATZLAWICK et alii⁽⁵⁶⁾ afirmam que todo comportamento, em uma situação interacional, tem valor de mensagem, ou seja, é comunicação. Segundo BELAND & PASSOS⁽³⁾, as pessoas comportam-se de uma determinada forma para satisfazer necessidades, aparentes ou não, e, assim, uma necessidade não satisfeita provoca um comportamento, que visa à sua satisfação. Lembram as autoras, que, ao observador, o comportamento nem sempre parece razoável ou racional, no sentido de que o sujeito não manifesta clara e concisamente qual é, na realidade, a necessidade que o motivou.

FREITAS et alii⁽²²⁾ afirmam que o enfermeiro intensivista, por conviver diariamente com abalados momentos da família do paciente, ocupa importante papel em sua assistência. Mas a realidade prática é outra, mostrando que, mesmo nas ocasionais situações em que se concretiza, a assistência de enfermagem dispensada aos familiares tem sido casual, asistemática e não dirigida à satisfação de suas necessidades afetadas, como percebidas por eles mesmos.

Tendo-se em conta que as necessidades variam de um membro da família para outro, e que os pacientes criticamente enfermos tomam mais tempo da enfermagem, STILLWELL⁽⁴⁶⁾ comenta que a avaliação das necessidades dos familiares torna-se o maior desafio para o enfermeiro. Acrescenta que, para intervir apropriadamente com as famílias, durante este momento crítico, é essencial conduzir uma avaliação rápida e acurada de suas necessidades, o que, em minha opinião, só pode ser conseguido através de uma interação efetiva com os familiares.

A equipe de enfermagem me parece ter potencial para uma interação construtiva com pacientes e suas famílias, o que a coloca em posição de contribuir, eficazmente, para ajudá-los a enfrentar a crise e lidar com as ameaças subsequentes. Acredito ser essa a proposta de uma assistência de enfermagem voltada para o atendimento das necessidades humanas básicas.

No entanto, um posicionamento neste sentido requer profunda reflexão sobre alguns aspectos essenciais. Com o intuito de colaborar neste processo, busquei, nesta investigação, responder às seguintes questões:

- . Que tipo de assistência a família dos pacientes internados em UTI tem recebido da equipe de enfermagem?
- . Que necessidades apresentam os familiares e que assistência carecem receber da equipe de enfermagem?
- . Como viabilizar a assistência de enfermagem aos familiares dos pacientes, visando ao atendimento de suas necessidades afetadas?

. Objetivos

- 1) Identificar como a família dos pacientes internados na UTI percebe a assistência de enfermagem que lhe é oferecida.
- 2) Verificar que necessidades estes familiares manifestam, por ocasião da internação de seu parente na UTI.

- 3) Analisar a qualidade da assistência de enfermagem dispensada, pela equipe de enfermagem da unidade, à família dos pacientes ali internados.

CAPÍTULO II

A PROPOSTA METODOLÓGICA

Esse estudo caracteriza-se como de natureza descritiva, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa.

Segundo TRIVIÑOS⁽⁵²⁾, os estudos de natureza qualitativa "pretendem descrever 'com exatidão' os fatos e fenômenos de determinada realidade", sendo objetivo dos estudos de caso "aprofundarem a descrição de determinada realidade". A complexidade do Estudo de Caso está determinada pelos suportes teóricos que orientam o investigador em seu trabalho. Além disso, LÜDKE & ANDRÉ⁽³⁶⁾ afirmam que o caso, objeto de estudo, é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos no desenrolar do estudo. O caso pode ser similar a outros, mas é ao mesmo tempo distinto, pois tem interesse próprio, singular".

A escolha da metodologia do estudo de caso se respalda em suas características fundamentais apontadas por LÜDKE & ANDRÉ⁽³⁶⁾: "os estudos de caso visam à descoberta; ênfatizam a 'interpretação em contexto'; buscam retratar a realida

de de forma completa e profunda; usam uma variedade de fontes de informação; revelam experiência vicária e permitem generalizações naturalísticas; procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social; e seus relatos utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que outros relatórios de pesquisa". Assim, a opção por este método viabilizou a exploração do fenômeno família do paciente internado em uma UTI, com seus sentimentos, angústias, expectativas e necessidades.

A pesquisa evidencia o processo de interação entre equipe de enfermagem e família de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), focalizando, essencialmente, a consonância entre a assistência prestada e as necessidades manifestadas pelos familiares, com vistas a desvelar a qualidade do atendimento e possibilidades de mudanças.

O campo selecionado constituiu-se da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de médio porte da rede privada do município de Goiânia. Esta unidade foi escolhida por ser utilizada para o estágio curricular da disciplina Enfermagem em Terapia Intensiva, oferecida na 5ª série do curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Goiás, pela qual sou a docente responsável. A autorização para realizar a pesquisa foi obtida, verbalmente, da Direção Clínica do hospital.

O estudo foi desenvolvido em três fases, embora os limites entre elas nem sempre tenham sido precisos. Na pri

meira, do tipo aberta ou exploratória, utilizei a observação livre, conforme recomenda TRIVIÑOS⁽⁵²⁾, em que, no papel de participante como observador, e não ocultando totalmente minhas atividades, revelei apenas parte do que pretendia, a fim de minimizar as alterações no comportamento do grupo observado. À equipe do Serviço de Enfermagem local, informei apenas que pretendia realizar um estudo com os familiares dos pacientes ali internados, precisando observá-los durante algum tempo. Integrada à equipe de enfermagem, os familiares não estranharam minha presença na unidade, dispensando explicações.

Esta fase foi desenvolvida ao longo de onze dias, durante os meses de outubro, novembro e primeira quinzena de dezembro de 1990, perfazendo o total de vinte e quatro horas de observação do fenômeno em estudo, apresentado, naturalmente, sem qualquer intervenção de minha parte.

Por quatro dias, as observações ocorreram no período matutino, com o objetivo de registrar qualquer ocorrência relativa à família dos pacientes, desde eventuais atendimentos a familiares que procuravam a unidade fora do horário de visitas, até os comentários da equipe profissional a este respeito. Em outros cinco dias, realizei minhas observações ainda dentro da UTI, porém, em períodos que abrangeram desde os preparativos para receber os visitantes, a abordagem aos familiares que esperavam o início das visitas e o encontro destes com seus parentes internados, até os primeiros momentos pós-visitas dentro da unidade.

Finalmente, nos dois últimos dias fiz as observações junto aos familiares dos pacientes, no recinto onde eles ficam aguardando a visita. Desta feita, as observações foram dirigidas às relações estabelecidas entre as pessoas presentes, a escolha do membro familiar que vai proceder à visitação, o comportamento dos que permaneciam esperando, e volta do visitante, com o relato sobre as condições do paciente e informações obtidas dentro da UTI.

A forma de registro utilizada nesta primeira etapa foi do tipo anotações de campo, de acordo com TRIVIÑOS⁽⁵²⁾, consistindo na descrição, por escrito, de todas as manifestações verbais, ações e atitudes comportamentais observadas nos sujeitos, bem como as circunstâncias físicas que os rodeiam. Concomitantemente, registrei todas as minhas reflexões surgidas face à observação do fenômeno. As anotações foram realizadas o mais próximo possível do momento da observação, para a sua maior acuidade, e a fim de não comprometer a interação com o grupo. Esta fase foi de fundamental importância para a definição mais precisa do objeto em estudo, possibilitando separar, da realidade total do serviço, apenas o fenômeno da família do paciente internado em suas relações com a equipe de enfermagem.

Na segunda fase, mais sistemática em termos da coleta de dados, os sujeitos do estudo foram separados em dois grupos distintos: familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva selecionada para a pesquisa, e equipe de enfermagem que presta serviços nesta UTI. Em princípio, qualquer pessoa da equipe de enfermagem ou da família

de pacientes internados poderia ser selecionada como sujeito da pesquisa, desde que atendesse ao requisito básico de estar envolvida no fenômeno em estudo.

Nesta fase, assumi o papel de observador como participante, revelando, desde o início, aos dois grupos pesquisa dos a minha identidade de pesquisadora bem como a natureza e propósitos da investigação. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada, possibilitando aos sujeitos discorrerem sobre o tema proposto com base nas informações e opiniões que tinham acerca da situação. As entrevistas foram norteadas por roteiros específicos para cada um dos dois grupos. As questões fundamentais das entrevistas nasceram da associação entre os objetivos da investigação e os resultados da etapa exploratória, mas de modo a permitir as adaptações exigidas no seu desenrolar e no transcurso da coleta de dados.

O roteiro para entrevistas com familiares (Anexo I) [↓] permaneceu inalterado até o final. O mesmo não ocorreu com o roteiro para as entrevistas com membros da equipe de enfermagem (Anexo II) que, após ter sido utilizado na coleta dos seis primeiros depoimentos, foi revisto, de forma a abranger aspectos, até então, pouco claros. A versão final desse último foi utilizada para permitir a complementação das entrevistas já realizadas no grupo, quanto aos pontos pouco explorados no primeiro encontro (Anexo III). Na coleta dos três últimos depoimentos da equipe de enfermagem foi usado o roteiro modificado.

Para o desenvolvimento do estudo e possibilitando atingir os objetivos propostos nesta investigação, procurei contemplar nos roteiros de entrevista as seguintes temáticas:

- . A visita ao paciente internado em UTI;
- . As normas hospitalares;
- . Necessidades apresentadas pelos familiares e sua satisfação;
- . A procura da UTI pelos familiares e o atendimento oferecido; e
- . Percepções dos familiares sobre a UTI.

A forma de registro utilizada nesta etapa foi a gravação em fitas K-7, realizada com a anuência prévia dos informantes e garantindo-lhes sigilo quanto às suas identidades. Tentando minimizar uma das desvantagens desta forma de registro, qual seja a de captar somente as expressões orais, deixando de lado as expressões faciais, os gestos, e as mudanças de postura, combinei a gravação com anotações sucintas, realizadas durante as entrevistas, sobre os aspectos da comunicação não-verbal dos entrevistados, que viessem a enriquecer o conteúdo verbal apresentado. Esta técnica foi utilizada em todas as entrevistas com os dois grupos.

Para a complementação dos primeiros depoimentos da equipe de enfermagem, o procedimento adotado foi de anotações escritas no momento da entrevista, a pedido dos sujeitos, em razão de esses encontros terem sido realizados no vestiário/copa de funcionários, durante os intervalos para lanche. A única exceção foi um sujeito que concordou com o

novo encontro na Biblioteca do hospital, o que favoreceu a gravação do complemento à sua entrevista inicial em fita K-7.

Esta fase do trabalho teve início na segunda quinzena de janeiro de 1991, estendendo-se até final de fevereiro, sendo encerrada no ponto onde não encontrei dados ou aspectos novos a serem acrescentados. Envolveu sete horas de gravação de entrevistas, quarenta e duas para sua transcrição e cerca de quatro horas dedicadas à complementação das seis primeiras entrevistas com a equipe de enfermagem, que aconteceu após a modificação no roteiro inicial.

O conhecimento travado durante a realização das observações livres facilitou o acesso à equipe de enfermagem, contribuindo na sua escolha como grupo primeiramente abordado. O relacionamento pessoal proporcionado pelo convívio em situações anteriores foi, muitas vezes, de grande peso na decisão de aceitarem participar do estudo.

Entretanto, apesar desta facilidade, apenas nove (9) entre os dezessete (17) integrantes da equipe de enfermagem, aceitaram tornar-se sujeitos da pesquisa, sendo uma (1) enfermeira, cinco (5) auxiliares e três (3) técnicos de enfermagem. As razões apresentadas para a recusa em participar foram falta de tempo e receio quanto às perguntas que deveriam responder.

As entrevistas com esse grupo foram realizadas na sala da Biblioteca do hospital, à exceção das três últimas. Era importante que o local permitisse privacidade, pois os

sujeitos mostravam-se temerosos quanto ao que fariam, imaginando os riscos de colocações contrárias ao regulamento da Instituição. Garantindo a privacidade, estaria garantindo o sigilo de suas identidades, anteriormente assegurado.

Com o grupo de familiares, constituído por seis (6) informantes, as maiores dificuldades foram minhas. Devo relatar que me senti bastante incomodada em abordar pessoas tão sofridas para solicitar participação no estudo. Apesar disto, nenhum deles sequer titubeou em aceitar, dando-me a impressão que ficavam felizes com a oportunidade de falarem sobre suas experiências.

No procedimento adotado para a abordagem aos parentes, eu permanecia dentro da UTI no momento das visitas, observando os acontecimentos. Tendo o cuidado de estar inteirada sobre as condições dos pacientes, quando os visitantes entravam, escolhia casualmente um deles, e me aproximava. Estabelecia o relacionamento inicial participando de seu encontro com parente e abordando temas ligados ao motivo da internação, grau de parentesco entre os dois, condições atuais do paciente, dentre outros.

Quando o horário de visitas terminava e os familiares se preparavam para deixar a unidade, voltava à pessoa selecionada, apresentando-me como enfermeira, professora universitária e pesquisadora. Após explicar-lhe os objetivos do estudo, íamos para a Biblioteca, onde, com a privacidade necessária e obtido o consentimento para gravação, a entrevista tinha início.

Às vezes, na primeira abordagem ao familiar, ainda dentro da UTI, percebia que eles ficavam ansiosos quanto ao conteúdo da conversa proposta, talvez por imaginarem tratar-se de alguma comunicação sobre o parente internado. Baseada nisto, tentei estar atualizada sobre o estado de saúde dos respectivos pacientes, até como forma de estabelecer o "rapport" necessário à entrevista, através da satisfação de suas necessidades relativas a informações.

Após a realização de cada entrevista com os dois grupos, e com a maior brevidade de tempo possível, realizei a transcrição dos depoimentos, combinando-os com as anotações efetuadas no transcorrer da coleta.

A validação dos depoimentos foi realizada no transcorrer das próprias entrevistas, em razão da alta rotatividade dos pacientes internados no campo selecionado para o estudo, o que poderia impedir o meu re-encontro com os informantes do grupo de familiares. A fim de uniformizar a conduta, o mesmo procedimento foi utilizado com o grupo de integrantes da equipe de enfermagem. A técnica adotada foi a checagem imediata dos dados junto aos sujeitos à medida que os temas principais do estudo afluíam nos depoimentos, em esquema de retro-alimentação: a confirmação de uma idéia, ao mesmo tempo encerrava a abordagem de um tema e dava prosseguimento à conversa.

A terceira e última etapa do estudo, consistiu na análise e interpretação dos dados, validação dos resultados e elaboração do relatório final da pesquisa. Embora a interpretação e a análise tenham ocorrido paralelamente à coleta

dos dados, a fase sistemática desta tarefa iniciou-se logo após o trabalho de coleta dos dados, e requereu, num primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar tendências e padrões relevantes. Num segundo momento, essas tendências e padrões foram reavaliados, buscando-se relações e inferências num nível de abstração mais elevado⁽³⁶⁾.

De acordo com o esquema proposto por LUDKE & ANDRÉ⁽³⁶⁾ para a análise dos dados, o primeiro passo foi a construção de um conjunto de categorias descritivas, com base em conceitos fornecidos pelo referencial teórico e nos resultados da etapa exploratória, a partir dos quais foi realizada uma primeira classificação dos dados. O passo seguinte foi a abstração, ultrapassando os dados, tentando estabelecer conexões e relações que possibilitassem a proposição de novas explicações e interpretações, ou acrescentar algo ao fenômeno já conhecido, conforme referem as autoras.

Para a validação do relatório final, solicitei à enfermeira da UTI, uma reunião com os funcionários que se dispusessem a participar da atividade. O encontro aconteceu no vestiário/copa da unidade, sendo que, após a leitura dos resultados e considerações finais, os quatro integrantes deste grupo, presentes no momento, avaliaram que os resultados refletiam a situação real, embora alguns comentassem nunca haverem pensado no assunto com o enfoque dado à pesquisa. Observaram também que a Administração do hospital, provavelmente, colocaria restrições à implementação das mudanças necessárias.

A validação do estudo junto aos familiares de pacientes internados na UTI foi solicitada a todos os visitantes que compareceram à unidade, àquela dia, para visita aos pacientes. Entretanto, alegando falta de tempo para participar, vários deles se recusaram, e o procedimento foi realizado com apenas dois familiares, na Biblioteca do hospital. Lidas a análise dos resultados e considerações finais do trabalho, os participantes julgaram válidos os achados, acrescentando que seria muito importante que algumas das sugestões apresentadas fossem realmente implementadas.

CAPÍTULO III

DESCOBRINDO O FENÔMENO

. Características do campo

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que se constituiu campo para esta pesquisa, localiza-se no segundo andar do hospital, entre duas Unidades de Cuidados Mínimos e próxima ao Centro Cirúrgico. Alojava, à época, nove (9) leitos, em uma área comum, que passarei a denominar sala de tratamento. Não há qualquer tipo de divisória entre os leitos e a equipe de profissionais que atua no local dispõe, apenas, da estrutura mínima para o desenvolvimento de suas atividades. Como áreas de apoio, a UTI possui uma sala para material esterilizado e outros equipamentos, sala para guarda de medicamentos, expurgo e uma pequena área que foi adaptada para funcionar como rouparia.

O acesso a essas dependências se faz por intermédio de um pequeno hall, que separa a Unidade do corredor do hospital e serve como local para guarda da paramentação necessária para a entrada. Neste hall, abrem-se uma porta para a sala de tratamento e demais dependências internas, e outra pa

ra o vestiário/copa de funcionários. O vestiário possui instalações sanitárias completas e escaninhos individuais para funcionários de enfermagem, além de um banco estofado que serve não só à equipe da UTI, quanto a visitantes que necessitem descansar brevemente até se refazerem de reações emocionais mais fortes, ou desejam privacidade para conversar com o médico sobre as condições de seu parente. (Anexo IV).

Ao lado da UTI, situa-se a Unidade de Recuperação (UR) que, embora funcione como unidade independente, utiliza os serviços do plantonista e da enfermeira da UTI, para as emergências médicas e supervisão da assistência de enfermagem, respectivamente. Estas duas unidades se intercomunicam através de uma pequena abertura na parede, de formato quadrado, medindo, aproximadamente, 40 x 50 cm, que serve para solicitação e troca de material emprestado, solicitação de serviços de plantonista médico e enfermeira, além de outras finalidades.

Uma análise superficial do espaço físico destinado à UTI evidencia certa inadequação quanti-qualitativa. As adaptações realizadas conseguiram, no máximo, suprir as exigências primárias para permitir seu funcionamento. Isto pode ser confirmado pela verificação das pequenas áreas destinadas aos serviços essenciais de guarda de material esterilizado, de medicamentos, rouparia, e expurgo, bem como a improvisação do hall de entrada, que acumula função de estoque de roupas privativas da unidade. A conformação destas áreas é inadequada, considerando-se tanto a sua relação com a sala de tratamento, como entre elas mesmas.

Além disto, não identifiquei qualquer espaço destinado à recepção e atendimento de familiares dos pacientes internados, ou que permitisse a improvisação de um. Há exclusivamente o final de um corredor, um pouco mais largo, junto à porta de entrada da unidade, onde os visitantes devem aguardar atendimento ou entrada para visitar seu parente. Ressalto ainda, que esta área não oferece nenhuma condição de conforto aos seus freqüentadores, e não possui sequer um banco que possam utilizar para descansar enquanto esperam atendimento.

A assistência médica funciona em esquema de plantões de 4/4 horas durante o dia, e de 12 horas noturnas. O plantão das 7 h às 11 h é feito pelo médico chefe da unidade, e cada um dos outros dois plantões diurnos (11 - 15 h e 15 - 19 h) também tem médico fixo. Apenas os plantões noturnos são rotacionados entre vários médicos.

O serviço de enfermagem conta com uma (1) enfermeira, oito (8) técnicos de enfermagem e oito (8) auxiliares de enfermagem. É dirigido pela enfermeira, que trabalha em esquema de 08 horas/dia úteis e 06 horas aos sábados, no período matutino. Além disto, é responsabilidade da enfermeira manter supervisão a distância quando não está em serviço. Assim, com freqüência, ela é solicitada na unidade em finais de semana e feriados, para solucionar problemas técnicos, tais como adequar escala de serviço em casos de absenteísmo, podendo ter que assumir a escala dos faltosos.

O esquema de serviço de enfermagem da UTI prevê quatro (4) funcionários em cada turno, mas isso não impede que, em

certos dias, apenas três funcionários estejam escalados. Do total de funcionários, 35,29% (6) fazem 6 horas/dia, 58,28% (10) fazem o esquema de 12/36 horas, merecendo destaque, ainda, o fato de 52,94% (9) terem dois empregos. Também são comuns os casos de jornadas de 24 ou 36 horas seguidas.

O tipo de paciente predominante na UTI é de acidentados (politraumatismos e traumatismos crânio-encefálicos-TCE), sendo menos freqüentes as doenças naturais (tumores, infartos, acidentes vasculares cerebrais - AVC, aneurismas, entre outros). Os pacientes internados para observação, como os acidentados sem comprometimento sério comprovado, pós-exames, pós-operatórios sem complicações ou intercorrências, dentre muitos, são internados, geralmente, na UR. As internações na UTI acontecem mais freqüentemente via Unidade de Emergência e Centro Cirúrgico, sendo a maioria constituída por pacientes previdenciários.

Na UTI, o horário de visitas acontece diariamente às 17 horas, sendo permitida a entrada de um único membro familiar por paciente. O tempo de duração de visita é determinado pela enfermeira, e não há regras fixas, mas em geral, gira em torno de cinco minutos.

Não encontrei qualquer regulamento escrito para visitas à UTI, embora tenha sido informada pela enfermeira chefe do hospital, que já se encontrava em fase final, no serviço de processamento de dados, um trabalho relativo ao estabelecimento de normas gerais do hospital, entre as quais, algumas específicas para a UTI e UR. Quanto à possibilidade de alteração ou mudança nas normas vigentes, tanto a enfermeira

chefe do hospital quanto a supervisora da UTI, afirmaram ter autonomia limitada: podem mudar alguns pontos, devendo, entretanto, submeter mudanças mais significativas ou que interfiram no funcionamento como um todo à aprovação da Administração Geral do hospital.

. A observação do fenômeno

Uma vez identificados estes aspectos do funcionamento da unidade, iniciei as observações referentes ao fenômeno em estudo.

No 1º dia, observando no período matutino, o que mais chamou-me atenção foi o fato de dois pacientes estarem recebendo alimentos (maçã, gelatina e iogurte) trazidos por seus familiares. Tendo conversado a respeito com a enfermeira, fui informada que o fato vinha ocorrendo há alguns dias, por solicitação de suas famílias e se devia, simplesmente, à melhor aceitação desses alimentos pelos pacientes. Refleti que isto implicava tais famílias estarem se dirigindo à unidade fora do horário de visitas para trazê-los, e, conseqüentemente, estarem sendo recebidas.

Outro fato observado foi o aparecimento de um familiar pedindo informações de seu parente, o Sr. P., solicitando diretamente o médico para fornecê-las. Observei que ele nem mesmo considerou a possibilidade de haverem outras pessoas habilitadas para prestar-lhe este atendimento, parecendo ter convicção de que, ali, tais informações deveriam ser obtidas do médico. Minha impressão foi reforçada quando, depois de mais alguns minutos, surgiram outros membros da família

lia do mesmo paciente, solicitando o mesmo tipo de informação. Eles foram inicialmente atendidos por uma auxiliar de enfermagem, que, tão logo soube do que se tratava, solicitou a enfermeira para conversar com eles. Esta falou-lhes por poucos minutos e pediu ao médico presente que viesse dar as informações desejadas, abrindo mão de uma oportunidade para atuar como profissional de saúde perfeitamente qualificado para tanto.

Quando soube, posteriormente, da existência de norma "proibindo" o pessoal da enfermagem de dar informações sobre os pacientes internados, pensei ter, talvez, encontrado uma explicação para a atitude da enfermeira no episódio. Aqueles familiares manifestaram claramente a necessidade de obter informações sobre seu parente hospitalizado, mas a enfermeira não assumiu como sua a tarefa de satisfazê-la, transferindo-a para o médico assistente. Mais tarde, fui informada que esta regra não se aplica integralmente à enfermeira, sendo-lhe negado tão somente o direito a prestar informações sobre a doença do paciente.

No próximo dia de observações, também realizadas pela manhã, foi a vez dos familiares de Dona L., admitida na unidade dois dias antes, vítima de acidente automobilístico. O primeiro foi um senhor, querendo informações sobre a paciente. Ao ser atendido por uma auxiliar de enfermagem, solicitou diretamente a presença do médico da unidade. Informado pela funcionária, o médico dirigiu-se à porta e conversou com ele. Depois de poucos minutos, chegou outra pessoa, que se identificou como médico, pedindo à técnica de enfermagem

que o recebeu para chamar seu colega, assistente da unidade. O Dr. B. atendeu-o, verificando que ele também queria notí
cias de Dona L., no que foi satisfeito.

Após mais algum tempo, foi a vez da esposa do Sr. G., internado no dia anterior, acometido de AVC, aparecer solicitan
do informações sobre ele. É importante ressaltar que o casal morava no Rio Grande do Sul e tinha ido visitar um filho no interior de Goiás, quando o Sr. G. adoeceu e teve que ser trazido a Goiânia, sendo admitido nesta UTI, em estado gra
ve. Por isso, nenhum dos membros da família conhecia os médi
cos nem o hospital, o que lhes dificultava, ainda mais, o es
tabelecimento de relações.

A funcionária que atendeu à porta, solicitou a presença
da enfermeira, assim que tomou conhecimento do que ela dese
java. A mulher, então, explicou-lhe a situação. Falou de sua angústia por não poder acompanhar de perto o marido, a
crescentando que os outros filhos do casal estariam chegando do Sul em pouco tempo, bastante ansiosos sobre a condição do pai, e pediu autorização para que os filhos pudessem ver o paciente assim que chegassem. A enfermeira negou-lhe o pedi
do e desculpou-se, explicando que no horário de visitas, quando apenas uma pessoa poderia entrar para ver o paciente depe
rto, ela permitiria que as outras o vissem da porta. A mu
lher não insistiu; agradeceu e saiu.

Logo depois, eu também deixei a unidade, e quando cheguei ao pavimento térreo, encontrei a mulher acompanhada por um filho. Ela me viu e veio ao meu encontro. Perguntei-lhe se havia compreendido os motivos que levaram a enfermei

ra a negar-lhe o pedido e ela respondeu afirmativamente:

"É, eu entendo! Se ela deixar, outras pessoas também vão querer entrar, né? Isso atrapalha o serviço de vocês lá, não é mesmo?"

Informou-me já ter conversado com o médico do marido no início da manhã, o que a havia tranquilizado um pouco, mas fez-me ainda outras perguntas, como:

"Você estava lá, não é? Você cuidou dele? Viu se ele está melhorzinho? O que você acha, ele vai sair desta? Ele está mal, né minha filha?"

Estes dois primeiros momentos observados no turno matutino propiciaram-me conhecer, além das situações descritas, também um pouco da postura profissional da equipe de enfermagem frente à família dos pacientes internados na UTI. Ocasionalmente, as conversas informais entre os componentes da equipe de saúde local abordavam o tema, no geral, em clima de descontração e bom-humor. Entretanto, os comentários e opiniões emitidos tanto pela equipe médica quanto de enfermagem, deixavam transparecer um pouco da disponibilidade interna dos profissionais quanto aos familiares.

Pareceu-me que, com algumas exceções, não há preocupação bastante, por parte dos profissionais que atuam no campo, com os familiares dos pacientes e suas necessidades evidenciadas. Embora pareça existir o reconhecimento destas necessidades, nenhum deles sequer cogita na possibilidade de sua satisfação, nem toma para si esta responsabilidade.

Quanto aos sentimentos manifestados pela equipe de enfermagem em relação aos parentes dos pacientes, percebi que eles variam da raiva, em algumas situações, passando pela pena, solidariedade e vontade de aliviar-lhes um pouco o sofrimento, até o desinteresse:

"Ih! lá vem aquele homem chato de novo!"

"Coitada! eu fiquei com dó dela... Ela chorou tanto quando viu o filho daquele jeito!..."

"Ah, eu deixei ela vê o pai um pouquinho... Só ali da porta, mas deixei."

"Nossa, deve ser duro ir embora e largar o filho da gente aqui, né?"

"Ah, ela tava pedindo notícia do filho, mas eu mandei ela perguntar pros médicos dele".

A partir deste momento, senti necessidade de observar um pouco também como se processava a visita aos pacientes. Assim, decidi que na próxima vez, as observações aconteceriam no período vespertino.

No 39 dia, cheguei à unidade por volta das 15h e 30min e como o trabalho estava mais tranquilo, conversei com a enfermeira sobre as visitas. Pedi-lhe para falar das regras de visita ao paciente internado, e ela explicou-me que só é permitida a entrada de um visitante para cada paciente, mas quando este se encontra em fase terminal, "por exemplo, com diagnóstico de morte cerebral", ela abre uma exceção e, às vezes, deixa todos os parentes mais próximos entrarem. Entretanto, isto só é possível após saírem todos os outros visitantes, para que ela não tenha que abrir exceção também aos demais.

Refletindo sobre a nossa conversa, lembrei-me de al gumas ocasiões em que pude participar dos últimos momentos de vida de pessoas. Recordei situações em que o doente este ve lúcido até poucos instantes antes de morrer, e questionei o critério de exceção utilizado pela enfermeira, uma vez que, não raras vezes, a morte acontece sem que o paciente passe pelos estágios de inconsciência e/ou morte cerebral. Do ou tro lado, temos a família do indivíduo, que freqüentemente deseja estar junto dele enquanto este ainda vive, solicitan do, muitas vezes, permissão para partilhar seus últimos ins tantes.

A visita, que tem horário previsto para as 17h, come çou, neste dia, com 5 minutos de atraso. A enfermeira diri giu-se para a porta da unidade, abriu-a e começou a chamar os nomes dos pacientes, por ordem de leitos, um a cada vez. A cada nome chamado, uma pessoa se apresentava, entregava-lhe a "senha" fornecida na recepção do hospital, que, muitas ve zes, nem era conferida, sendo claramente amassada e despreza da no lixo próximo. Ela ajudava o visitante a vestir o capo te e dava-lhe os propés para que calçasse. Quando estava pron to, dizia-lhe:

"Pode entrar".

Eu fiquei junto à enfermeira, no hall de entrada da unidade, onde os visitantes se paramentam para entrar, e per cebi que muitos ficavam confusos, com o olhar assustado, sem saber ao certo a que porta se dirigir para entrar na unida de. Somente quando tomavam o caminho errado, abrindo a porta

para o vestiário de funcionários, a enfermeira os chamava e apontava a porta certa. Eles entravam na unidade e, principalmente, quando era sua primeira visita, não sabiam onde estava seu parente. Mas, como a sala é pequena, geralmente após uma rápida percorrida com os olhos, identificavam o leito procurado, aproximando-se sem saberem ao certo o que fazer.

Alguns permaneciam a certa distância do leito e apenas olhavam o paciente. Outros, ainda que demonstrando insegurança, levantavam o lençol que o cobria, inspecionando cuidadosamente seu corpo: curativos e/ou lesões existentes, fios e aparelhos ligados, contenções físicas, além de outros detalhes. Às vezes tocavam levemente o corpo enfermo, como para certificarem-se da realidade do que viam, ou sentir-lhes a temperatura corporal. Com freqüência seguravam sua mão, na esperança de estabelecer uma forma de comunicação que lhe transmitisse o conforto de uma presença familiar. Muitas vezes, manifestavam reações emocionais significativas, principalmente, se o paciente apresentava-se cheio de tubos, respirando através de equipamentos mecânicos; com o barulho constante e monótono do monitor cardíaco ligado, inconsciente, rosto deformado por edema, hematomas, escoriações, sem atender aos estímulos verbais ou aos seus chamados insistentes.

Veza por outra, levantavam os olhos e observavam por poucos minutos o restante do ambiente e as pessoas presentes, voltando-os novamente para o seu parente. Percebi também que vários familiares falavam com o paciente, chamando-o pelo no

me ou dizendo o seu próprio, na esperança de obterem alguma resposta, que fosse um apertar de sua mão. Uma mãe abraçou o filho, um paciente de 19 anos, em coma por acidente de motocicleta, assegurando-lhe de estar rezando por ele e confiar em sua cura, para voltarem juntos ao lar.

Quase todos os visitantes, apesar de visivelmente emocionados, tentavam encontrar um meio de transmitir ao ente querido conforto, segurança e confiança em sua recuperação. Para isso, valiam-se de qualquer forma de comunicação que lhes permitisse ser entendidos.

Depois que todos os visitantes já tinham entrado, a enfermeira também entrou, dirigiu-se para o fundo da sala e ficou de pé, conversando com alguns funcionários. De repente, transcorridos cerca de cinco ou dez minutos, falou, em voz alta:

"Gente, terminou o horário de visita. Vamos sair?"

Caminhou para a porta de saída e ficou parada, mantendo a porta aberta, em postura de quem estava aguardando sua saída.

Um a um, os visitantes foram se retirando, sendo que alguns paravam no vestiário para conversar com o médico plantonista. Eles permaneciam de pé, enquanto o médico os recebia sentado no sofá. Falava com um de cada vez, mas não em particular, pois outros visitantes aguardavam sua vez. Mostrava uma atitude favorável, procurando dar todas as explicações solicitadas em vocabulário acessível. A enfermeira a t

do assistiu, mas não fez qualquer comentário ou interferência.

Enquanto isso, alguns parentes pediam a ela que deixasse outros membros da família visualizarem o seu doente da porta. Ela permitiu, após um sorriso e um olhar significativos dirigidos a mim. Perguntei-me se aquele olhar significava o reconhecimento de estar desobedecendo a uma rotina ou norma da unidade, trazendo implícito um pedido de desculpa ou cumplicidade, ou se ele teria ocorrido devido à presença de um profissional estranho ao serviço (no caso, eu), o que a constrangia um pouco de negar pedidos tão simples de satisfazer.

O clima entre os funcionários presentes no momento das visitas, mostrou-se indiferente aos acontecimentos, com os profissionais formando um grupo à parte. Conversavam naturalmente sobre os mais diversos assuntos, como se estivessem em um intervalo de trabalho. Não observei qualquer membro da equipe de enfermagem oferecer-se para ajudar os visitantes, ou dar-lhes alguma informação. Quando algum familiar lhes perguntava alguma coisa, respondiam que poderiam conversar com o médico, à saída da visita, para esclarecerem suas dúvidas.

Não vi a enfermeira dirigir nenhum cumprimento aos familiares que se encontravam na porta esperando, ou dar qualquer orientação sobre como deveriam proceder no encontro com o paciente. Ninguém os acompanhou até o leito de seu parente, nem se aproximou deles, durante a visita propriamente dita, mesmo que estivesse chorando ou se lamentando. Depois

que os visitantes haviam se retirado, nenhum profissional di
rigiu-se a qualquer dos pacientes conscientes, para tecer co
mentários sobre a visita recebida.

Quando cheguei, na manhã do 4º dia de observação, ha
viam sido internados, há pouco, 2 pacientes vítimas de aci
dente rodoviário fora de Goiânia e para esta cidade removi
dos de avião, devido à gravidade de seus quadros. Inconscient
es, não havia como serem identificados. Sabia-se de 2 nomes,
obtidos através da carta de encaminhamento do médico que ha
via prestado o primeiro atendimento, mas desconhecia-se qual
deles era quem. Havia sido solicitada a presença de parentes
aqui residentes para proceder à identificação, mas eu descon
hecia o fato.

Por volta de 11h e 15min., quando abri a porta da
unidade para sair, vi um casal de pê, em atitude de espera.
Perguntei-lhes o que queriam, sendo informada que estavam es
perando para procederem a identificação dos dois pacientes.
Os dois estavam, aparentemente, calmos e controlados. Solicii
tei que aguardassem mais alguns instantes, e vóltei para a
sala de tratamento, participando à enfermeira sua presença.
Ela respondeu que já sabia que eles estavam lá, mas estava
esperando que terminassem de prestar alguns cuidados aos pa
cientes para que pudesse mandá-los entrar. Levantou-se, como
se tivesse lembrado repentinamente do fato, e dirigiu-se pa
ra a porta, seguida de perto por mim. Pediu que apenas um de
les entrasse. A mulher ofereceu-se e foi levada para dentro
pela enfermeira.

Eu continuei de fora, e conversando com o homem, soube que eles eram tios de um dos rapazes, e seus pais moravam em uma cidade no interior do Estado. Perguntou-me se o estado dos dois era grave ao que eu respondi afirmativamente. Saí em seguida, lamentando que circunstâncias alheias à minha vontade me impedissem de observar melhor aquela ocorrência.

No 59 dia de observação, cheguei às 16h. Havia um corpo aguardando remoção para o necrotério, e assim, a visita não poderia começar no horário previsto. Por volta de 17h e 10min., uma funcionária da UR chegou à abertura de comunicação com a UTI e perguntou à enfermeira se ela iria começar as visitas naquele momento, pois ela estava precisando de capotes para os visitantes da sua unidade. Tendo a enfermeira respondido que não, pois o corpo ainda não havia sido removido, ela solicitou autorização para utilizar os capotes da UTI, comprometendo-se a devolvê-los assim que as visitas se retirassem, possibilitando seu uso para as visitas da UTI. A enfermeira consentiu, recomendando-lhe reduzisse o tempo de permanência e permitisse a entrada de somente uma pessoa por paciente (normalmente permite-se a entrada de 2 pessoas na UR).

Não compreendi bem o fato, uma vez que, em minha opinião, capotes usados, principalmente, por pessoas diferentes e em outra unidade hospitalar, oferecem tanta proteção quanto as roupas comuns dos visitantes. Além disto, o uso de roupas privativas da unidade tem sido discutido mais como forma de limitar o acesso de pessoas ao local, do que para proteger contra a contaminação trazida de fora por roupas e sapatos.

tos⁽²⁶⁾. A própria equipe profissional pode ser considerada a principal fonte de contaminação dentro de uma UTI.

Às 17h e 25min., quando a enfermeira ia começar a visitação, soube que o médico iria fazer traqueostomia em uma paciente que havia se extubado. Soltando um suspiro de exasperação, exclamou:

"Acho que é melhor cancelar as visitas por hoje, pois parece que não vai ter jeito!"

O médico respondeu:

"Não há necessidade. As visitas não são só 5 minutos? Então! Você pode fazer isso enquanto a M.(auxiliar de enfermagem) prepara o material de que eu vou precisar"

A enfermeira começou a visitação, após um atraso de trinta minutos. Abriu a porta e começou a chamar os nomes dos pacientes, por ordem de seus leitos. Os visitantes se apresentavam e, um a um, eram introduzidos no hall. Não percebi qualquer explicação sobre o motivo do atraso, e outra vez, não foi realizado qualquer preparo prévio dos visitantes.

Eu estava junto à enfermeira, observando a entrada dos familiares, quando a esposa do Sr. G., anteriormente apresentada, aproximou-se de mim, pedindo que permitisse a entrada de seus 3 filhos no hall para que pudessem ao menos ver o pai. Respondi que eu não era a pessoa que podia dar tal autorização, e que a solicitação deveria ser dirigida à enfer

meira da unidade. Esta encontrava-se ocupada em ajudar os visitantes a se paramentarem, e, olhando em sua direção, a mulher disse:

*"Aquele magrinha ali? Ah! mas ela não vai deixar ...
Ela é brava!"*

Pedi-me, então, que a ajudasse a convencê-la. Tentamos, mas não conseguimos. Assim, apenas a esposa do paciente teve permissão de entrar.

As visitas entraram e eu permaneci na sala de tratamento, ao seu alcance. Quando passava por perto dos leitos, os parentes sempre tinham alguma pergunta ou solicitação a fazer:

"Depois que puseram ela nesse aparelho, ela melhorou um pouco?"

"Porque foi colocado aquele negócio (cânula de traqueostomia) no seu pescoço?"

Uma filha ficou assustada com o "cansaço" da mãe e queria saber se era normal; uma mãe pediu, quase implorando, que eu cobrisse seu filho, pois ele estava com frio; a esposa do Sr. G. perguntou-me se o marido podia ouvi-la e o que eu estava achando de seu estado.

Conversei brevemente com cada um deles, explicando de forma sucinta o que pediam, mas não me detive com nenhum, a fim de que os membros da equipe de enfermagem local pudessem atuar, ao verificarem que os visitantes solicitavam informa

ções sobre os pacientes. Entretanto, não observei nenhum movimento neste sentido.

Os visitantes começaram a sair (5 ou 7 minutos depois), após o aviso da enfermeira sobre o término das visitas, eu fui para o hall de entrada. Uma moça, que não tinha podido entrar, veio pedir-me para ver o pai através da porta. Quando eu quis abrir a porta para atendê-la, fui impedida por uma auxiliar de enfermagem que estava dentro da unidade, e tendo percebido minha intenção, dirigiu-se para a moça dizendo, em tom decidido:

"Não pode não, viu bem?".

A moça olhou-me e, como eu não manifestasse reação, meio atônita com o acontecimento, saiu decepcionada.

Nesse dia eu fiquei meditando sobre os fatos que vinham acontecendo e na minha percepção sobre como a visita da família era vista pela equipe de enfermagem local. Em algumas situações, pareceu-me que a visita de familiares era apenas um regulamento do hospital, o qual eles são obrigados a aceitar e cumprir. Não obstante já haver presenciado ocasiões de verbalização de solidariedade e pena para com a família dos pacientes, considero que as atitudes da equipe de enfermagem no momento das visitas não se mostraram condizentes com tais sentimentos. Observei que poucas vezes um funcionário exibe fisionomia simpática ou disponível aos visitantes; pelo contrário, parecem querer deixar claro que não há nada que possam fazer para ajudá-los, sendo que alguns

chegam mesmo a demonstrar alívio quando termina o horário de visitas.

No 6º dia, cheguei às 16h, esperando poder observar o ambiente interno da unidade em preparação para o horário de visitas, mas tive de aguardar 40 minutos até chegar roupa para entrar. Por volta das 17h e 15min., a enfermeira avisou aos funcionários:

"Gente, termina logo os cuidados e arruma os pacientes porque eu já vou pôr as visitas".

Depois de alguns minutos, dirigiu-se à porta da unidade, e começou o procedimento de chamada dos visitantes. Permaneci junto a ela, observando, e, após a entrada de todos os familiares, também entrei na sala de tratamento.

A irmã de um daqueles dois rapazes que tinham ficado sem identificação quando chegaram, aproximou-se de seu leito e, percebendo a gravidade do caso, emocionou-se a ponto de ficar com os olhos rasos d'água. Vendo-me a observá-la, perguntou-me porque o seu médico não estava na unidade. Respon-di mostrando-lhe que o plantonista responsável pela unidade naquele período estava presente, e ela poderia falar com ele caso o desejasse.

Alguns minutos depois, a moça dirigiu-se para onde estava o médico, e, enquanto conversavam, seu pai entrou na sala, com o capote enfiado ligeiramente nos braços, numa atitude de quem sabe estar fazendo uma coisa não permitida, mas decidido a fazê-la. Ao vê-lo, uma auxiliar chamou a enfermei

ra, apontando-o. Esta, caminhou em sua direção e, enquanto o fazia, falava-lhe em tom de repreensão:

"Por quê o Sr. entrou aqui? Eu não deixei o Sr. entrar! O Sr. entrou sem pedir! E' eu disse que só podia entrar uma pessoa por paciente!"

Foi abrandando o tom de voz à medida que se aproximava dele, e quando chegou perto, o homem pediu-lhe desculpas. Mostrando uma atitude muito humilde, explicou que havia entrado porque ia viajar e gostaria de ver o filho antes. A enfermeira respondeu que ia deixá-lo entrar, mas advertiu-o que isso não tornasse a acontecer e que, da próxima vez, ele aguardasse seu consentimento.

Ele entrou, aproximou-se do filho inconsciente, observou-o por instantes, levantou seu lençol, investigou cada detalhe, pegou sua mão e ficou parado ali um momento, olhos baixos, em atitude de quem está orando (?). Depois saiu, aproximou-se de W., o colega do filho, observou-o por poucos instantes e saiu, agradecendo à enfermeira.

A enfermeira estava de pé, à porta da sala, permitindo que outros familiares que não tinham podido entrar olhassem seus parentes através da porta. Sem se mover, falou em voz alta:

"Gente, terminou a visita. Vamos sair?"

Os visitantes começaram a sair, sendo que alguns pararam para falar com o plantonista, ainda dentro da unidade.

A enfermeira permaneceu de pé, segurando a porta aberta, a guardando o final da conversa em atitude de quem esperava que terminassem logo, até que todos se foram.

Achei desagradável o comportamento da auxiliar de enfermagem que denunciou a entrada do pai do paciente, principalmente, pela maneira como se deu o acontecimento. Eu já havia tido uma impressão semelhante em outros momentos, mas este fato reforçou minha percepção: é como se os funcionários fossem guardas da unidade, devendo protegê-la de qualquer pessoa "estranha ao serviço". Às vezes, os auxiliares e técnicos de enfermagem parecem assumir atitude de sentinelas do regulamento e normas da Instituição.

Em outro momento, durante o lanche com algumas funcionárias da UTI, comentei sobre quão horrível deve ser para uma mãe o fato de ter um filho internado em uma unidade como a UTI, por não poder estar junto dele e nem mesmo vê-lo quando desejasse. Uma funcionária concordou, balançando a cabeça. Entretanto, pensei, quando elas se vêem na situação prática de ver uma mãe pedindo informações ou que a deixem ver o filho, nem que seja de longe, ignoram seus sentimentos, considerando apenas as normas do hospital que, em minha opinião, só beneficiam a própria Instituição, sem considerar as necessidades de pacientes e suas famílias.

Outro aspecto observado é que há muita preocupação da equipe de enfermagem em preparar os doentes para receberem as visitas. Nos momentos que antecedem o acontecimento, cada funcionário verifica os pacientes sob sua responsabilidade, acertando suas posições sobre a cama, trocando roupas e lençóis

que tiverem indícios de sujidade, ajeitam seus cabelos e tomam outras providências necessárias para causar boa impressão aos visitantes.

Em relação ao corpo médico, minha percepção não é muito diferente. Os médicos da UTI, com poucas exceções, parecem julgar-se mais responsáveis pelo atendimento às famílias, quando elas os procuram. Não notei qualquer atitude de hostilidade ou indisposição de suas partes enquanto falavam com familiares de pacientes. Entretanto, presenciei situações em que o familiar se dirigia aos médicos responsáveis pelos seus parentes internados, solicitando explicações sobre suas condições, recebendo como resposta informações lacônicas e pouco esclarecedoras. Parece que para tais profissionais, o importante é o que estão fazendo para salvar a vida dos pacientes, não devendo explicações sobre como o estão fazendo a ninguém, muito menos às suas leigas famílias.

O 79 dia de observação também ocorreu no período vespertino. Por volta das 17h e 10min., a enfermeira perguntou aos membros de sua equipe se os pacientes já estavam prontos para a visita, pois ela queria iniciá-la. À resposta afirmativa, encaminhou-se para a porta da unidade, abriu-a e, vendo apenas os familiares do Sr. G., exclamou:

"Ih! não chegou ninguém ainda!..."

Fechou novamente a porta e voltou para dentro da sala de tratamento, sem dirigir qualquer comentário àqueles visitantes. Alguns minutos após, voltou à porta e como já ti

vessem chegado outras pessoas, começou a visita, obedecendo ao mesmo ritual já descrito.

Quando chamou o nome do Sr. G., sua esposa apresentou-se e disse:

"Sou eu, né minha filha, a chata".

A enfermeira respondeu sorrindo:

"Que isso! Não é chatico, não".

A mulher vestiu-se e entrou. Mais tarde, quando os visitantes já haviam se retirado, perguntei à enfermeira por que aquela visitante tinha se referido a si mesma como "a chata", e ela respondeu que devia ser porque ela vinha várias vezes à porta da unidade solicitando notícias do marido. Informou-me, ainda, que esses familiares permaneciam noite e dia no hospital, em sistema de rodízio entre eles. Com base nesses dados e em minhas observações, inferi que todas as vezes que esta família se dirigia à unidade, mesmo fora do horário de visitas, estava sendo, no mínimo, recebida, ainda que desconsiderado o aspecto do adequado atendimento de suas necessidades.

Enquanto os visitantes estavam com seus parentes, eu permaneci no hall, com a porta da sala de tratamento aberta para que pudesse observá-los. Um dos filhos do Sr. G. pediu-me que o deixasse dar uma olhada no pai. Como estivesse em posição vantajosa, por estar sozinha no hall, eu o permiti.

Ao ver a mãe emocionada ao falar com o pai, ele perguntou-me se não podia dar "uma chegadinha" até o leito para ajudá-la. Respondi-lhe que não poderia fazer aquilo, sob pena de ter que abrir exceção para todos os outros que ali estavam também. Ele assentiu e disse:

"Neste ponto, vocês já são boas demais com a gente!"

E voltou ao corredor para esperar a mãe. Mais tarde, fiquei me perguntando o que ele teria querido dizer com "neste ponto, vocês já são boas demais com a gente". Quais seriam os outros pontos, e em quais deles nós, a equipe de enfermagem, não seríamos tão boas?!

Reconheço como contraditória minha atitude em não permitir que o rapaz também entrasse para visitar o pai, já que ele estava manifestando uma necessidade tão clara. O que pensei naquele instante foi em não desobedecer o regulamento da unidade de forma tão desafiadora, para não me indispor com o serviço, considerando minha posição de docente e pesquisadora. Em diversos momentos, tive a mesma sensação de estar exercendo uma prática diferente de meu discurso, e isto tem sido particularmente verdadeiro sempre que me vejo impossibilitada de atuar em consonância com meus pressupostos teóricos e concepções filosóficas.

No 89 dia de observação, cheguei ao campo às 09h e 15min., e até as 11h e 10min., quando saí, nenhum fato relacionado a visitas ou familiares dos pacientes foi identificado, mostrando que o período foi improdutivo. Resolvi que da

próxima vez, voltaria a observar no período vespertino para presenciar o momento da visitação, pois era de onde estavam vindo mais subsídios para este estudo.

No 9º dia, iniciei as observações às 15h e 40min, percebi o clima um pouco tenso pois a auxiliar que deveria cuidar de três dos pacientes havia faltado e as outras duas escaladas para o turno estavam tentando assistí-lo no indispensável, enquanto atendiam também às suas próprias obrigações. Além disto, tinha sido marcada uma reunião entre a enfermeira e o médico-chefe da UTI para a semana seguinte, para discutirem os problemas mais relevantes da unidade, e entre eles a situação de desmotivação e desinteresse dos funcionários pelo trabalho, o que estava levando a um quadro de significativo absentismo.

Por volta das 17h, a enfermeira avisou às auxiliares para prontarem os pacientes e terminarem os cuidados prestados, pois ia dar início à visitação. Às 17h e 15min., como ainda não visse qualquer movimentação no sentido de fazer os visitantes entrarem, abordei o assunto com a enfermeira, na intenção de lembrá-la do atraso:

"Os familiares devem ficar super-ansiosos com o atraso, não é mesmo?"

Ela respondeu que ainda não tinha "posto" as visitas porque a família de um dos pacientes ainda não havia chegado. Questionei as implicações disto e ela explicou que, caso permitisse a entrada isolada de membros familiares, ficaria muito difícil controlar seus tempos de permanência na unidade. As

sim, quando uns estivessem terminando a visita, haveria outros entrando naquele momento, o que, freqüentemente, gerava a resistência dos primeiros em sair. E completou:

"Acaba virando bagunça!"

Considerando o atrasado da hora, a visitação foi iniciada às 17h e 35min., mesmo com aquele familiar ainda ausente. O procedimento adotado foi o mesmo descrito anteriormente para a situação.

A esposa do Sr. A., um paciente internado no dia anterior, com história de TCE grave, chegou para visitá-lo, exibindo uma aparência bastante humilde. Contou-me que moravam em uma cidadezinha próxima, onde ocorreu o acidente, e com a notícia que ele necessitava ser transferido com urgência para Goiânia, ela o havia acompanhado, completamente desprevenida de roupas, dinheiro e objetos de uso pessoal. Quando soube que ele ficaria internado na UTI, desesperou-se, sem saber o que fazer, uma vez que não possuíam conhecidos na cidade. Acabou resolvendo o problema com a ajuda dos outros visitantes, e sem qualquer interesse da equipe do hospital.

Era a primeira vez que visitava o marido, e ela desconhecia o fato que ele tinha evoluído para um quadro de morte cerebral. Entrou na unidade, bastante ressabiada, aproximou-se de seu leito, tocou-o, rezou em voz alta e emocionada, após o que pediu para falar com o médico. Foi então encaminhada ao vestiário, onde se encontrava o plantonista, conversando com outros familiares. Ela ficou esperando, de pé,

que ele terminasse a conversa, e depois perguntou pelas condições do marido. O plantonista, percebendo a delicadeza da situação, questionou se ela já havia conversado com o médico do marido. Ela respondeu negativamente com um aceno de cabeça. Então, após uma breve olhadela com o canto dos olhos em minha direção, ele começou a explicar-lhe a situação do paciente, mencionando apenas que ele havia tido uma piora acentuada, que seu cérebro já não estava funcionando mais, e que os médicos agora estavam com medo que seu coração também parasse de bater.

A mulher teve uma forte reação: tornou-se pálida, hiperestendendo os braços e apertando os dedos na palma das mãos. Entre gemidos e lamentos, perguntou se não havia outros recursos disponíveis, desesperando-se com a resposta negativa do médico. Quando viu a reação da mulher, a enfermeira, que a tudo assistira em silêncio, interveio, convidando-a a sentar-se um pouco até que melhorasse e pudesse sair, mas não observei qualquer esforço no sentido de atitudes de conforto ou apoio. A mulher permaneceu algum tempo no sofá ainda chorando e se lamentando. Após poucos minutos, e ainda aparentemente transtornada, a mulher levantou-se, agradeceu ao médico e saiu.

Neste meio tempo, a enfermeira havia terminado a visitação. Quando todos saíram, ficamos o médico, a enfermeira e eu no hall, comentando o acontecido. Ele explicou que, conforme combinações prévias, a comunicação à família sobre a piora acentuada do quadro do paciente ou sua morte deve ser feita pelo seu médico e não pelo plantonista da UTI. Acrescentou que os pacientes previdenciários, como não escolhem

seus médicos, são atribuídos à responsabilidade dos acionistas do hospital, de acordo com alguns critérios. Contou-me que o Sr. A. estava naquele quadro desde o dia anterior, e que não sabia por que seu médico não havia comunicado à família. E completou:

"Dependendo do médico do paciente, a gente não pode nem introduzir um medicamento em sua terapêutica sem sua permissão, quanto mais fazer este tipo de comunicação!".

A enfermeira concordou, balançando a cabeça. Logo em seguida eu saí.

Considerando que as situações observadas dentro da UTI já eram suficientes para atender aos objetivos desta etapa, senti necessidade de observar os familiares dos pacientes do lado de fora da unidade. Esta, surgiu de uma vivência onde, ao chegar à porta da UTI, já no horário de visitas, para ver se os visitantes haviam chegado, notei que eles formavam um grupo homogêneo, que interagia em meio a muita conversa e trocas de experiência.

Para evitar ser reconhecida como enfermeira por qualquer familiar, o que poderia provocar alterações significativas no comportamento do grupo observado, estabeleci um intervalo de tempo desde o último período de observação dentro da UTI, possibilitando a renovação da clientela da unidade. Realizei os dois últimos momentos de observação do fenômeno em questão do lado de fora da unidade, omitindo minha identidade profissional, o que possibilitou meu envolvimento e inclusão no grupo de familiares visitantes.

Adotei o procedimento de chegar dez a quinze minutos antes que fosse permitida a entrada dos visitantes para aguardar na porta da UTI, a fim de que as observações fossem abrangentes. Da mesma maneira, as observações se encerravam somente quando todos eles deixassem o hospital, após a visita aos parentes.

É útil considerar que o regulamento e planta física da Instituição, não oferece obstáculos à entrada de qualquer pessoa às dependências internas do hospital. Pode-se, por exemplo, passar livremente pela Portaria Central e ganhar acesso aos diversos serviços e unidades hospitalares. A identificação só é exigida quando a presença estranha é percebida pelos funcionários do setor.

No primeiro contato com os familiares fora da UTI, decidi observar o trajeto que eles percorrem, desde a entrada, até saírem do hospital. Sentei-me na Portaria Central às 16h e 45min., verificando sua chegada sempre em grupos de duas ou mais pessoas, com um deles se dirigindo ao guichê de atendimento. A secretária que os recebia, explicava-lhes que somente às 17h poderia entregar as "senhas" para visitas à UTI. Eles permaneciam por perto, retornando no horário estipulado para receber um papel contendo o nome da unidade, nome do paciente, e número de seu leito. De posse da "senha", os grupos se dirigiam ao segundo pavimento, onde aguardavam o início da visita à porta da UTI, no pequeno espaço formado por um alargamento no corredor.

É importante relatar que este local não oferece qualquer condição de conforto aos familiares, além de favorecer

a elevação da temperatura ambiente, pois o sol da tarde incide diretamente sobre ele, tendo como barreira apenas uma parede de vidro colorido. Ali, à medida que chegam, as pessoas procuram um lugar para se encostarem e terminam formando grupos para conversar enquanto esperam. Como não há nenhum controle sobre isso, e embora a família receba "senha" que permite a entrada de uma única pessoa, todo o grupo familiar pode permanecer à porta da UTI, aguardando a visita.

Enquanto observava, e verificando já serem 17h e 15min., perguntei a um grupo de mulheres que conversava se era costume o atraso. Uma delas respondeu:

"Ah, a visita aqui nunca começa com menos de meia hora de atraso..."

Então comentei sobre quanto era cansativo ficar de pé naquela pequena sala, tão quente e cheia de gente, ao que ela acrescentou:

"O pior é que, se pelo menos a gente pudesse esperarar lá embaixo... Mas se a gente ficar lá e de repente as enfermeira resolver começar a chamar, quem não tiver aqui fica sem entrar. Aí cê já viu, né, o jeito é ficar aqui, nesse calor infernal..."

O comportamento evidenciado pelas pessoas é mais ou menos uniforme, sem grandes divergências. É notória a tensão em que se encontram e a ansiedade com que esperam sua vez de entrar. Neste dia, presenciei uma cena de descontrole emocional por parte de duas jovens que estavam esperando ver a mãe, internada havia dois dias por atropelamento em via pública.

Não se conformavam com a regra de uma só pessoa poder entrar na UTI para ver o doente, e como estivessem muito ansiosas por notícias da mãe, queriam que a enfermeira deixasse as duas entrarem. Mas sequer conseguiam falar com ela.

Enquanto isto, chegaram outros parentes da paciente, inclusive duas irmãs residentes em outra cidade. Quando se encontraram com as sobrinhas, abraçaram-nas emocionadas, chorando e solicitando notícias da paciente. A "senha" foi então cedida a uma delas, que entrou, viu a irmã inconsciente, com a cabeça enfaixada, vários tubos pelo corpo, e não recebendo qualquer explicação da equipe de saúde, desesperou-se. Saiu da UTI chorando e informou aos demais que a paciente estava "quase morta". Foi o bastante para que se criasse a maior confusão no corredor, com as filhas chorando alto e andando sem rumo de um lado para outro, até que a mais velha resolveu descer e procurar o médico da mãe. Voltou acompanhada por ele, que entrou na UTI e, ao sair, explicou-lhes que tudo não passara de um engano, uma informação errada, concluindo que a paciente, apesar de grave, estava evoluindo conforme o esperado. Só então os familiares conseguiram acalmar-se um pouco e sair.

Percebi que a conversa entre os visitantes fluiu naturalmente, girando em torno de assuntos, via de regra, relativos aos pacientes. Trocam informações sobre o estado de saúde de seus parentes, tecem comentários sobre médicos responsáveis, motivos da internação e experiências pessoais concernentes não apenas às doenças, como também ao relacionamento com a equipe de saúde do local.

Presenciei uma senhora ensinando a outra como conse
guir concessões da enfermeira:

*"Ela é boazinha! É só saber como conversar com ela...
Quando ela abrir a porta pra gente entrar, você pe
de com jeitinho, dá uma choradinha, explica que vo
cê chegou hoje de viagem só pra ver seu sobrinho.
Ela deixa, você vai ver!"*

Outra fazia previsões sobre o tempo que o filho de
uma visitante ainda iria permanecer na UTI:

*"Ih! ele está com um tubo no nariz? Ah! então ele es
tá no balão... Capas que ainda vai ficar aí mais
uma semana, mais ou menos"*

Um senhor falava sobre o filho internado com sua ir
mã, e uma jovem que estava perto interferiu:

*"O médico falou que ele já está sentindo dor? Então,
logo logo ele vai acordar. Meu irmão foi desse jei
to; quando ele começou a sentir eles beliscar, foi
só mais uns três ou quatro dia e ele acordou, come
çou a conversar. Agora nós só temos esperando ter
uma vaga na enfermaria para ele ter alta. Deve ser
hoje ou amanhã"*

Pareceu-me ter sido esta a estratégia encontrada pe
lo grupo para reduzir um pouco seu nível de tensão, e ameni
zar a ansiedade enquanto esperam. Observei que as pe
soas que entraram ou saíram da unidade enquanto estávamos no lo
cal, passavam rapidamente pelo grupo, com os olhos baixos,
como se tivessem intenção de não dar tempo a ninguém para fa
zer perguntas. Entre estas pessoas reconheci duas copeiras,
um funcionário do laboratório, outra da lavanderia (que veio

trazer os capotes para a visita), dois membros da equipe de enfermagem da unidade, além de dois ou três médicos do hospital e uma recepcionista da Portaria Central.

Assim, a saída encontrada é a união em grupo, cujos participantes se ajudam como podem, inclusive na tarefa de enfrentar e vencer, se possível, as barreiras encontradas, entre elas, a equipe de enfermagem. Talvez esta se configure em uma das mais sérias dificuldades sentidas, pois parece ser considerada não uma companheira e aliada, mas a defensora legítima dos interesses da instituição, que tão freqüentemente negligenciam as necessidades de familiares e acompanhantes dos pacientes.

Neste dia, as visitas atrasaram mais de trinta minutos, porque, eu soube mais tarde, estavam esperando a transferência de um paciente grave para outro hospital a fim de submeter-se a hemodiálise. O procedimento de transferência, ao que tudo indicava, estava se mostrando um tanto complicado e vagaroso. Dalí a poucos instantes, uma secretária da Recepção apareceu e entrou na UTI, onde permaneceu por alguns minutos. Quando saiu, dirigiu-se aos presentes ali fora dizendo:

"Por favor, eu gostaria de pedir que permanecessem aqui apenas as pessoas que vão entrar para a visita. Não é possível ficar esse tanto de gente aqui. Isto tumultua o serviço! A UTI é um local onde nem deviam deixar entrar visita, porque atrapalha o serviço do pessoal. Inclusive eles estão até pensando em acabar com a visita na UTI... Vamos esperar lá em baixo!"

Enquanto ela falava e logo que terminou, algumas pes

soas fizeram um discreto movimento no sentido de obedecer-lhe, mas outras nem se mexeram. Entretanto, tendo diminuído um pouco o número de pessoas no local, a moça voltou para a Recepção. Imediatamente, quase todas as pessoas retornaram ao pequeno hall de espera.

Após pouco tempo, a enfermeira apareceu à porta entreaberta e começou a chamar os nomes dos pacientes. Os parentes escolhidos para entrar, apresentavam-se, entregavam-lhe sua "senha" e entravam. Quando terminou, fechou novamente a porta e o restante do grupo ficou esperando a volta dos que entraram. Enquanto isso, continuei conversando com as pessoas que permaneceram no local. Elas foram unânimes em afirmar que ninguém os avisa sobre o possível atraso no horário das visitas e, quando se inicia, não há explicações, justificativas ou qualquer outro comentário a respeito.

O clima era de espera pelas notícias que viriam do interior da unidade, acrescidas da observação pessoal dos visitantes. Cada um que saía da UTI, cerca de dez minutos após sua entrada, era cercado pelo grupo e cumulado das mais variadas perguntas sobre o que haviam visto. Às vezes, uma pessoa estava ouvindo as declarações de um visitante, quando percebia a volta de seu parente. Imediatamente voltava suas atenções àquele, esquecendo-se de todo o resto.

Julgo interessante relatar minha experiência pessoal como membro integrante deste grupo. Senti-me igualmente ansiosa, como se também tivesse um parente internado lá dentro, ou houvesse sido contagiada pela ansiedade dos demais. Fiquei tensa, aborrecida e sentindo uma forte sensação de

aperto ou opressão torácica, podendo classificar esta vivência como bastante desagradável ou quase intolerável. Quando saí do hospital, percebi o alívio, e só então pude reorganizar minhas idéias e racionalizar as emoções vividas.

No último dia da observação, cheguei antes dos visitantes e fiquei no corredor, à porta da UTI, esperando. Às 17h, os familiares começaram a chegar em pequenos grupos (familiares de um paciente, depois de outro e outro), iam se acomodando, encostados às paredes, enquanto alguns exclamavam:

"Ufa! que calor! Agora é esperar meia hora ou mais, até eles resolverem deixar a gente entrar..."

Iniciaram a conversação entre si e pude perceber que algumas pessoas estavam ali pela primeira vez, pois faziam perguntas relacionadas às regras de visita, tais como o atraso, tempo de duração da visita, número de pessoas que podiam entrar e se não podiam dividir o tempo de visita entre duas ou mais pessoas que queriam ver o doente.

Alguns funcionários de outros serviços hospitalares entravam e saíam da unidade, passando pelos visitantes presentes sem levantar o olhar. Pediam licença ao grupo formado à porta e passavam.

A mãe de um rapaz de 17 anos, internado devido a um TCE grave por acidente de trabalho, fez comentários sobre a visita do dia anterior, um domingo, dizendo:

"A enfermeira de ontem^(*) é que era boa! Deixou a gente ficar lá dentro mais de 10 minutos. Essa de hoje é ruim, que só vendo! A gente nem bem entrou e ela manda sair. Diz que a visita é de 10 minutos, mas só ali naquela sala a gente gasta mais de 5 só para vestir as roupas."

O pai de W., um paciente de 10 anos, portador de tumor inoperável do tronco cerebral e foi internado nesta UTI para se submeter à derivação ventrículo-peritoneal, estava conversando com a irmã, procedente do Pará, que havia chegado naquele dia para ver o sobrinho. Combinaram que quando ela entrasse, pediria à enfermeira que o deixasse olhar o filho, mesmo da porta. Explicou-me que moravam no Pará, em uma fazenda, e há quatro meses estavam em Goiânia para tratamento do filho. Considerando que visitava a criança diariamente, cedeu o direito à irmã, embora eu percebesse que, apesar da boa vontade, ele mostrava dificuldade em aceitar o fato de não ver o filho aquele dia. Por isso, instrua a irmã sobre como agir quando entrasse na unidade e tivesse acesso à enfermeira, sabendo que ele, permanecendo do lado de fora, não o teria.

Em outra situação, os pais de S., uma garota de 7 anos, internada no dia anterior com TCE grave, conversavam. Contaram-me que o acidente havia ocorrido durante um momento de lazer, na chácara da família, quando a menina passeava montada a cavalo. Não souberam explicar como tudo tinha acontecido, informando que só tinham conhecimento que ela caiu e recebeu um coice do cavalo em sua cabeça, ficando desacordada desde então.

^{*}Na verdade, uma auxiliar ou técnica de enfermagem, pois a enfermeira não trabalha em finais de semana.

Como as normas de visitaçãõ permitiam que apenas um deles entrasse, e a mãe a havia visitado no primeiro dia, seria a vez do pai. A mulher dava instruções ao esposo sobre o que ela gostaria que ele observasse enquanto estivesse com a filha. Pediu-lhe que conversasse com a garota para verificar se estava acordada, perguntasse à enfermeira se ela estava se alimentando ou precisando de alguma coisa, e se chorava.

Pude perceber o quanto era importante, para ela, certificar-se de cada detalhe a respeito da filha. Seria porque ninguém da equipe lhe dava as informações que queria? Por que ela não confiava nas informações recebidas? Ou porque precisava, ela mesma, ver o que estava se passando, por não se satisfazer só com as informações recebidas da equipe?

Quando o marido saiu da unidade, avisou-a que ela poderia entrar um pouquinho, pois

"as menina lá de dentro deram em cima desta daí pra deixar você entrar, porque diz que a S., está chorando sempre, chamando a mãe. Aí ela teve que deixar."

A mulher entrou, mas menos de 5 minutos depois, saiu, por determinação da enfermeira, que a informou já haver terminado o horário de visitas.

Daí a pouco, as outras pessoas também foram saindo da Unidade, e o pai de W. disse-me que ia tentar aproveitar a porta aberta e entrar para ver o filho. Tentou falar com a enfermeira pela porta entreaberta, mas antes que terminasse

o pedido, ela respondeu que não poderia permitir, pois apenas uma pessoa podia ver o paciente, e fechou a porta. Ele quis reagir, dizendo que ia entrar de qualquer jeito, mas pensou e resolveu desistir. Dirigindo-se a mim, disse:

"É bobagem criar caso com eles. Depois eles podem até maltratar o filho da gente, aí, só para se vingarem da gente, né?"

Algumas pessoas que estavam por perto e presenciaram a cena, concordaram com ele, aconselhando-o a não criar caso. Eu fiquei bastante assustada com a demonstração do juízo que fazem da enfermagem, pois nunca havia pensado que alguém pudesse temer ou considerar possível tal coisa! O que temos mostrado de nossa prática profissional à população, que lhe permita chegar a tais deduções? Como tem sido a relação profissionais de enfermagem-clientes, objeto e fim da profissão?

Nas duas vezes em que participei com os familiares deste momento, verifiquei que eles parecem conformados com a situação de não poderem ver seus parentes com a frequência desejada, e todas as limitações decorrentes. Agem como se considerando apenas duas opções: aceitar as regras como são, ou sair do jogo. Não observei qualquer tentativa por parte deles em fazer cumprir seus direitos, com exceção daquela tímida ameaça de reação por parte do pai do garoto W., descrita anteriormente. Na verdade, devo dizer, em nenhum momento senti que eles reconhecem ter direitos enquanto familiares dos pacientes internados no hospital. O mais comum é assumirem uma atitude de gratidão pelo pouco que recebem, isto é,

o tratamento de que seu membro familiar doente necessita e a permissão para vê-lo, ainda que durante poucos minutos por dia. Chegam mesmo a aceitar qualquer sofrimento para si próprios, desde que isso garanta o melhor atendimento de seus pacientes.

. A experiência de ter um parente internado na UTI

A doença e hospitalização de um indivíduo têm sido alvo de numerosas pesquisas. Os estudiosos mostram concordância em relação a seus efeitos funcionarem como fonte de estresse, determinando situação de crise, não apenas para a pessoa que adoece, como para todo o núcleo familiar. Tais situações representam uma ameaça natural à integridade física e, assim, comumente determinam o desequilíbrio do sistema familiar.

↘ A família do doente internado sente-se duplamente ameaçada, pois além do medo em perder o ente querido, a separação pode significar a necessidade de redefinição dos papéis e funções previamente atribuídos a seus membros integrantes, de forma a permitir que ela possa se reorganizar para obter um novo equilíbrio⁽¹²⁾.

A situação torna-se especialmente difícil quando a doença e subsequente hospitalização ocorrem de forma abrupta, envolvendo acentuado risco de vida, como é freqüente nas internações em UTI. Neste caso, há pouco ou nenhum tempo destinado ao preparo do paciente e sua família para a experiência. Além disso, a internação de pacientes criticamente en

fermos, segundo TAKAHASHI⁽⁴⁷⁾, apresenta características emocionais peculiares, pela própria situação de risco de vida e por envolver tratamento intensivo em unidade altamente especializada, cujo ambiente é visto como tenso e agressivo.

Para ilustrar estas colocações, apresento uma síntese sobre a problemática vivida pelos sujeitos do estudo, integrantes do grupo de familiares de pacientes internados em UTI.

Dona E. é esposa de um paciente, internado após cair do andaime de uma construção, vítima de acidente de trabalho. Estava particularmente ansiosa por só ter sido avisada da ocorrência após a admissão do marido na UTI. Portanto, chegou para a primeira visita ao esposo, desconhecendo completamente seu estado e munida apenas das informações fornecidas pelos colegas do esposo. Este, sofrendo fratura de crânio, apresentava os dois olhos acentuadamente edemaciados e violáceos, confuso, desorientado no tempo e no espaço, falando de forma desconexa, sonolento e torporoso, porém, com respiração espontânea e um catéter nasal para administração de oxigênio.

Quando foi chamada a entrar na UTI a fim de visitar o marido, apresentou-se intensamente ansiosa, nervosa e colocou em dúvida sua capacidade de suportar o que estava por ver. Por esta razão, acompanhei-a ao leito do paciente, permanecendo ao seu lado por alguns instantes, até certificarme de que ela estava bem. Aproveitei este momento para prestar-lhe algumas informações sobre o estado do marido, contribuindo para amenizar suas preocupações.

Ela manifestou interesse em conhecer as lesões corporais que ele havia sofrido, no que a auxiliei, levantando o lençol que o cobria. Ao verificar que os membros superiores do esposo estavam amarrados às grades da cama, acariciou-lhe os pulsos. Percebendo seus sentimentos, expliquei-lhe que a contenção era necessária para impedir que ele puxasse o cateter de oxigênio, assim como evitar que caísse da cama, uma vez que ele apresentava-se bastante confuso.

Poucos minutos após tê-la deixado sozinha com o companheiro, a enfermeira da unidade avisou o término das visitas e Dona E. dirigiu-se novamente a mim, solicitando orientação sobre como conversar com o médico do marido. Informei-a e, em seguida, solicitei sua participação como sujeito deste estudo. Tendo aceitado, marcamos o encontro para o dia seguinte, após a visita ao paciente.

O segundo familiar entrevistado foi o Sr. M., esposo de uma paciente internada na UTI vítima de acidente automobilístico em rodovia. A esposa apresentou fratura de crânio e dos dois fêmures. Inicialmente esteve semi-consciente, embora impossibilitada de falar, por causa do tubo oro-traqueal, e de abrir os olhos, devido ao edema acentuado. No segundo dia de internação, foi sedada em razão de uma complicação clínica que indicava o uso de respirador mecânico. Apresentava-se com tração ortopédica nas duas pernas e com a cabeça enfaixada.

Observando-o entrar na unidade para visitar a paciente, percebi que ele também apresentava escoriações generalizadas. Aproximei-me dele por um momento, mas afastei-me em

seguida, verificando que ele falava ao ouvido da esposa, em voz baixa, sugerindo necessitar de privacidade.

Soube mais tarde, durante a entrevista, que ele estava na direção do veículo por ocasião do acidente, no qual a esposa foi a mais lesada. Embora verbalizasse não possuir sentimentos de culpa pelo ocorrido, mostrava-se visivelmente perturbado ante a possibilidade de perder a companheira, não só pela falta, em si, que ela lhe faria, como também por terem duas filhas, de dois e quatro anos de idade. A paciente foi a óbito trinta horas após a entrevista.

A partir da terceira entrevista deste grupo, a UTI foi fechada para reforma e os pacientes transferidos para a Unidade de Recuperação. Senti que a mudança provocou um sentimento de alívio nos familiares que possuíam parentes internados, como se o fato significasse diminuição da gravidade da situação ou do risco de vida.

Dona L. é mãe de um garoto de cinco anos, internado no pós-operatório de retirada de tumor maligno. Foi entrevistada no segundo dia de internação do filho e apresentava-se nitidamente abatida, pálida, rosto marcado pelo choro e com aspecto cansado. De aparência humilde, informou residir em fazenda no interior de Goiás, o que podia ser confirmado pelas atitudes simplórias.

Durante a entrevista, revelou que o casal havia gasto o que possuíam em tentativas anteriores para tratamento do menino, e preocupava-se intensamente com as despesas geradas com a cirurgia atual, uma vez que o médico havia negado

a possibilidade de realizá-la pelo Sistema Único de Saúde. Outro problema apresentado referia-se à sua acomodação em Goiânia, onde não possuía parentes ou conhecidos que pudessem alojá-la. Contou-me que a situação só foi resolvida com o surgimento de uma conterrânea, atualmente morando na cidade, que tendo conhecimento de suas dificuldades, veio até o hospital oferecer-lhe ajuda.

Encontrei-me com Dona L. quando veio visitar o filho, a quem encontrou inconsciente, respirando espontaneamente, catéter nasal para oxigênio, curativo de dissecação venosa no braço direito, febril e com os dois braços contidos à grade da cama. Com lágrimas escorrendo continuamente dos olhos, falou-lhe todo o tempo em que permaneceram juntos, de forma afetuosa e debruçada sobre ele na cama. Aproximei-me dela e coloquei a mão em seu ombro, perguntando-lhe se precisava de algo. Tendo estabelecido uma relação, conversamos alguns instantes sobre a condição do garoto e, ao final do horário de visitas, concordou em participar do estudo, para o que saímos juntas da unidade.

Para a quarta entrevista, foram sujeitos duas irmãs de uma moça admitida na UTI havia três dias. A paciente era solteira, 38 anos, e tinha apresentado um quadro súbito de perda da consciência ainda em sua cidade, no interior de Goiás. Segundo informações da família, foi internada em município vizinho ao seu, por ser provido de melhores recursos, onde permaneceu por três dias. Após este período, e com o agravamento do quadro, foi transferida para Goiânia.

A irmã que entrou para visitá-la aquele dia encontrou-a ainda inconsciente, com respiração espontânea, oxigênio por catéter nasal e sonda nasogástrica para alimentação. Os olhos permaneciam semicerrados, não atendia às solicitações verbais e apresentava déficit motor acentuado à direita.

Quando me aproximei da visitante, dirigiu-se a mim com os olhos vermelhos de chorar, fazendo várias perguntas sobre a irmã. Conversamos por poucos minutos, quando procurei confortá-la com informações sobre a paciente, tendo percebido que ela mostrava-se bastante abalada e ansiosa quanto à evolução clínica da irmã. Aceitou colaborar na pesquisa e, quando nos dirigíamos à Biblioteca, fomos acompanhadas por outra irmã, que tinha ficado esperando fora da unidade, desde que só era permitida a entrada de um visitante.

O depoimento para esta investigação foi quase totalmente fornecido pela senhora que não pôde entrar na UTI, em razão de mostrar-se mais calma e controlada para as informações solicitadas. A primeira manifestava seu desespero através do choro contínuo que chegava a impedir-lhe a fala.

A quinta entrevista foi solicitada a uma jovem que visitava a irmã, internada três dias antes, em pós-operatório de cirurgia para extirpação de tumor cerebral. Naquele dia, a paciente encontrava-se consciente, porém, sem abrir os olhos, atendendo ao comando verbal, entubada, respiração espontânea, catéter de oxigênio pelo tubo oro-traqueal, cabeça enfaixada e curativo de dissecação venosa em um dos braços.

A apresentação destas situações objetivou descrever a forma de inserção de cada sujeito do grupo de familiares na situação de internação de seu parente na UTI, os sentimentos eliciados e o envolvimento emocional experimentado. Creio que a maneira como surge a necessidade de internação do ente querido em unidade do tipo tratamento intensivo pode influenciar a reação dos familiares à crise desencadeada.

CAPÍTULO IV

O FENÔMENO EM ESTUDO

. Percepção dos sujeitos sobre a visita

Quando a família dispõe de algum preparo prévio para a situação, ou seja, se a internação do parente nesta unida de poder, de qualquer forma, ser prevista ou esperada, como é o caso das doenças naturais, do tipo tumores e outras, as reações dos parentes, apesar da angústia pela ameaça de perda, tendem a ser mais controláveis. Porém, quando a admissão do membro familiar é precipitada por um acontecimento do tipo acidente, cuja característica essencial é a imprevisibilidade, as famílias podem reagir intensamente à situação, sendo possível a ocorrência de sentimentos variados, inclusive culpa ou remorso.

A habilidade da família em enfrentar o momento dependerá muito da ajuda com que puder contar. CAPLAN⁽⁷⁾ lembra que é importante que essa ajuda seja oferecida por pessoas capacitadas, uma vez que durante o desequilíbrio desencadeado pela crise, a pessoa apresenta-se especialmente vulnerá

N

vel, podendo ser mais facilmente influenciada.

O grupo de familiares de pacientes investigados integrou sujeitos que vivenciavam situações tanto de alguma forma esperadas, como totalmente inesperadas e abruptas. Parece que o impacto destas últimas é mais forte, o que foi inferido pelo comportamento das pessoas com este tipo de problema. Não obstante, devemos ter presente que cada pessoa é uma e única, e conforme CAPLAN⁽⁷⁾, a percepção de uma situação como problemática e geradora de tensão depende da experiência, da cultura e da personalidade. Portanto, torna-se arriscado emitir um juízo de valor sobre a intensidade da crise gerada por determinadas situações em diferentes pessoas.

Qualquer que seja a causa, não resta dúvidas sobre a peculiaridade da internação de uma pessoa querida em uma UTI, unidade onde, além da situação crítica do paciente, o próprio ambiente físico impõe estresse ao familiar. O equipamento sofisticado e a tecnologia empregada, na visão de TAKAHASHI⁽⁴⁷⁾, podem dar ao ambiente aparência de desumanidade, ao mesmo tempo que o desconhecimento ou falta de informações com relação à utilidade do equipamento e aparelhos utilizados podem aumentar a tensão. Desta forma, entrar no ambiente de uma UTI, significa, muitas vezes, para o familiar, um momento de medo e angústia.

Neste estudo, alguns integrantes do grupo de familiares também mostraram-se apreensivos quanto ao contexto da UTI, denotando medo de enfrentá-lo. Estes sentimentos foram expressos de formas diferentes pelos integrantes do grupo de familiares estudado, através de colocações como as que se

seguem:

"Não... ver aquelas coisas eu não conseguia. Primeira vez que eu tô vendo isso... Primeira vez na minha vida!"

"Eu tava assustada, né? Porque, pelo que eles lá me falou, o rapaz que trouxe ele, então assim... com aquela vontade e medo de ver a pessoa. Você fica assim, com aqueles dois lados, né? Assustada... e com medo de ver como ele tava... Mas confiante que tava bem, e tá entendendo?"

"... eu fiquei assim... Eu já tava angustiada, e quando eu entrei lá dentro, eu fiquei mais angustiada ainda! Quando eu falei com ele, que ele não respondeu, eu olhei pros lado e vi muita gente, mas todo mundo já tava conversando com alguém, né?"

Verifiquei que, algumas vezes, a ansiedade em relação ao ambiente que reúne vários pacientes graves, assistidos por pessoal caracteristicamente paramentado e aparelhagem sofisticada, em local fechado e restrito aos funcionários do setor deve-se, muito mais que ao ambiente em si, à realidade que ele desperta nos familiares, qual seja, a gravidade da condição de seu parente e conseqüente ameaça de perdê-lo.

Apesar das demonstrações de medo e angústia em relação à UTI, é comum que os familiares manifestem desejo de participar no cuidado a seus parentes. Em geral, esta necessidade não apenas reflete o anseio de sentir-se útil, como representa a oportunidade de estar próximo à pessoa amada. A ocorrência simultânea de dois sentimentos contrários - medo e vontade de estar na unidade, ficou evidente no depoimento de Dona M., quando ela descreve a experiência de ter um filho internado na UTI, onde é proibida a presença de acompanhantes.

Suas colocações denotam o desejo de ajudar e sentimento de inutilidade por não ser capaz de colaborar no tratamento e recuperação do paciente:

"... é uma experiência assim: é angustiante, porque você sempre... Você sabe que não vai resolver nada... Você não resolve! Mas você gostaria de estar perto, porque resolvendo pouco... é... o R., por exemplo, ele já tava assim, naquela fase assim, de pré-coma. Ele já não falava, ele não engolia, ele já não conseguia mexer sozinho, já com hipertonia... Mas se eu saía de perto dele, ele ficava mais agitado. Então, você sabe que... clinicamente, você não resolve, mas emocionalmente, você ajuda, né? Então, tem esse lado."

Este sentimento de inutilidade, decorrente do desejo de ajudar, porém, desconhecendo a maneira de fazê-lo, foi referido por RASIE⁽⁴¹⁾, comentando como estes familiares sentem-se, freqüentemente, ansiosos, aflitos e incertos quanto ao que se espera deles. GARDNER & STEWART⁽²⁴⁾ também relatam que os parentes podem sentir-se dolorosamente desamparados e impotentes ante sua inabilidade para influenciar a recuperação do paciente, sendo forçados a confiar em enfermeiros e médicos estranhos, que usam misteriosos equipamentos para tratar o paciente. Em consequência, afirmam as autoras, eles podem responder com ansiedade, raiva, medo, depressão ou isolamento à separação física do paciente.

Além do mais, visto da perspectiva familiar, o contexto da UTI é, muitas vezes, considerado como frio e impessoal, onde os pacientes são livrados da morte por pessoal especializado e pela alta tecnologia utilizada. Em consequência, temem que o aspecto emocional, nesse ambiente, possa não ser valorizado.

Um outro aspecto que deve ser considerado é que os dados mostram que a família suficientemente esclarecida sobre os aspectos envolvidos na hospitalização de um de seus membros, por contar com informações que lhe permitem conhecer a situação a ser enfrentada, lida com menores demandas psicológicas e/ou físicas, o que pode contribuir para redução de seu nível de estresse. Em consequência, serão menos intensos os efeitos do estresse sobre sua saúde física e bem-estar emocional⁽¹²⁾, contribuindo, positivamente, nas necessidades manifestadas.

Tais colocações se respaldam no nível de informações dos sujeitos estudados, quanto ao motivo de internação de seus parentes na UTI. Embora todos os familiares pudessem identificá-lo, nem sempre demonstraram segurança em relação ao significado real das palavras e à dimensão do problema. Perguntados sobre o assunto, suas respostas mostraram-se vagas, indicando conhecimento superficial acerca da situação do doente. Algumas vezes, refletiam meras repetições do discurso dos profissionais de saúde, como exemplificado com algumas falas deste grupo:

"Porque ele foi acidentado lá na firma que ele trabalha e eu não fui localizada antes. Porque ele levou uma pancada muito forte e deu... um negócio de sangue na cabeça. Eu não sei falar o nome certo. É... deu um trincado na cabeça dele."

"Devido ao acidente que ocorreu com a minha esposa".

"Ela teve um problema de derrame na cabeça".

"Pelo motivo de... doença na cabeça do meu filho. Tá internado... pela terceira vez, em estado grave."

"É um tumor que foi retirado. Então... aí foi preciso, né, de vim pra sala de recuperação logo após a cirurgia, prá... Os médicos... fazem o podem, né?"

Apenas uma entrevistada demonstrou conhecer, em detalhes, o diagnóstico, evolução do quadro e procedimentos terapêuticos planejados para o filho:

"Bom, eu tô aqui porque o meu menino, ele foi detectado nele assim, uma... lesão, né, no terceiro ventrículo. Uma lesão que, hoje, é confirmado pelo laboratório que é uma lesão maligna. Foi operado. Foi feito aspiração da lesão e, segundo o médico, eles conseguiram tirar de 80 a 90%, né? Agora, o restante eles vão decidir se vai ser quimioterapia, radioterapia ou a associação dos dois. Foi operado ontem. Mas ele fez, nesse período que ele ficou aqui, ele fez revisão de válvula, porque a válvula não estava funcionando... Depois foi feito... uma angiografia, aí depois foi feito a biópsia, pra depois ser feita a intervenção cirúrgica mesmo, né? Porque a região é de difícil acesso, então eles se cercaram de todos os cuidados pra chegar. Porque eles nem queriam mexer nessa lesão, por causa da região dela. Eles trabalharam nela porque o resto não tava resolvendo."

Coincidentemente, também foi este familiar que evidenciou sinais menos significativos de desequilíbrio no momento da entrevista, aparentando um uso mais efetivo de seus mecanismos de luta no enfrentamento da crise experienciada. Em contrapartida, os demais depoimentos deste grupo, onde os sujeitos demonstraram conhecer apenas superficial ou parcialmente a situação real dos familiares internados, mostraram evidentes dificuldades em obter respostas adequadas à diminuição do estresse, desencadeado pela doença e hospitalização de seus parentes. Para CHAVEZ & FABER⁽¹²⁾, a habilidade da família para prover suporte emocional ao paciente dependerá da extensão de seu reconhecimento da crise e de sua capa

cidade para resistir ao estresse usando seus mecanismos de luta.

Considero haver uma diferença fundamental entre os dois comportamentos externados no grupo. O familiar que conhecia o bastante sobre a patologia do filho e os recursos utilizados na tentativa de salvar-lhe a vida, manifestou um sentimento que talvez fosse mais apropriadamente chamado de medo, aqui entendido como inquietação diante de um perigo real ou ameaça conhecida. O termo é descrito por MIELNIK⁽³⁷⁾ como uma reação emocional efetiva a um perigo real externo, sendo uma resposta com objetivo determinado.

Por outro lado, o sentimento manifestado pelo restante do grupo também foi de medo, porém, diante do desconhecido, o que o caracteriza mais como ansiedade, nos moldes como é conhecida por HANUS⁽²⁷⁾: "É um afeto penoso, desagradável, doloroso, incômodo que se gostaria de fazer desaparecer, do qual a pessoa desejaria proteger-se. Seu caráter é sua obscuridade aparente; sua origem, sua fonte, sua causa permanecem desconhecidos pela consciência (...). É um medo sem objeto aparente. Angustiados, nós nos sentimos em perigo mas sem saber qual é o perigo ou de onde ele virá".

Para MIELNIK⁽³⁷⁾ o termo ansiedade é utilizado como sinônimo de angústia, e "surge como um sentimento opressivo, inquietante de 'algo que está para suceder', de uma tensão difusa e amedrontadora, sentida ao mesmo tempo no plano psíquico (ansiedade) e no plano físico (manifestações somáticas). O medo gerado pela sensação de angústia, e que não está ligado a qualquer situação concreta (...)".

X Pelo lado do paciente, é preciso considerar que a doença e hospitalização favorecem o distanciamento do indivíduo de seu meio social e familiar. LOPES⁽³⁴⁾ afirma que ao doente consciente da gravidade de sua situação, o rompimento dos laços afetivos, quer das pessoas da família, quer dos amigos, é prejudicial ao seu restabelecimento. Assim, refere que, frente a uma situação crítica, como o é a internação em UTI, mais que nunca o paciente precisa manter vivas suas relações familiares, de onde retira a força necessária para ajudá-lo a suportar os procedimentos terapêuticos, geralmente bastante agressivos, na tentativa de salvar-lhe a vida.

Na visão dos familiares, o contato físico com os parentes e amigos é fundamental para o paciente. Conforme seus depoimentos, o encontro constitui-se, para o enfermo, em oportunidade para receber o apoio e conforto necessários para ajudá-lo a enfrentar a crise experimentada. Alguns integrantes deste grupo expressaram claramente esta opinião:

"... a visita... a própria visita de uma pessoa da família, já traz ali força pra... paciente, né? Principalmente pra ela... porque ela é uma pessoa muito extrovertida, conversa muito, né? Muito alegre! De maneira que... essa visita é muito importante."

"É um contato mais próximo e, quanto mais próximo, melhor, né? Dá mais força pro doente, né, pra ele reagir mais... Eu acho que transmite muito!"

Se o desequilíbrio provocado pela doença representa ameaça à integridade física do indivíduo, resultando na instalação de uma crise, a associação do risco de vida pode con

duzir à potencialização de seus efeitos, tornando quase impossível a resolução da crise sem ajuda externa. Segundo CAPLAN⁽⁷⁾, um homem não enfrenta as crises sozinho, mas é ajudado ou dificultado pelas pessoas que o cercam, inclusive sua família.

Também para os familiares, ver o parente que está internado em UTI é de extrema importância, especialmente se a hospitalização foi súbita e inesperada. Muitas vezes, a família não presenciou o episódio que provocou a internação, do qual só foi informada, posteriormente, por terceiros, o que concorre para a potencialização de sua ansiedade. A incerteza sobre os fatos produz a vontade de ver o parente, a fim de obter dados concretos sobre sua condição. FREITAS et alii⁽²²⁾ afirmam que esta necessidade advém, principalmente, da dificuldade que a família apresenta em acreditar no que está acontecendo com o parente enfermo.

Tais colocações coincidem com a percepção da equipe de enfermagem sobre o comportamento do familiar no momento da visita ao parente. De acordo com declarações deste grupo, o visitante aproveita o momento do encontro para checar, pessoalmente, as informações que detém sobre as condições de seu parente enfermo, bem como avaliar a assistência a ele dispensada, como evidenciam as falas seguintes:

"Olha tudo! Não passa nada despercebido. Pega na mão dele, nos pés, vê... vê se a cama tá limpinha; conversa... pergunta as coisa..."

"Ela tenta de toda maneira se comunicar com o paciente, e... ver se ele tem algum resultado..."

"Geralmente, a primeira coisa que eles fazem é descobrir... Porque o paciente fica coberto na hora das visitas, né, aí eles chegam, suspende o lençol, olha tudo, pega na mão deles... às vezes abraça... conversa com eles... E pergunta pra gente o que que é isso, porquê aquilo..."

"Primeira coisa que eles geralmente faz... eles fica coberto, sabe? A primeira coisa que eles faz é destampar o doente, sabe? E uma coisa assim, que a gente sempre percebe é... por exemplo, quando o paciente tá contido, sabe... a gente percebe que eles ficam chateados. Quer dizer, eles não entende porquê, né, que o paciente tá daquele jeito, sabe? Então, primeira coisa que eles fazem é descobrir o paciente, sabe, e olhar... Aí, eles pegam no pé, eles vão ver a temperatura, se eles não tão... com frio..."

"Bom, eu sinto que a família tá com curiosidade de ver o estado do paciente, perguntar como que é que o paciente passou, se ele teve febre... fala... minha mãe tá parada, e tal, e... às vezes, desesperado, sabe? A família chega, entra, fica desesperada, e aí, começa a chorar, começa a perguntar, outros desmaia, como já aconteceu caso..."

"Eles procura mais é assim, chamar, tentando lembrar eles de coisa que eles já fizeram, pra ver se ele... realmente a pessoa tá consciente. Muitas vezes, a pessoa não tá consciente, eles pega falar de coisa pra ver se o paciente retorna, então, a lembrança daquilo que já passou. Isso que eu vejo muito... chamar atenção do doente assim, pr' aquelas coisa que mais... fixou no passado, antes de entrar aqui no CTI. Geralmente, eles destampa o doente, né, pra ver o que... se tá tudo arrumadinho... Primeira coisa que eles faz, né? Começa conversar e começa a fuçar, se tá... arrumadinho. Olha uma coisa, olha outra, olha as coisa... O pessoal... não passa despercebido pr'os parente, não. Eles vão sempre de olho em tudo, né, quando eles chega na beira da cama do doente."

Entretanto, observei que o momento em que o familiar e paciente se encontram geralmente é carregado de emoções. Talvez por este motivo, predomine, entre todas as outras formas de comunicação utilizadas, a linguagem corporal. O conteúdo não-verbal, expresso através do olhar, tato, lágrimas, gestos e expressão facial enriquece a linguagem falada e po

de, algumas vezes, ser suficiente para transmitir a mensagem desejada. Não é raro observar-se que, em determinadas situações, o simples toque ou aperto de mãos é bastante para transmitir força ao doente no enfrentamento da crise vivenciada e proporcionar o conforto emocional requerido. Também os sentimentos e emoções, por vezes, são mais apropriadamente comunicados através da linguagem não-verbal.

A equipe de enfermagem, embora não participe do encontro, foi capaz de descrevê-lo em detalhes, demonstrando habilidade para observar e perceber os sentimentos envolvidos na situação, a ponto de identificar as necessidades manifestadas por alguns familiares, como pode ser evidenciado em suas falas:

"Ah... tem uns que fica dos mais ressabiadinho ... Tem medo até de encostar na cama. Principalmente quando é a primeira vez que ele visita. Outros já chega, quer vê tudo, suspende o lençol, olha tudo... põe a mão pra vê se tá com febre... As vezes eles conversa com o doente, pede pra abrir os olhos, segurar na mão:..."

"Ah, uns fica assustado, outros já começa a chorar, outros... as vez nem entra, porque num... num tem corage de ir vê o paciente, vê o parente..."

"Ah... tem uns que abraça, pede pra sarar logo, né? Reza... tem uns que traz terço, santinho... meda lhinha, né, essas coisas assim..."

"Conversando, pegando, cumprimentando, sabe, é... As vezes, até mesmo a gente vê... pegar no paciente, fazer oração, né?"

"Ih!... eles conversa, abraça, beija...pergunta coisa... As vezes o doente nem tá vendo nada. Tem uns que chora... até mesmo!"

"As vezes eles procuram pra gente se pode conversar. Agora, no CTI, quase... É muito difícil! Geralmente, os pacientes tão quase tudo em coma... As vezes, eles ficam calados, sabe? Descobre o pacien

te... só, assim... Eles não fala nada, tá? As vezes eu falo olha, pode conversar, pode chamar ... Ele tá voltando da anestesia, tá acordando... Ai que eles falam com eles."

"Quase todo mundo conversa com o paciente... As vezes o paciente nem tá... as vezes, o paciente tá em coma, ou... até em morte cerebral. A família chega, e fica chamando ele, pedindo pra segurar a mão dele... falando as coisa pra ele. Tem uns que abraça o paciente, chora... Tem uns que até beijar o doente beija."

"Ele comunica... ele comunica e pensa que o paciente tá entendendo tudo que ele tá falando, e geralmente, tem uns paciente que num tá entendendo, nem sabe nem quem tá perto dele. Ele abraça, toca no parente, manda apertar a mão, cê entende?"

Os familiares, em geral, estão tensos, inseguros e com medo do que poderá ocorrer com o paciente, assegura KURC GANT⁽³¹⁾. Segundo a autora, existe o medo do próprio ambiente, dos aparelhos e de como chegar até o paciente de forma a não prejudicá-lo. Neste sentido, uma esposa, que entrou pela primeira vez na UTI, para visitar o marido, referiu sentir falta de alguém junto a ela, neste momento:

"Uma pessoa... ou da enfermagem, ou outra pessoa da família que pudesse entrar, pra poder conversar... Porque a gente sente muito só... Porque a pessoa que tá ali, você chama e ele não responde... Então você fica procurando pra quem você vai falar alguma coisa, né? As vezes, tem uma enfermeira, mas ela já tá com outro... paciente, né? As vezes tem médico, mas ele já tá dando atenção pra outro ... Porque não entra só uma pessoa, né? Então eu fiquei... Eu senti sozinha."

Deve-se ressaltar que a senhora, além de leiga, só dispunha das informações que recebera do colega que trouxe seu marido para o hospital, logo após o acidente. Portanto, aliado ao medo da UTI, apresentava-se bastante ansiosa quan

to às condições em que encontraria o esposo e, assim, necessitava de ajuda para compreender a situação desconhecida e interpretar adequadamente o que via. Em outras palavras, ela necessitava obter dados concretos e confiáveis que lhe permitissem avaliar a situação que estava vivenciando.

TAKAHASHI⁽⁴⁷⁾ aconselha maior atenção a familiares que possuam parentes internados em UTI, lembrando que a presença de um familiar extremamente ansioso pode ser prejudicial ao doente e criar-lhe maiores problemas. CHAVEZ & FABER⁽¹²⁾ também alertam que, se a família em crise está usando inutilmente seus mecanismos de luta, ela pode valer-se do momento da visita muito mais para buscar apoio e coragem, do que para dá-los, imputando, desse modo, um estresse adicional ao já comprometido paciente.

GARDNER & STEWART⁽²⁴⁾ recomendam que, na visita inicial ao paciente, o familiar deve ser acompanhado até seu leito por um profissional, que o ajudará e demonstrará como conversar e tocar o paciente.

Não obstante, outro depoente afirmou preferência por estar sozinho no momento da visita à esposa, denotando necessitar de privacidade no encontro. Porém, manifestou, igualmente, o desejo de contar com ajuda profissional após a visita, para receber as explicações necessárias, conforme seu relato:

"...a gente entra com uma ansiedade tão grande de estar próximo da pessoa amada que... eu nem lembro dos outros que estão lá. Lá, no momento, eu não... Eu prefiro estar sozinho, certo? E depois, possi

velmente, conversar com alguém... pra me dar informação a respeito do que eu tivesse visto, não é?"

A oposição desses dois últimos depoimentos confirma o conceito de DANIEL⁽¹⁷⁾ a respeito de uma necessidade de manifestar-se diferentemente de acordo com a pessoa, e a afirmação de CAPLAN⁽⁷⁾ sobre as diferentes formas de enfrentamento da crise, em conformidade com os efetivos mecanismos de luta que a pessoa dispõe.

De qualquer forma, a "permissão" para o encontro entre familiares e pacientes deve ser vista como indispensável, enquanto forma de proporcionar-lhes assistência na satisfação de suas necessidades básicas, favorecendo a volta ao equilíbrio, perdido com a instalação da crise situacional.

Apesar de tais colocações, os provedores de cuidados ao paciente nem sempre percebem benefícios advindos da presença do familiar na UTI. Neste estudo, o grupo da enfermagem, em geral, parece julgar necessário que o paciente receba visita de seus familiares. Entretanto, as opiniões quanto ao tipo de paciente que se beneficiaria com o procedimento, variaram.

Alguns sujeitos afirmaram que o paciente internado em UTI tem necessidade da visita de familiares, independente de suas condições clínicas, como atestam os depoimentos abaixo:

"Precisa. Eu acho que... conforta mais. Porque... faz tão bem pra ele, né, mesmo que as vez eles não tão consciente, parece que a expressão do rosto do paciente muda quando os familiares tá por perto, conver

sando, chamando ali... Parece que a gente... nota que ele até melhorou um pouco."

"Ah, eu acho que precisa sim. Pode ser um paciente em coma, que não tá vendo nada... parece que na hora que a família tá ali... parece que muda até a cara dele."

"Eu acho! Porque eu acho assim... Eu já vi falar que mesmo o paciente em coma, ele ouve. Claro, ele não tem aquelas reações e ludo... mas ele ouve. Mas a partir do momento em que ele começa ficar consciente, eu acho que a presença da família... sei lá, ajuda demais."

"Ah, lógico! Acho que faz bem pra ele e pra família. Tem uns que já tá mais consciente, fica perguntando quanto que falta pra chegar a hora das visitas... Eu acho que é bom pra eles."

Outros, apesar de concordarem com a necessidade da visita, ressaltaram que o nível de consciência do paciente influencia esta carência, havendo depoentes que consideraram a visita necessária somente nos casos em que o doente pode perceber o encontro com a família:

"Quando eles pode ver o que tá acontecendo, sim. Acho que faz bem pra ele se sentir no meio de gente mais conhecida, ter notícias da família... Ele tem saudades, né?"

"Quando ele tá consciente, sim... ou mais ou menos consciente, né? Porque aí, ele vê o parente lá, ele sabe que tem alguém ali, né?"

"Conforme o caso dele, não. Se a pessoa tiver consciente, né, igual nós temos aí paciente que tá consciente, eu acho que necessita. Agora, quando não tem... quando não tá consciente, tá em coma, né, e... eu acho que não precisaria."

"Olha, dependendo do estado do paciente. Por exemplo, aquele paciente que tá lá, que não sabe nem... cê entende? Eu acho que esse num... num precisa, cê entende? Porque ele tá ali... tá como morto. Em certos paciente! Mas agora, em outro caso, que o paciente já tá mais ou menos consciente, já pergunta pela mãe, pelo pai, pelo filho, pela família, eu acho que é conveniente. Eu acho que ajuda

o paciente nesse sentido: ele tá ali, no meio só de enfermeiro, só de enfermagem, e vários outro paciente. Então, eu acho que o paciente vendo uma pessoa assim, eu acho que ele... sei lá, fica assim, mais... seguro e... não pensa que tá no meio de muitos estranhos. Pra... saber que não tá ali no meio só de estranhos, que geralmente pinta uma família ali, dele, que... que fica do lado dele pelo menos cinco minutos."

. A equipe de enfermagem e a família do paciente

O momento de visita aos pacientes desperta variados sentimentos nos integrantes da equipe de enfermagem. Solicitados a descrever como se sentem quando chega o horário de visitas, declararam:

"... eu fico feliz, porque a família do paciente vai ver o paciente, vai ver o parente."

"Ah, é uma coisa difícil de responder, viu? Às vezes eu me sinto a vontade, às vezes não... Tantas pergunta que o pessoal faz, a gente não pode responder! Então..."

"Eu já acostumei. Antes, no começo, eu me sentia um pouco... tímida, não é, de ter que colocar a família, ter que explicar as coisas pra ela... Mas agora, não. Agora eu já acostumei."

"Bom, eu fico deprimida, né, porque a família tá sofrendo com o paciente grave, né? O paciente grave... a família chora muito... Eu fico deprimida."

"Mal demais! Não gosto de horário de visita, e não gosto de pôr a visita. Porque se eu pôr as visita e tiver dez visitante, eu cabo deixando os dez entrar. Eu procuro não pôr, porque eu não sei falar não."

"Ah!... eu não gosto, não. Eu sinto... sei lá, sinto mal assim, porque já perdi parente próximo assim, em CTI... Ai! é horrível! Uma angústia, porque a gente vê assim cada... cada parente do paciente, sei lá... reage d'uma maneira, né? Então... Deus me livre! Eu fico supondo assim, no lugar daquelas pessoas, sabe?"

Os sentimentos verbalizados pelos sujeitos deste grupo foram, mais frequentemente, negativos: ansiedade, mal-estar, depressão, timidez. Apenas uma entrevistada declarou ficar feliz, por considerar que neste momento é permitido aos familiares verem seus parentes internados, e outra afirmou que seus sentimentos variavam conforme a situação, referindo sentir-se pouco à vontade com o fato de não poder responder às perguntas dos visitantes.

Os familiares, ameaçados de perder o ente querido, o que lhes impõe medo e ansiedade, desejam estar informados sobre todos os fatos que possam influenciar o desfecho da crise situacional experimentada. Como o sistema disponível de informações sobre os doentes internados não lhes supre esta necessidade, a saída é utilizar-se de todas as oportunidades em contato com os profissionais que cuidam de seu parente, para obter as informações requeridas. Assim, valem-se da facilidade de acesso a tais profissionais quando podem entrar na UTI, para fazer todas as perguntas desejadas. Os membros da equipe de enfermagem percebem esta necessidade da família, embora isso não implique em que sintam-se responsáveis pela sua satisfação. Alguns depoimentos do grupo da enfermagem reforçam estas colocações, como os que se seguem:

"Tenta de toda maneira que ele pode, entende? Descobre o paciente, quer ver o quê que ele tem, sabe, porquê que ele tá com aquele tanto de soro, qual o motivo dele tá... é, com os aparelhos todos, né? Fazem bastante pergunta."

"Eles querem saber tudo que a gente... até, muitas das vez, eles quer saber até que medicação aquela que tá correndo, né? As vezes vai olhar o rótulo do soro, pergunta quê que é aquilo... as vez tá"

alguma coisa lá junto, as vez... A gente até largou de colocar... Soro fisiológico e Novamin, a gente colocava o rótulo neles, a gente até largou, porque... Igual Revivan... Eles pergunta pra quê que serve isso? Pra quê que serve aquilo outro? Novamin, a gente largou porque o médico falou... Pra que ficar dando explicação sobre um antibiótico... Porque eles sempre pergunta o doutor, né?"

Mas devemos nos lembrar que, mesmo não considerando a família do paciente como necessitando de assistência, ela, na qualidade de responsável pelo paciente, tem direito a receber informações, preferentemente, de forma verdadeira, inteligível, e atualizada.

Entretanto, diversos autores afirmam que os enfermeiros não se sentem suficientemente preparados para enfrentar as famílias de pacientes. Parece que tais profissionais sentem-se pouco à vontade para intervir em situações envolvendo emoções mais intensas, como a morte e o morrer. Isto também se aplica à condição dos pacientes internados em UTI, que embora nem sempre a encontrem em fase terminal, há, com frequência, risco de vida associado. Este comportamento é percebido tanto pelos familiares quanto pelos profissionais que atuam nestas unidades, e gera sentimento de angústia nos dois.

NORRIS & GROVE⁽⁴⁰⁾ citam Bellack & Bamford, que afirmam serem as enfermeiras responsáveis pela intervenção nas necessidades psicossociais dos pacientes criticamente enfermos e de suas famílias, mas as autoras advertem que isto ocorre sem o adequado conhecimento ou preparo destes profissionais. Como agravante a seu despreparo, muitos enfermeiros relatam sentir-se como profissionais pouco acreditados pelas

famílias que têm parentes internados em UTI, conforme revela TESCK⁽⁵⁰⁾.

O cuidado à família é um dos mais aflitivos problemas para o enfermeiro, na visão de CASSEM & HACKETT⁽⁹⁾, e, de acordo com CHAVEZ & FABER⁽¹²⁾, este profissional, frequentemente sente-se mal preparado para confortar um membro familiar, ao que responde dirigindo todo o seu tempo e cuidado ao paciente.

DUNKELL & EISENDRATH⁽¹⁸⁾ consideram que, apesar de existirem numerosos meios pelos quais a equipe se beneficia com a presença da família, os familiares podem ser causa de estresse, e citam, entre outros, os seguintes aspectos psicológicos negativos: falta de confiança na equipe; aceitação pela equipe, das expectativas irreais da família quanto à sobrevivência do paciente, advindo daí, um sentimento de derrota diante da morte; dificuldade da equipe para impor algumas condições à família, em determinadas situações nas quais estas medidas se fazem necessárias.

Desta forma, a falta de preparo específico, a insegurança quanto à forma como é percebido pelo paciente e/ou familiares, o medo de envolver-se emocionalmente com o sofrimento do paciente e da família, como tentativa de evitar o próprio sentimento podem influenciar a interação que a equipe de enfermagem estabelece com sua clientela. As evidências sugerem que, muitas vezes, isso pode não ser percebido pelo profissional, embora KÜBLER-ROSS⁽³⁰⁾ relate ter trabalhado com muitos enfermeiros que sentiram grande falta de treinamento e

insegurança quanto ao seu papel diante de situações envolvendo a morte e o morrer.

No depoimento a seguir, um dos informantes da equipe de enfermagem reconhece a falta de conhecimentos específicos interferindo em sua relação com os familiares:

"A enfermagem daqui não é muito preparada para isso. Quando eu falo enfermagem, as atendente e auxiliar; não digo assim, a chefe... assim, a... o pessoal que é preparado com qualidade. Eu tô falando a gente mesmo... A gente não tem preparação suficiente para conversar com o familiar. Ah, pra falar a verdade, eu acho que falta é mesmo assim, é... conhecimento mesmo, pra gente, não é? Porque não é falta de vontade da gente não. Acho que é falta de conhecimento, que a gente não tem suficiente pra passar..."

Também o depoimento da enfermeira da unidade revelou que o início de sua atuação profissional foi marcado pela timidez ao defrontar-se com as famílias e "ter que explicar as coisas pra ela". Questionada sobre o motivo, confessou:

"Acho que era insegurança mesmo. Eu não sabia o quê que podia acontecer, então ficava mais quieta. Agora não, eu já sinto mais segura na frente das famílias, né? Mas, eu era recém-formada... nunca tinha trabalhado em UTI."

Por outro lado, por mais preparados que estejam, os enfermeiros e os demais integrantes de sua equipe, com frequência não estão autorizados a prestar informações sobre o paciente, especialmente no que se refere ao diagnóstico e terapêutica. Isso gera ansiedade em tais profissionais porque, na prática, eles assumem o papel de intermediários nas relações médico-familiares. Este sentimento ficou claro no se

insegurança quanto ao seu papel diante de situações envolvendo a morte e o morrer.

No depoimento a seguir, um dos informantes da equipe de enfermagem reconhece a falta de conhecimentos específicos interferindo em sua relação com os familiares:

"A enfermagem daqui não é muito preparada para isso. Quando eu falo enfermagem, as atendente e auxiliar; não digo assim, a chefe... assim, a... o pessoal que é preparado com qualidade. Eu tô falando a gente mesmo... A gente não tem preparação suficiente para conversar com o familiar. Ah, pra falar a verdade, eu acho que falta é mesmo assim, é... conhecimento mesmo, pra gente, não é? Porque não é falta de vontade da gente não. Acho que é falta de conhecimento, que a gente não tem suficiente pra passar..."

Também o depoimento da enfermeira da unidade revelou que o início de sua atuação profissional foi marcado pela timidez ao defrontar-se com as famílias e "ter que explicar as coisas pra ela". Questionada sobre o motivo, confessou:

"Acho que era insegurança mesmo. Eu não sabia o que que podia acontecer, então ficava mais quieta. Agora não, eu já sinto mais segura na frente das famílias, né? Mas, eu era recém-formada... nunca tinha trabalhado em UTI."

Por outro lado, por mais preparados que estejam, os enfermeiros e os demais integrantes de sua equipe, com frequência não estão autorizados a prestar informações sobre o paciente, especialmente no que se refere ao diagnóstico e terapêutica. Isso gera ansiedade em tais profissionais porque, na prática, eles assumem o papel de intermediários nas relações médico-familiares. Este sentimento ficou claro no se

quinte depoimento:

"Às vezes eu me sinto a vontade, às vezes não. Tantas perguntas que o pessoal faz, a gente não pode responder! Então..."

Uma técnica de enfermagem referiu que:

"... o parente tá vendo o que você tá fazendo com o paciente, aí ele começa aquela perguntação... O que é isso? Pra quê que serve isso? Pra quê que tá fazendo isso com aquele paciente, né?"

Inquirida sobre o fato de não gostar que eles fizessem perguntas, ela justificou:

"Não, porque se eu pudesse falar, tudo bem, mas eu não posso falar, né? Vou falar o quê? Então, às vezes a gente... é preferível você parar e deixar o soro correr lá e depois você faz."

Os dados obtidos das observações na etapa exploratória do trabalho revelaram que a equipe de enfermagem parece perceber a visita aos pacientes como um mero regulamento da instituição empregadora, ao qual são obrigados a cumprir. E que suas atitudes frente aos familiares, neste momento, não eram condizentes com as ocasionais verbalizações de sentimentos de pena e solidariedade.

Para melhor compreender estas observações, é preciso considerar que os enfermeiros podem apresentar dificuldades pessoais em lidar com o sofrimento humano. Isso é atestado em diversas pesquisas, onde o convívio diário com a gravida de dos pacientes e a possibilidade de sua morte são incluí

entre os principais agentes estressores para a equipe que atua em UTI.

Ao estudar a influência do estresse na vida e trabalho de enfermeiros nas UTIs, TESCK⁽⁵⁰⁾ encontrou que estes profissionais consideram os familiares do paciente nesta unidade como excessivamente ansiosos, não confiam nos enfermeiros, e 93,9% dos sujeitos declararam ocorrer conflito em "dar a notícia de que dar notícia para a família, quando o paciente morrer", considerada a pior tarefa da UTI.

Ser portadora de notícias drásticas à família também é considerada uma tarefa desagradável por uma integrante do grupo de enfermagem na presente pesquisa, como mostra seu depoimento:

"...chegar assim, pra uma família e falar assim ... Olha, fulano de tal - o parente dele - foi a óbito, e tal... Eu nunca gostaria de dar essa notícia pra ninguém!... Dar uma resposta dessa pra um parente do paciente deve ser horrível! Deus me livre!..."

Além do estresse gerado pelo trabalho contínuo com o sofrimento dos pacientes, há que se considerar, ainda, que isso lembra aos profissionais que atuam em UTI, sua condição de simples mortais. A dificuldade em identificar e lidar com seus próprios sentimentos pode criar tensões no relacionamento enfermagem-paciente-família, que, por sua vez, podem ocorrer para a manifestação de irritação com o paciente e/ou familiares, pouco diálogo, encaminhamentos inadequados ou desinteresse, evitar situações de maior envolvimento. BELAND & PASOS⁽³⁾ consideram que "as necessidades pessoais do enfermeiro

ro e sua ansiedade em relação às circunstâncias com as quais se defronta, geralmente prejudicam o tipo de atendimento de enfermagem que ele sabe que deve dar, e que gostaria de poder dar."

Segundo GAUDERER⁽²⁵⁾, os profissionais que trabalham com doenças graves ou crônicas sentem-se agredidos devido a dois fatores: as limitações da profissão e as suas próprias. As primeiras são vividas como fracasso, incapacidade e reconhecimento da impotência frente a certas situações. O segundo fator, vivido como agressão, trata-se das exigências e reclamações do paciente ou familiares, frequentemente, além das possibilidades profissionais.

Estudando a assistência de enfermagem a pacientes em fase terminal, FERRAZ et alii⁽²¹⁾ encontraram que o desespero familiar quanto à aceitação da morte, refletido por atitudes desesperadas e por exigências, às vezes descabidas, de múltiplas tentativas para salvar o indivíduo a qualquer preço, representa um problema para a equipe de enfermagem, tendo sido por ela citada como uma dificuldade sentida.

Considerando que, para GAUDERER⁽²⁵⁾, as emoções geradas pela doença grave são semelhantes nos pacientes e profissionais, penso que, em muitas situações envolvendo o sofrimento humano, a enfermagem atua pelo mecanismo de negação, ou seja, simplesmente ignora-o. Além disso, o envolvimento emocional representa uma dificuldade para assistir o paciente, afirmam FERRAZ et alii⁽²¹⁾, referindo que isto pode ter origem no fato de que o envolvimento emocional indevidamente aplicado pode deixar de constituir um aspecto importante no

relacionamento terapêutico.

Não obstante tais considerações, os resultados deste estudo mostram que o pessoal de enfermagem, embora sofra influência destes fatores, algumas vezes, demonstra sensibilidade à dor de pacientes e familiares. Entretanto, e devido à interferência destes mesmos fatores, as tentativas de ajuda ensaiadas são, freqüentemente, casuais e assistemáticas, baseadas em suas próprias experiências de vida e conhecimentos empíricos. Para justificar estas afirmações, descrevo o relato de alguns depoentes deste grupo:

"... a gente até põe em risco... serviço da gente, mas às vezes, a pessoa que tá lá fora... é tão carente... precisando tanto saber notícia do que tá acontecendo com o doente dele lá, que... a gente, às vez, até arrisca um pouquinho, sabe? É como a aflição deles é grande, né, pra ficar do lado de fora... sem saber quê que tá acontecendo com a família deles lá dentro... Ah, é ruim demais eles falar deixa eu ver um pouquinho e você falar não, num pode... cê vai embora pra casa, sentindo mal de saber que, às vez, cê não deixou aquela pessoa olhar. Ah, eu sinto muita dó, muita pena da família. Nossa Senhora! Tenho dó do paciente... Porque tem paciente que parece que dói mais na gente, entende? As vez, uma perguntinha que eles faz pra gente, a gente fala como que tá... e a gente nunca fala com as mesmas palavra do doutor... a gente vê que eles sai mais aliviado um pouquinho. Se a gente conversasse... a família acho... eu tem impressão que a família sofreria menos, né?"

"Eu fico com dó do povo, porque entra lá rapidinho e vai embora... Tem dia que nem o médico conversa com eles... Às vezes, quando eu tenho tempo, eu converso. E eu tenho dó! Eu sempre converso demais com eles. Tem a mãe do T., um paciente que ficou gravíssimo no leito 1... Aí, teve um dia que eu pensei assim Nossa Senhora o T. tá morrendo! Tava grave, piorou, piorou até, né? Aí, eu chamei o Dr. P. G., que é médico dele. Fiquei chamando esse médico até que ele vim. Eu nem... eu fui embora era umas dez horas da noite, até que ele melhorou... Porque eu fiquei falando pra mãe dele que ele ia ficar bom, que ele ia melhorar... Aí, de repen

te ele piorou de estado, né? Aí eu fiquei doidinha, sabe, desesperada, com dó da mãe dele, sabe? Porque até que o paciente que tá lá, se tiver em morte cerebral, alguma coisa assim, eu não tenho tanta dó, não. Mas eu tenho dó da família que tá ficando, porque eles que sofrem! Porque esse paciente não tá vendo mais... Eu acho... não vê nada! Agora a família é que sofre, né, a família vai ficar pra sofrer, né? Então eu fico com dó demais da família, gente, porque nossa, é terrível demais perder parente..."

ambição

Por outro lado, a equipe de enfermagem pode utilizar as normas hospitalares como justificativa para uma atuação deficiente. Esta pode ser uma forma, talvez até inconsciente, de acomodar-se à situação, especialmente se isto lhe convém. Como já foi comentado, o relacionamento com familiares de pacientes pode significar sentimentos e situações que estes profissionais, talvez, preferissem não experimentar ou que continuassem adormecidos em suas consciências.

Além disso, costumam acrescentar que a presença da família na UTI tumultua o desenvolvimento das atividades de enfermagem, razão pela qual podem concordar com as restrições impostas pelos regulamentos. Entre os transtornos gerados pela presença da família no ambiente da UTI, a equipe de enfermagem apontou a perturbação causada pelo barulho das pessoas, sobrecarga de trabalho, embaraço diante das perguntas e dificuldades em lidar com o fenômeno, conforme transparece nas colocações abaixo:

"Bom (ri), tem dia que perturba demais... o trabalho lá dentro, o serviço. A família faz muito barulho lá fora, quer entrar muita gente, o enfermeiro tem que... Tem dia que atrapalha, tem dia que não. Porque aí, parece que as pessoas já estão mais acostumadas... Principalmente os primeiros dias que o paciente tá internado, então, a família

não tá acostumada e perturbada. Depois ela vai a costumando."

"Não... eu sinto assim, que é um horário que eu vou ter que ter mais atenção... porque... Igual no CUI nós temos mais... assim, atenção ao paciente. Aí, nós vamos ter que nos dividir nossa atenção com o paciente e com a família do paciente, né?"

"... às vezes atrapalha, né, porque às vezes chega numa hora assim, que você tem tanta coisa pra fazer, tá com pressa, o pessoal fica ali em cima, você pede... Às vezes tá na hora da visita, o pessoal fica ali... Você tem tanta coisa pra fazer... Às vezes tumultoa, né? Aí, é difícil... Não dá! Tem coisa que não dá pra fazer perto de parente... O parente tá vendo o que você tá fazendo com o paciente, aí ele começa com aquela perguntação..."

"Não... só quando acontece assim, de todo mundo que quer entrar, né? Aí... uma porque é norma de não deixar entrar mais gente, e outra porque atrapalha também."

"A gente fica mais oprimida de ver... os parente vem perguntar como é que tá... A gente não pode tá falando, né, como que tá o paciente, né? Porque... seria obrigação mesmo é do médico, né? A gente dá algumas... informação, que a gente... sabe que... né, não vai... Às vezes, tem algum paciente grave, né, que eles quer saber... uma reação, como que tá tudo, né? Então, a gente já logo avisa que depois o médico vai conversar com as visita, eles vão... vão ficar sabendo como que tá."

A intensa atividade da equipe que atua junto ao paciente nas UTIs, também é referida por FREITAS et alii⁽²²⁾, como um dos motivos pelos quais a visita, nestas unidades, obedece a uma regulamentação bastante rígida. Os enfermeiros questionados por SANTOS⁽⁴³⁾ declararam que, em unidades mais sofisticadas de tratamento, a presença do familiar poderá se transformar em um transtorno para a equipe de trabalho. Nesse mesmo sentido, TESCK⁽⁴⁹⁾ afirma que as justificativas mais frequentemente ouvidas para a rígida regulamentação quanto ao horário de visitas, são a necessidade de impedir a pertur

bação às atividades médica e de enfermagem^(*) e para que não atrapalhem a assistência ao doente.

DUNKEL & EISENDRATH⁽¹⁸⁾ relatam ser evidente o conflito, para a equipe, entre a necessidade de dar cuidados intensivos ao paciente e a de prestar assistência emocional a estes e a seus familiares, e a falta de tempo foi referida por DALEY⁽¹⁶⁾ como uma das possíveis razões para a desatenção aos membros da família, ao lado da falta de conhecimento sobre como lidar com estas pessoas e falta de compreensão de suas necessidades.

SOUZA et alii⁽⁴⁵⁾ também afirmam que o fornecimento de informações sobre as mudanças que ocorrem com o paciente aos seus familiares podem tornar-se secundárias para o profissional que está mais atento às intercorrências com o paciente. Entretanto, GARDNER & STEWART⁽²⁴⁾ afirmam que a família em estresse agudo pode ser aliviada pelo cuidado de apoio do profissional. Este cuidado, acrescentam, assume a forma de provisão de informações/orientações e apropriado encorajamento para expressão de seus sentimentos, dentre outros.

Uma integrante da equipe de enfermagem da UTI pesquisada afirmou perceber o desejo dos familiares em poder visitar mais vezes o seu parente internado, mas ponderou:

"Eu sei que é quase impossível mesmo, porque cê vê, de manhã, a gente tá dando banho, tá arrumando os paciente, né? Se a gente for também deixar o parente entrar muito em contato, aí atrapalha até a gente cuidar do doente."

(*) grifo meu.

Outros depoimentos do grupo corroboram tais colocações. Por exemplo, a técnica de enfermagem que, referindo-se à necessidade da família de conversar com alguém sobre o paciente, afirmou:

"Assim... às vezes a gente faz isso, mas às vezes também não tem tempo... Muitas vezes a gente não tem tempo de conversar..."

Mas, na opinião de BRANCO et alii⁽⁵⁾, transmitir informações, não é um processo que leva tempo e, à medida que isto se torna parte integrante da rotina, vai se tornando, também, tão importante quanto verificar os sinais vitais. Asseguram, ainda, que a enfermeira é o profissional capacitado para fazer a orientação aos familiares e pacientes ou, quando não for ela própria a informante, preparar o pessoal auxiliar encarregado.

No estudo conduzido por CHAVEZ & FABER⁽¹²⁾, foram examinados os efeitos de um programa de orientação e apoio, oferecido aos familiares dos pacientes internados em unidades de cuidados intensivos. As autoras verificaram que a intervenção foi positiva e concluíram que este pode ser um método efetivo para reduzir o estresse dos parentes que visitam o seu outro significativo internado na UTI.

Com relação à situação vivenciada pelos familiares, durante a internação de parentes na UTI, os sujeitos da equipe de enfermagem, muitas vezes, reconheceram-na como crítica, a ponto de suscitar-lhes a lembrança de situações já vivenciadas e sentimentos variados. Alguns entrevistados manifes

taram desde pena ou dó e tristeza, até sensação de opressão diante do sofrimento da família, como fica evidente nas seguintes declarações:

"Eu tenho dó dela. Eu sei o tanto que é horrível a gente ficar lá fora, sem saber o quê que tá acontecendo aqui dentro. Eu já passei por isso, eu sei."

"Ah, sei lá!... Eu fico com muita pena, Deus que me livre! Às vezes eu fico só... Ah, sei lá, eu tenho uma maneira muito boba, eu fico pondo no lugar da quela pessoa, sabe? Então, eu acho horrível! Sinto mal."

"Ah, eu sinto muita dó, muita pena da família, Nossa Senhora! Tenho dó do paciente... Eu pelo tanto a Deus, que Deus ilumine assim, a melhora... Então eu sinto assim, aquela dó assim, deles, de saber o que eles esperam das determinação de Deus, da conduta do médico, né? Então eu tenho muita dó do parente!"

"Uai, eu sinto dó, eu sinto pena deles, porque às vezes o paciente tá em morte cerebral, principalmente quando o paciente é jovem e tá em morte cerebral."

"Não... eu não sinto nada. Só assim, igual ontem, por exemplo, aquele paciente foi acidentado, a mãe chegou chorando... Aí eu fiquei sentida, assim, queixada, sabe, triste por ela, mas... Sinto pena, fico com dó... Eu tenho vontade assim de... sei lá... dá um apoio psicológico, fala pra ele, por exemplo, não fica assim, mãe, que tudo vai dá certo... assim, dá um apoio psicológico..."

"Se o paciente dela, por exemplo, está em coma, em estado muito grave, a gente sente assim, aquela... um aperto, né, que vem de dentro, igual... como se fosse assim, um... uma pessoa da gente mesmo, né? Às vezes, a gente até chora junto com eles, né? Ou então, as vez a paciente tá melhorando e a pessoa... o parente chega e vê que ela tá melhor, as vez a gente fica mais alegre também né? Bem melhor."

Ante a preocupação dos parentes quanto à assistência dispensada ao seu familiar internado na unidade, uma entrevistada pareceu sentir-se fiscalizada em sua atuação profis

sional, conforme doixa transparecer em seu relato:

"De vez em quando assim, quando a família... por exemplo aquele filho do Sr. A., né (E fala com voz desdenhosa): Ela tá cuidando direitinho do Sr? Fala pra ele cuidar direitinho. Ela tá judiando? Tá fazendo isso? Aí, isso irrita, dá raiva mesmo, porque a gente não vai fazer nada de... não tá judiando do doente, tá cuidando direitinho, né, dreitinho, e eles fica perguntando se a gente tá judiando, tá fazendo alguma coisa errada com eles, né? Aí dá raiva!"

Entretanto, DU GAS⁽¹⁹⁾ afirma que, para a família, é importante sentir que o paciente está recebendo a melhor assistência possível. Esta necessidade também foi indicada pelos familiares investigados por MOLTER⁽³⁸⁾, como sendo muito importante.

Outras vezes, situações em que a insistência dos familiares para ver o doente chega ao ponto de requerer quebra de rotinas ou transgressão de regulamentos, podem despertar, nestes profissionais, sentimentos mais agressivos, como demonstra o depoimento abaixo:

"Raiva... (sorri suspirando); raiva... Raiva das pessoa ficar insistindo demais e não poder... Tem hora até que eu faço falta de educação! Porque fica insistindo demais e eu tenho que abrir a porta pra eles ver, lá do lado de fora... Tem dia até que eu penso que fui grossa."

Todavia, KURCGANT⁽³¹⁾ lembra que o atendimento das necessidades emocionais de pacientes e familiares exige flexibilidade de horários, regras e normas, e que, neste aspecto, a competência para criar e inovar deve ser compatível com o atendimento humano e individualizado.

CAPÍTULO V

O CERCEAMENTO AO DIREITO DAS PESSOAS

. O direito à visita x "regulamento"

Além da visita constituir-se em direito inalienável de pacientes e familiares, a literatura a indica como necessidade manifestada por ambos. Isto, mais que uma justificativa, deve funcionar como motivo para a permissão da entrada de visitantes na unidade.

Tratando-se de uma unidade altamente especializada, a presença de acompanhantes na UTI, comumente, não é permitida, sob a justificativa de atrapalhar o desenvolvimento das tarefas de cuidado ao paciente. Pressupõe-se ainda que a presença constante do acompanhante significaria, para ele, uma fonte adicional de estresse, em razão da gravidade dos pacientes, alta frequência de atendimento de emergência e de procedimentos invasivos, realizados nesta unidade.

Para o contato com o paciente internado, resta aos familiares a possibilidade de visitá-lo, ainda que apenas por momentos. Não obstante, é comum que as visitas em UTI

estejam subordinadas a rígidas normas que, se não proibem a presença da família, impõem-lhe severas restrições⁽²²⁾; (45); (46); (47); (49); (53).

Os profissionais que atuam nessas unidades, geralmente, concordam quanto à necessidade de restringir o número de pessoas estranhas ao serviço circulando na área. Como razões costumam incluir o limitado espaço físico disponível, suficiente apenas para permitir a necessária e livre movimentação da equipe, de modo a garantir o adequado desempenho das atividades desenvolvidas junto ao paciente.

Embora os enfermeiros estejam habilitados a participar no estabelecimento de normas administrativas, em especial aquelas que interferem no cuidado ao paciente internado, raramente são chamados a colaborar nesta tarefa. Esta afirmação tem respaldo nas declarações da enfermeira chefe do hospital e da supervisora da UTI pesquisada, atinentes às regras estabelecidas pela administração da instituição, onde sua autonomia para promover alterações, limita-se a aspectos que não interfiram no funcionamento geral da unidade.

Contrariando a colocação anterior, SANTOS⁽⁴³⁾ afirma que, nas ocasiões em que o horário previsto para visitas precisa ser modificado, freqüentemente o enfermeiro é chamado a decidir o que ele julga melhor para o paciente. Então, ele poderá permitir não só visitas em horários especiais como até permitir que alguém permaneça no hospital com o paciente.

Entretanto, estudando as relações de poder na insti

tuição hospitalar, LOYOLA⁽³⁵⁾ descreve uma situação onde duas enfermeiras manifestaram receio ao serem surpreendidas por um médico quando permitiã^m a visita da mãe a uma criança internada em UTI, fora do horário previsto. "Vai dar o maior bode por causa da visita a essa hora", sussurram entre si. Após ouvir a explicação das enfermeiras, o médico replica: "Depois não tem bronca, heim, baixinha? Eu havia combinado com B. (Chefe das Enfermeiras) que de manhã não entra visita nenhuma, nem de médico".

Verifica-se, assim, que não é em todas as realidades que o enfermeiro pode decidir sobre a conveniência ou não de flexibilidade nos regulamentos da unidade. E, como afirma CIANCIARULLO⁽¹⁴⁾, mesmo quando investidos de poderes delegados por médicos e/ou administradores, raras são as ocasiões em que usamos este poder para melhorar a assistência à nossa clientela; preferimos sempre concentrar nossos esforços na estrutura organizacional da instituição, ao invés de nos orientarmos para a organização da assistência à nossa clientela, baseada em suas reais necessidades.

Na formação do enfermeiro, geralmente, enfatiza-se sua atuação em defesa do cliente, o que, inclusive, é prescrito pelo Código de Ética da profissão. No entanto, as condições adversas que marcam sua prática profissional o conduzem a atuar, primeiro, em defesa dos interesses da empresa. Isto o torna, muitas vezes, mais um guardião do cumprimento de regras institucionais do que administrador da assistência de enfermagem.

el
deois

Neste sentido, TREVIZAN⁽⁵¹⁾ afirma que "o enfermeiro tem manifestado facilidade em moldar-se a obrigações, a disciplinas, em manter-se submisso a regras, normas e rotinas, a ponto de transferi-las de meios para fins em si mesmas - o que provoca rigidez e faz surgir o excessivo formalismo e ritualismo em seu trabalho". TESCK⁽⁴⁹⁾ chama atenção para situações em que os pacientes indicam necessidade de ter alguém ao seu lado, com quem possa conversar demoradamente, ao que o enfermeiro limita-se a responder que, infelizmente, isto é impossível, pois o regulamento não o permite.

Considerando que a família deve ser alvo dos cuidados de enfermagem sempre que precisar de ajuda para satisfação de suas necessidades, nosso papel de defensores dos direitos dos pacientes, nos moldes em que é preconizado por TESCK⁽⁴⁹⁾, deve ser estendido também aos seus familiares. GALLIONE⁽²³⁾ indica a atuação do enfermeiro como "advogado da família", como forma de intervir junto a elas. Complementa, afirmando que interceder a favor da família, conforme seus desejos, é tão importante quanto ser um defensor do paciente.

Na maioria das UTIs, encontramos normas bastante restritivas regulamentando a visita aos pacientes, e, para TAKAHASHI⁽⁴⁷⁾, isso ocorre por considerar-se, principalmente, o estado geral grave do paciente, a estrutura física imprópria da unidade e a intensa atividade da equipe que atua junto ao doente. Desta forma, afirma a autora, as visitas em UTI ou são proibidas ou só são permitidas em curtos períodos

le tempo, sem preocupação, na maioria das vezes, com o pre
paro prévio de familiares e do paciente para esse contato.

Não é objetivo deste estudo provar que regras e ro
tinas que regulamentam a prestação de serviços são desneces
árias ou dispensáveis. Ao contrário, acredito que, se elas
forem consideradas meios para se atingir um fim, como refere
FIANCIARULLO⁽¹⁴⁾, sua utilidade é indiscutível. Concordo
quando FARIA⁽²⁰⁾ coloca que as regras são um conjunto de en
uinamentos úteis a determinada tarefa, sintetizados num pos
uulado que, ao ser aplicado de forma genérica, traz economia
de tempo e recursos. Entretanto, a partir do momento em que
ornam-se um fim em si mesmas ou desconsideram as finalida
es a que se prestam, deixam de justificar sua existência.

No caso específico da UTI, segundo GOMES⁽²⁶⁾, ao in
ês de recusar os visitantes, deve-se estabelecer critérios
para que as visitas ocorram de acordo com as condições e ne
cessidades de cada um, de modo a não haver interferências no
tratamento do doente.

Entretanto, as regras de visitação, em geral, con
templam exclusivamente os fatores institucionais, e, poucas
vezes, as necessidades dos pacientes, afirma TAKAHASHI⁽⁴⁷⁾. De
acordo com a autora, as rotinas existentes quanto a visita
ções e familiares aos doentes internados, consideram, principal
mente, os interesses administrativos, não tendo como objeti
vo básico minimizar o problema da separação da família.

Um aspecto a ser acrescido, é que, de acordo com
HIAVENATO⁽¹³⁾, quando se exige que o funcionário faça só e

estritamente o que a norma manda, pode ocorrer uma rigidez de comportamento que não atende às expectativas da cliente-la, provocando dificuldades no atendimento aos clientes. Além disso, o funcionário não se preocupa com o problema do cliente, mas com a defensividade do seu próprio comportamento na organização, pois é a ela que ele deve prestar contas. Um sujeito do grupo da enfermagem demonstra bem este comportamento em seu depoimento:

"... às vezes, o parente chega... Como é que passou meu tio hoje, e tal. Simplesmente, eu respondo pra ele assim, no meu caso, que a gente não tem é... ordem de dar informação do paciente e toda dúvida que ele tiver... quando for na hora das visita, pra ele conversar com o médico. Eu não dou informação, porque... porque eu não sou autorizada a dar informação do paciente... pra família".

VEIGA⁽⁵⁴⁾ lembra que muitos profissionais tendem a tornar-se exasperados com as visitas inoportunas ao paciente, pois elas interferem no planejamento, impedindo-lhes, muitas vezes, de completar o cuidado de rotina. Para a autora, esta atitude, além de desumana, mostra a deficiente formação profissional que põe a rotina acima do paciente, e recomenda que a família deverá permanecer junto ao paciente o maior tempo possível, mesmo que esta permanência requeira alterações nas rotinas hospitalares.

Tratando-se de UTI, GOMES⁽²⁶⁾ afirma que, na maioria dos casos, as visitas podem ser limitadas a um período de cinco minutos a cada hora. STILLWELL⁽⁴⁶⁾ relata que um levantamento, realizado por Kirchhoff, em 202 instituições re

velou padrões de visitação variando entre a visita permitida a cada hora ou a cada duas horas, até a permissão somente em um horário pré-fixado pela instituição. É interessante considerar também que neste levantamento, as enfermeiras, solicitadas a avaliar a restrição dos horários de visitas em termos de sua importância e frequência, sugeriram não apenas valorizar como impor regularmente tais restrições.

. Alternativas para a visita em UTI

Na realidade, o mais comum é o acesso ao parente internado limitado a um ou dois familiares, uma vez por dia, com reduzido tempo de permanência junto ao doente. Em alguns casos, chega-se a proibir a entrada de visitantes, permitindo unicamente, a observação do paciente através de um visor. TROTTO et alii⁽⁵³⁾ citam que há UTIs onde as visitas são proibidas, pensando-se até em utilizar aparelhagens de vídeo-tape para obtenção de seqüências dos pacientes a serem exibidas aos familiares.

Justificando a proibição de visitas, encontrei duas explicações. A primeira, diz respeito ao problema da contaminação, cujas proporções poderiam ser significativamente aumentadas com a entrada de visitantes na UTI, como alegam algumas instituições⁽⁴⁵⁾. A outra, refere-se a pesquisas sugerindo que a visita de familiares pode provocar reações emocionais, prejudiciais aos pacientes^{(45); (46); (47)}.

Quanto à primeira razão, GOMES⁽²⁶⁾ refere que os dados existentes não são suficientes para esta afirmação e

aponta a equipe profissional como uma das principais fontes de contaminação na unidade. Em relação à segunda, SOUZA et alii⁽⁴⁵⁾ concordam com TAKAHASHI⁽⁴⁷⁾, a respeito dos estudos não permitirem reputar à visita prejuízo à evolução clínica do paciente e que o breve contato com parentes e amigos, durante as visitas, talvez seja o único momento no qual o paciente pode liberar sua tensão emocional, desencadeando respostas fisiológicas e crise de choro.

TROTTO et alii⁽⁵³⁾ afirmam que a impressão generalizada da equipe da UTI de que os pacientes pioram quando visitados é discutível. De acordo com os autores, ela pode decorrer do fato do paciente sentir-se com maior liberdade diante de pessoas amigas, permitindo-se manifestações emocionais reprimidas até então, em razão de encontrar-se só, em contato exclusivo com a equipe local. Ademais, SENNA⁽⁴⁴⁾ sustenta que a inexistência da presença de um ente familiar provoca outros tipos de ansiedade no paciente.

Sobre a visita permitida unicamente através de visores individuais, GOMES⁽²⁶⁾ refere que, nas unidades dotadas deste dispositivo, pode-se estabelecer um período maior de permanência do visitante junto ao paciente^(*), com frequência de duas ou três vezes ao dia. Segundo a autora, os visores permaneceriam abertos durante períodos de tempo mais prolongados, e os familiares sentir-se-iam suficientemente^(*) perto dos pacientes. Embora reconheça que esta opção é mais aceitável que a proibição total de visitas, discordo quando

(*) Grifos meus

a autora diz que a permanência do visitante junto ao doente (*) poderia ser maior. Considero que a barreira de vidro interposta a eles impede o encontro e, conseqüentemente, o toque, limitando sua comunicação aos aspectos não-verbais, o que pode impossibilitar o oferecimento de apoio mútuo e conforto.

Antes que se opte por visitas somente através de visores ou sua substituição por filmagens do paciente a serem exibidas às famílias, julgo importante considerar alguns aspectos. A equipe de profissionais que atua na unidade poderia referir "benefícios" gerados pela proibição de visitas, alegando menor interferência no desenvolvimento de suas tarefas. Mas, considerando que a finalidade da visita de familiares aos pacientes é, entre outras, promover o encontro como forma de minimizar o problema da separação e angústia decorrente, deduz-se que com tais atitudes este objetivo não será atingido.

Outro aspecto relevante refere-se à simples visualização do parente através do vidro ou aparelho de televisão, que pode funcionar mais como fator estressante do que forma de aliviar a ansiedade para ambos, pacientes e familiares. Além de não permitir o contato físico e prejudicar a comunicação entre eles, há possibilidade de que o familiar venha a interpretar de maneira errônea o que vê, especialmente se não teve adequado preparo e orientação para este fim.

A visualização de frascos de infusão venosa em co

(*) Grifo meu.

res variadas, fios conectados a eletrodos no tórax, curativos, sondas, drenos, coletores de diurese e frascos de drenagem que muitas vezes apresentam evidências de sangramento, podem conduzir o visitante leigo a considerar o estado do paciente como mais grave do que na realidade. Ademais, CHAVEZ & FABER⁽¹²⁾ dizem que, para a família, a limitação do acesso ao paciente e de informações, comumente reforçam sua visão pessimista da condição do paciente.

Ainda neste sentido, SOUZA et alii⁽⁴⁵⁾ observam a importância de se fixar horários para informações sobre a evolução do doente, procedimentos que estão sendo realizados e os aparelhos ali existentes.

. As "regras" da UTI pesquisada

Não encontrei, no campo de pesquisa, à época do estudo, regulamentos ou regras escritas sobre a visita aos pacientes, apesar da equipe de enfermagem afirmar que elas existem na prática. Solicitada a descrevê-las, a enfermeira da unidade informou:

"Bom, essas regras são o seguinte: visitas são às 17 horas e é um parente pra cada. As visitas chegam, ficam esperando ali na porta e a gente vai chamando, pelo nome dos pacientes."

Todos os informantes da equipe de enfermagem afirmam conhecer as regras vigentes, sendo capazes de relacioná-las, conforme mostram em seus depoimentos:

"... Os parente se encosta tudo na porta, tudo ano

sioso pra... entrar pra ver o paciente. Então é colocado um parente pra cada paciente. E ali é... cinco minutos e... e pronto."

"É... cinco minutos, né, mesmo a pessoa tano luci da e já conversando, mais consciente..."

"O tempo... não tem, devido... é como tá o dia. As vezes, quando tá muito apertado, tem que ser mais rápida, né? As vez... tá mais folgado, a gente deixa mais uns minutinho, né? Entra só um, a não ser assim... O paciente as vez já tá descerebra do, e tal... que as vez entra mais de um, ou en tão... olha lá da porta, né?"

Não há preocupação em instruir ou orientar correta mente os familiares sobre as regras de visita na unidade. Os depoimentos deste grupo demonstram a inexistência de rotina para repasse dessas informações, indicando formas variadas e extra-oficiais para sua obtenção. Como resultado, os fami liares revelaram conhecimentos superficiais, incertos e dife rentes quanto ao conteúdo, conforme verifica-se em suas fa las:

"As meninas de lá... a Chefe do hospital... Visita de CTI é só as cinco horas, e é só cinco minu to de visita."

"Eles passaram que é horário de cinco às cinco e quinze. As telefonistas passaram pra gente. A gen te chega, pergunta, dá... dá uma fichasinha, né, com o nome do paciente, o leito... A gente... é chamado na porta, entra..."

"Das 17:00 até, parece-me, as 17:30 horas, e é no máximo duas pessoas para visitar."

"Na portaria, só falou que era uma pessoa só. Cin co horas... Mas sempre é depois das cinco um pou quinho, né? Você nunca entra as cinco exata e nem sai as seis. Porque teria que ser uma hora, né, já que é de um dia ao outro..."

"A moça lá da Portaria, lá... da Emergência, né? É... na hora que a gente chegou com ela, aí deu as norma do hospital pra gente lê todinha."

"Eu sei que tem meia hora pra todos os parentes. Quer dizer, são oito pessoas que ficam internadas, né? Essas oito pessoas, elas... elas têm direito a uma visita, cada uma, e um período de meia hora. Quer dizer, fica em torno de menos de quatro minutos prá... pra cada, ou a pessoa que entrar pode ficar essa meia hora? Eu também não sei, sabe?"

Ainda que tenha acompanhado o filho, da saída do Centro-Cirúrgico até sua entrada na UTI, uma entrevistada desconhecia as normas de visitas da unidade. As informações necessárias só foram obtidas quando já se encontrava à porta, no horário fornecido pelo cirurgião, esperando para a primeira visita, como ela relata:

"Quando foi a hora de entrar, eram cinco horas da tarde, fui eu e o D. (o pai) lá, né, pra... pra ver, né? Aí, chegamos lá, o rapaz falou que tinha... falou pra gente lá na porta... porque ele já tinha experiência, que tinha que pegar uma senha. Chegamos lá, era só um que podia".

Além de confirmar as colocações anteriores sobre a inexistência de rotinas de orientação aos familiares no campo estudado, este depoimento requer outras considerações. Este é um fato concreto, que pode, muitas vezes, ser interpretado como descuido ou desinteresse pela família do paciente, e que reflete o desconhecimento da equipe sobre os aspectos psicológicos envolvidos na hospitalização.

Por outro lado, a presença do parente no ato de admissão do paciente na unidade não foi aproveitada para transmitir orientações de interesse do familiar. Perdeu-se, ainda, a oportunidade de usar este contato inicial, propiciado pelo momento de informações, como base para o posterior rela

cionamento enfermagem-família.

Em geral, os livros-texto que tratam da admissão do paciente em uma unidade de internação hospitalar, recomendam que, nesse momento, seja feita a orientação não só do doente, mas também dos familiares sobre as rotinas do serviço. No caso da UTI, a orientação de familiares do paciente quanto à estrutura e funcionamento do setor é indicada por CASTRO⁽¹⁰⁾, como um aspecto da assistência de enfermagem a ser dispensada no ato de admissão do paciente.

SENNA⁽⁴⁴⁾ afirma serem necessárias explicações concretas ao paciente e família a respeito do que é uma UTI, tipo de assistência e tratamentos, risco terapêutico, prognóstico do doente e possibilidades de visita. Acredita, também, que a realização dessas orientações através de folhetos escritos é válida, desde que não tenha a pretensão de substituir a orientação verbal e tampouco suspender a visita ao paciente.

Estudando a família em crise na Unidade de Emergência, LEITE⁽³³⁾ considera que, ao receber o paciente acidentado, a enfermeira efetua o primeiro contato com o familiar, e lembra que a impressão que a enfermeira causar neste momento será decisiva para o êxito da relação que se inicia. E afirma que tão importante quanto o que ela diz e como diz é a comunicação não verbal (expressão fisionômica, gestos, postura, condições do vestuário). Ao ensejo, lembra a autora, a enfermeira estabelece com a família um elo de confiança, que se consolidará nas interações subseqüentes.

Assim, a necessidade de estabelecer o relacionamento com o paciente e família, talvez seja um dos motivos que aconselham a admissão do paciente como uma tarefa a ser desempenhada pelo enfermeiro, profissional mais qualificado de sua equipe. A sugestão de CHAVES, SERPA & FERREIRA⁽¹¹⁾ para a rotina de admissão do paciente na UTI, é clara: "A enfermeira orienta o paciente e familiares quanto a normas e rotinas da unidade, orienta o paciente, ou seu responsável, quanto à necessidade de objetos de uso pessoal que o hospital não dispõe para fornecer".

No aspecto organizacional, CHIAVENATO⁽¹³⁾ considera que as regras, decisões e atos administrativos devem ser formulados e registrados por escrito, para que se assegure uma interpretação sistemática, que dificilmente seria conseguida pela comunicação oral. Ele acrescenta que as regras escritas economizam esforços e possibilitam a padronização. Assim, entendo que a existência de regras só se justifica quando há um ponto de referência que favorece o seu conhecimento por todos os interessados, de modo a orientar as condutas ante determinada situação.

Entretanto, o campo selecionado para este estudo foi apresentado pelos sujeitos como possuindo regras que existem de fato, mas que não foram encontradas em qualquer registro escrito. Apesar disto, todos os funcionários afirmam conhecer e obedecer ao "regulamento", dentro dos limites possíveis, ainda que não possam identificar sua origem. As fontes de obtenção deste conhecimento revelaram-se variadas, sendo que a mais citada foi a informal, propiciada pela con

vivência com colegas que já trabalhavam na unidade à época de suas admissões, como afirmam seus relatos:

"A antiga chefe que me passou. Desde o primeiro dia que eu cheguei ela falou pra mim que era pra mim pegar a rotina com as meninas, como elas passavam as visitas, e a partir do segundo dia eu que iria colocar. Chamava a família, né, e ... (faz sinal com a mão indicando prosseguimento da rotina), começava a visita. Nada, nada por escrito. Ela simplesmente chegou pra mim e falou".

"... conheço porque... não que quando eu entrei, a chefe viesse me falar como que era, mas a gente vai tomando conhecimento, com o passar dos dias... através das colegas, de ver, né?"

"Não conheço. Sei assim... por alguém que me passou como é que é, mas ninguém nunca chegou em mim com uma norma e falou as normas aqui são essas."

"Através da própria enfermeira chefe, né? Através das próprias colega mesmo de serviço. Não tem na da escrito, não. Não... é só verbalmente. Um passa para o outro."

"Através da administração. A chefe da enfermagem, quando eu entrei. Por escrito, nada."

"Geralmente é a... a enfermeira chefe do setor que orienta, né? Quando começa a trabalhar no CTI."

Pode-se facilmente depreender que, à semelhança dos familiares, também aos funcionários da unidade não é oferecida orientação ou instrução sobre o funcionamento do serviço. Como se espera deles o cumprimento das normas vigentes, a solução encontrada é o repasse das experiências pessoais dos funcionários com mais tempo de serviço aos recém-admitidos, como atesta um depoente da equipe de enfermagem:

"... nunca chegou assim, uma pessoa especificamente que falasse com a gente assim, é... o horário de visita é cinco hora da tarde e vocês tem que seguir desse jeito. A gente só sabe assim, o dire

tor não gosta... o diretor não gosta que passa in formação, o diretor não gosta que possa visita fora de horário... Segui a rotina que as colega já fazia."

Entre os pontos relevantes que transparecem neste depoimento, destaca-se, inicialmente, a questão, anteriormente citada, sobre a forma pela qual o membro da equipe de enfermagem, admitido recentemente no serviço, toma conhecimento das normas vigentes. Fica claro que o processo não ocorre pelas vias naturais e oficiais, como seria recomendável. Mais que isso, o testemunho justifica estender também às demais categorias da enfermagem o parecer de LOYOLA⁽³⁵⁾, segundo o qual somente pela forma negativa a enfermeira tem conhecimento de suas atribuições na prática hospitalar, isto é, ela sabe o que não pode fazer.

Outro problema identificado é do funcionário que, não tendo o adequado treinamento para exercer suas atividades no setor e por não dispor do regulamento escrito para orientar-se, geralmente desconhece não apenas alguns aspectos administrativos importantes para o funcionamento geral da unidade, como também a finalidade das regras estabelecidas. Este fato pode conduzi-lo a atuar, por vezes, baseado apenas em sua própria experiência. Esta colocação se respalda no seguinte depoimento:

"As vezes, a própria enfermagem mesmo... a gente facilita um pouco... pede pro doutor pra pôr a família... Outras vez, a gente passa até escondido mesmo, porque a gente sabe que é proibido não passar... algum acompanhante, algum visitante assim, mas... A gente não tem essa autorização pra fazer, mas a gente faz. Eu não sei se você sabe, mas a gente faz isso por debaixo dos pano mesmo."

Tais declarações indicam que quando a existência de uma norma não é, ou não pode ser justificada de forma razoável, sendo imposta pelo exercício do poder, muitas vezes, é apenas aparentemente acatada, favorecendo a ocorrência de transgressões. Sobre este aspecto, FARIA⁽²⁰⁾ coloca que o subordinado, sabendo que as determinações são firmes e resultaram de estudos, tem muito maior receptividade, acatando-as com o tácito espírito de cooperação, o que não ocorre com as instruções improvisadas e muitas vezes inadequadas que, normalmente, sofrem uma resistência passiva, entrvando completamente o funcionamento da instituição.

Nos dois últimos depoimentos citados, o profissional médico surge como o membro da equipe de saúde que detém o maior poder decisório. Isto vale tanto para a criação das regras, como para avaliar as situações que permitem exceção. Na opinião de LOYOLA⁽³⁵⁾, o médico sempre foi considerado superior e tomou para si a postura de dono da casa, talvez porque a medicina seja a profissão mais antiga e este conceito seja uma visão também antiga, que ninguém se preocupa em mudar.

O "regulamento" da unidade inclui, também, uma norma que proíbe a equipe de enfermagem de prestar qualquer informação sobre o paciente aos familiares. Em seu depoimento, a enfermeira da unidade afirmou:

"As normas do hospital são que a enfermagem não pode dar informação. Eu oriento as meninas lá dentro a não passar informação, mas eu, quando estou aqui, eu informo. Não sobre a doença, mas sobre o paciente, né? E ninguém nunca falou nada, não."

A razão da existência desta regra parece ser compreendida pela equipe de enfermagem, pois dois sujeitos deste grupo apresentaram a mesma explicação:

"Desde, que eu entrei aqui... a gente fica sabendo. Dizem que é porque o paciente da UTI é muito ... é... instável, porque, na mesma hora que ele pode estar bom, ele já pode ficar regular, já pode ficar grave e, então... Se a família pergunta como tá o fulano e a gente fala que ele tá bom... porque a gente nunca tem coragem de falar, né, pra família... o seu filho tá grave ou o seu parente tá em M.C.... Eu não tenho coragem de falar! É isso que eles não quer. Dizem que já houve uma funcionária que eles mandaram embora daqui por causa disso, que ela informou sobre o doente, né, e depois o doente foi a óbito, e a família veio em cima. Porque ela tinha falado que o paciente tava bom e, no entanto, foi a óbito ... Porque? Então, por isso que a enfermagem é proibida de dar informação."

"Já teve vez da enfermeira falar sobre o doente, e o doente vim a piorar depois e o Dr. R. queria saber qual enfermeira que tinha passado a informação que contradizia o que ele dizia mais na frente..."

Todos os informantes da equipe de enfermagem afirmaram conhecer esta regra, demonstrando, em variadas situações, julgarem-na radical, inflexível e influenciando sua conduta frente aos familiares dos pacientes, conforme os seguintes trechos de entrevista:

"A rotina aqui toda vida foi essa, a enfermagem não falar sobre nada do doente pra família. Então, quando a gente passa, passa é debaixo dos pano mesmo. Porque a gente tá sabendo... as vez vai mandar a gente embora."

"Nós não podemos falar nada! (pausa) às vezes, a gente fala, né? Mas nós sabemos que a gente não pode. Fala... fala porque eles pergunta tanto, né, que a gente fica com dó."

"...a enfermagem não pode dar informação, né? A gente só fala assim... As vezes, quando ele entra pra visitar e pergunta alguma coisa pra gente ... às vezes eu falo. Falo assim, essas coisinha, se teve febre, se alimentou, se já acordou... só isso."

É preciso considerar que esta regra interfere diretamente no relacionamento com os familiares, pois é pouco provável conversar com eles sem que solicitem alguma informação sobre o parente internado, especialmente, por nos sabermos sempre na unidade, em contato com os pacientes, o que determina conhecimento de seu estado geral.

Algumas vezes, no confronto entre a insistência da família em perguntar e o regulamento proibindo-a de responder-lhe, a equipe de enfermagem pode tentar livrar-se do incômodo através do uso de jargões como "Está tudo bem", "Vai dar tudo certo, você vai ver", "Ele vai sair desta, tenha fé em Deus", e tantos outros similares. Todavia, este comportamento pode gerar falsas expectativas dos familiares, o que, além de não ajudá-los, causa desagrado ao funcionário. Talvez por este motivo, duas entrevistadas da equipe de enfermagem tenham externado sua insatisfação com esta norma, desabafando:

"Eu gostaria que fosse bem diferente!... Assim ... Falar mais as verdade, né? Porque a gente não fala assim, as verdade certa, né?"

"... mesmo se eu sei como que tá o paciente, o que que ele tá passando, se tá grave, se ele tá... Mas eu não posso falar pra família, olha, seu parente tá bem, ele vai sair... fica tranquilo... É também não posso falar seu parente tá grave... talvez ele não passa de hoje. Eu não posso fazer isso, cê entende? Porque depois..."

. Dificuldades impostas pelas regras

Com base em minhas observações, verifiquei que o regulamento da UTI pode, por vezes, funcionar não como instrumento facilitador para o desenvolvimento do serviço, mas como imposição de variados tipos de dificuldades, tanto aos seus funcionários, quanto à clientela atendida.

Uma informante da equipe de enfermagem alegou, por exemplo, dificuldades de caráter pessoal em obedecer à norma que limita a entrada de visitantes na unidade a um familiar para cada paciente, considerando o desejo do restante do grupo familiar em ter acesso ao paciente. Em seu depoimento, refere esquivar-se da tarefa, por sentir-se fiscalizada quanto ao cumprimento desta norma:

"... eu fico de olho no doutor, porque a gente é subordinado, mas... Agora, quando a T.C. (enfermeira supervisora da unidade) tá, não. A gente tem assim, uma amizade tão grande, que a gente conversa com ela, ela... não chega a dar uma bronca, mas... você tem medo dela chamar atenção da gente."

Apesar de ser auxiliar de enfermagem e, portanto, pertencer à equipe de enfermagem, o sujeito percebe-se na condição de subordinado ao profissional médico. O depoimento deixa transparecer que, embora o enfermeiro seja considerado mais acessível do que o "doutor", também é tido como guardião das ordens médicas e rotinas hospitalares. Este aspecto é enfatizado, quando LOYOLA⁽³⁵⁾ afirma que a "Chefia de Enfermagem, por ser um cargo de confiança do diretor, é muito mais uma representação dele junto aos enfermeiros, do que u

ma representação dos enfermeiros junto ao diretor."

Assim sendo, muitas vezes, o enfermeiro assume a postura de mediador entre as normas institucionais e os integrantes da equipe de enfermagem, como forma de assegurar seu cumprimento. Em geral, o aceite desta posição não implica o conhecimento do significado desta atitude, com as evidências indicando sua assunção de maneira natural, como mais uma de suas funções na unidade.

Considerando o parecer de CARVALHO & CASTRO⁽⁸⁾, segundo o qual a imagem de um profissional configura-se a partir do reconhecimento do valor dos serviços prestados diretamente aos clientes, este comportamento dos enfermeiros deve ser refletido e reavaliado. Ao aceitar a tarefa de garantir o cumprimento das normas hospitalares, colocando-se em posição de defesa dos interesses institucionais, ainda que contrários aos de sua clientela, o enfermeiro deve conscientizar-se de estar perpassando à comunidade, a imagem de "fiscal" e/ou profissional cuja função é assegurar condições para o bom desempenho das atividades médicas.

A falta de autonomia profissional da enfermagem foi percebida por um dos familiares entrevistados, quando solicitou de uma funcionária permissão para passar a noite no hospital, onde sentir-se-ia mais próximo do filho internado na UTI. Em seu depoimento, o sujeito conta a resposta obtida e manifesta compreensão quanto à atitude da funcionária, como se vê abaixo:

"Ela falou que não podia de jeito nenhum! Que era ordem médica e... se ela fizesse isso pra mim, ela é que ia sofrer as consequências. Então... a gente entende elas, né, porque sabe que elas também ... são mandadas."

A submissão passiva a normas e rotinas que interfere diretamente no desempenho de suas atividades e em seu relacionamento com a clientela, pode justificar o enquadramento da enfermagem entre as profissões denominadas paramédicas.

O desenvolvimento de comportamentos profissionais cada vez mais mecânicos e despersonalizados, que alguns autores atribuem a um sentimento de auto-defesa ante a dor e a morte, é considerado por TEMPRANO⁽⁴⁸⁾ como um perigo advindo das próprias características do trabalho, em si, na unidade de cuidados intensivos. SOUZA et alii⁽⁴⁵⁾ lembram que é necessário que os membros da equipe de enfermagem demonstrem, não somente aprimoramento técnico-científico, como também atitude humana, habilidade e sensibilidade ao atuar em situações de sobrecarga emocional.

No que tange ao relacionamento com os clientes, penso que a norma proibindo que a equipe de enfermagem forneça informações sobre o paciente à família, funciona, na prática, como proibir ou limitar a interação com os familiares. O pessoal de enfermagem, por sua vez, pode sentir-se mal com as restrições impostas, principalmente, por reconhecer a situação crítica da família e identificar-se com o momento por ela vivenciado, conforme reconheceu uma auxiliar de enfermagem:

"A gente fica muito oprimida, né, sente assim, muito... fechada, né, por não poder falar uma coisa assim... que tá sentindo. Porque eu, se estivesse se numa situação dessa, eu gostaria que a pessoa chegasse em mim e falasse francamente como que tá o meu parente ou não."

Ainda que proibida de fornecer informações, a equipe de enfermagem é sempre alvo de muitas perguntas dos familiares sobre seus parentes internados. Isto costuma gerar constrangimento ante a situação de ser administrativamente proibida de oferecer uma ajuda tão solicitada e, conseqüentemente, necessária aos familiares. Um sujeito da equipe de enfermagem manifestou desejo de poder atender à família do paciente:

"Uai, eu gostaria! Eu, se eu tivesse tempo, eu gostaria. Eu gosto de fazer esse tipo de trabalho."

Outro, antevendo ocasiões em que a permissão para informar os familiares sobre o paciente poderia colocá-lo frente à tarefa de transmitir notícias desagradáveis, preferiu selecionar as situações em que gostaria de dar informações aos parentes dos pacientes. Seu depoimento reflete o evidente despreparo profissional para atuar em situações de crise:

"Não... Depende do paciente eu gostaria, agora... depende eu não gostaria, não. Depende de como tá o paciente e até bom você falar alguma coisa, mas ... dá notícia ruim, não."

Outras entrevistadas, solicitadas a descrever como se sentiam em relação à proibição de dar quaisquer informa

as sobre os pacientes; declararam:

"Eu acho assim, em termos da doença, eu acho até certo, né? Porque a gente não sabe, realmente, o que que tá acontecendo. O médico que sabe, é ele a pessoa mais certa pra falar, né? Mas... dessas outras coisinhas, é a enfermagem que deveria muito bem falar, né?"

"Eu acho que eles devia autorizar, não falar o estado clínico todo do doente, mas dá um apoio psicológico. O que a gente entender, na área da gente, falar pra família como que tá o doente."

"Eu acho que eles devia permitir ao menos a gente falar as coisas que a gente tem conhecimento. Por exemplo, hoje ele não teve mais febre, ou ele tá mais ou menos acordado, mexe com as pernas... essas coisas..."

Destas falas, deduzi que elas não concordavam com proibição total da equipe de enfermagem em esclarecer os familiares sobre a condição de seu parente, por julgá-la capaz de fornecer algumas informações que a família solicita, sendo excluído de sua alçada, apenas aquelas referentes à patologia em si. Em outros depoimentos, os sujeitos citaram exemplos de perguntas que, geralmente, a família faz à equipe de enfermagem:

"Ele quer saber tudo que tá acontecendo... se o paciente alimentou, se tá comendo é pela boca, se ele não comeu, ou se tá tendo febre, essas coisas assim. Mas pergunta... se ele tá... porque que tá amarrado, por que que não tá..."

"Que eles querem saber é isso... se ele tá comendo, né, se ele tá tomando banho, se... lavando o cabelo, se tá com frio, se os pés não tão frio... né? É isso!"

É relevante comentar que as "coisinhas", como denotadas pelos sujeitos, na verdade, referem-se aos aspectos

envolvidos no cuidado direto ao paciente, sob responsabilidade da equipe de enfermagem. Portanto, estes são os profissionais indicados para dar tais informações à família. Não podemos, simplesmente, tirar-lhes este direito, sob a alegação de que não têm conhecimentos suficientes para realizar a tarefa. Devemos, antes, oferecer-lhes a oportunidade de treinamento específico, com ênfase nas relações interpessoais, de modo a habilitá-los ao bom desempenho de suas funções.

O adequado preparo dos membros da equipe de enfermagem pode ser a forma de melhorar a qualidade da assistência prestada aos clientes. Segundo SENNA⁽⁴⁴⁾, tanto o paciente como sua família necessitam de uma palavra amiga, conforto e esperança, e isso tem melhor efeito para os familiares, quando provém daqueles que estão atendendo seu ente enfermo.

↳ Pelo lado dos familiares, em geral, eles desconhecem esta proibição, atribuindo a negação de notícias à pouca vontade ou insensibilidade dos funcionários. Em sua entrevista, a esposa de um paciente contou que pediu notícias do paciente a uma funcionária que estava saindo da UTI, que se recusou a responder e orientou-a a procurar informações na Portaria do hospital. Sem entender o motivo da recusa, a mulher queixou-se:

"Eu acho que eu não fui bem atendida, não. Porque, se ela tava lá dentro... ela foi saindo dali, ela sabia como tava o paciente que eu tava procurando. Eu acho que ela não quis dar a informação. Eu acho que... Porque se fosse comigo, eu daria a informação... Não me custava nada!"

Tentei explicar-lhe a atitude da funcionária, esclu

acendo-a sobre o impedimento determinado por normas institucionais, ao final do que exclamou, conformada:

"Ah! Aí tá certo!..."

Vê-se que, enquanto desconhecia a razão do comportamento, o familiar demonstrava dificuldade em compreendê-lo e, talvez, aceitá-lo, uma vez que isso significava ter de pedir-se de tão necessária ajuda. Porém, o conhecimento da situação favoreceu-lhe a compreensão, melhorando a impressão de descaso ou desinteresse da enfermagem, que funcionava como entrave à interação das duas partes.

Não obstante, e considerando que a necessidade de estar informada sobre o que se passa com o parente enfermo, por vezes, transcende sua capacidade de compreender e aceitar as regras, o familiar pronunciou-se favorável ao fim da proibição, como evidencia seu depoimento:

"Eu gostaria que elas pudesse me dar informação... Eu acho que facilitaria pra gente, porque a gente tá naquele desespero... Se encontrasse uma enfermeira que você pudesse perguntar pra ela e ela te respondesse..."

Na equipe de enfermagem, as opiniões sobre a concórdia com as normas que regem a visitaçãõ divergiram. Houve quem manifestasse apoio às restrições impostas, com alguns reconhecendo a decorrência de prejuízos aos familiares, e entrevistado, diante das dificuldades em alterar a rotina, reforçou a utilização do visor como forma de complementar a visita. Porém, com maior frequência, o conteúdo das regras

foi criticado pelos depoentes, que apresentaram várias sugestões de mudanças, como se pode observar em seus relatos:

"Eu concordo, porque a gente que trabalha aí, sabe que as visitas tumultuam o serviço, né? Se a gente fosse deixar eles entrar na hora que quiserem sem... Uma vez por dia às vezes já é difícil, né? Principalmente quando tem uma emergência."

"Às vezes... vem a família inteira pra visitar... é duro poder entrar só um, né? Eles ficam pedindo pra deixar... pra ver nem que for só dali da porta, né? Eu fico com dó deles. Mas também... a gente não pode deixar entrar todo mundo, né, sendo, que que viva?"

"Tem hora que a gente acha que podia ser diferente. A gente fica com dó das pessoas querendo ver os parentes, né? Mas geralmente, eu acho que tem que ser assim mesmo. Porque atrapalha o serviço, né, aquele tanto de gente dentro do CTI..."

"A família fica super nervosa, com vontade de ver, né? Então, podia ser duas vezes ao dia... Ou pelo menos, que tivesse um visor. Ela entrava numa hora e na outra, via pelo vidro. Acho que já melhoraria."

"... a família tá lá fora... só de falar que um paciente tá lá no CTI, a gente já fica pensando, né, como tá lá dentro, né? Eu achava que podia ser uns dois assim, que dividisse o horário, né? Agora, às vezes é um dia que tá tão corrido, que não tem jeito das visitas ficarem muito lá dentro, né?"

"CTI... geralmente, eles proibe muito a família... Isso tá errado... Porque a pessoa que tá doente, tá sofrendo, e a família, às vezes, tá sofrendo mais ainda, né? Porque não tá sabendo o que que tá acontecendo. Então, devia ser duas vezes, um de manhã e um à tarde... Que seja pouquinhos minutos, né?"

Neste grupo, houve apenas um caso em que o sujeito afirmou discordar das normas adotadas por julgá-las excessivamente liberais. Em seu depoimento, a entrevistada sugere critérios mais rigorosos, como por exemplo, o controle do visitante que teria direito a entrar na UTI a cada dia, obje

tivando evitar repetições que, em sua opinião, são desfavoráveis ao paciente e dispensáveis para o familiar. Ela afirma:

"... eu acho que pra ser assim, uma CTI... tem muita liberdade aos parentes dos pacientes. E não deixa de ser, pra eles, importante, não é? Eu acho que deveria assim ser mais... rígida um pouquinho. Assim, no meio de vestir, por exemplo ... do jeito que eles tá lá fora elas entram, né, até mesmo os médicos, né, como entra, sai... e os parentes também, né? Porque lá um CTI já... muita... contaminada pelo paciente pra paciente, e a gente que vem de fora, traz mais um pouquinho ainda. Agora, eu acho que se for todos os dias é... uma pessoa da família, diferente, eu concordo. Agora, sendo a mesma pessoa da família, aí eu acho que ... duas vez só por semana, eu concordo. Porque sendo pessoas diferentes, eu acho que estimula mais o paciente, sabe, e sendo uma pessoa só, eu acho que ela fica mais oprimida, pensando que às vezes, né, porque que pessoa tal não veio, né?"

Para os familiares, as regras de visita funcionam como cerceamento ao direito de estarem com seus parentes internados. Seus depoimentos contemplam a ansiedade e angústia experimentadas em razão de não terem livre acesso ao paciente. Embora referissem compreender a necessidade de restrições, manifestaram, em geral, insatisfação quanto aos critérios adotados. Isto pode ser certificado em alguns trechos de entrevistas com sujeitos deste grupo:

"Eu acho válido, porque, desde que a pessoa tá no CTI, ela... tá precisando de um cuidado maior. Então o risco de um parente tá com algum tipo de vírus e levar esse vírus pra pessoa... é muito fácil! Então, quanto menos visita tiver, menos riscos para os pacientes. Mas poderia ser, por exemplo, duas vezes por dia, certo?"

"Olha, eu acho certo, porque ali é... ele tá recuperando. Então, se ficar muito tumulto... Talvez a minha paciente pode sentir bem com a minha presença, mas os demais ali pode... passar mal, né?"

Então, nos cinco minutos, uma pessoa só, eu acho que é bom. Agora, duas vezes por dia, né?"

"Pra gente assim, que é parente do paciente, tá doente, é ruim, né? Mas em parte, é bom pra ele. É uma pessoa só, eu acho que já dá pra transmitir muita coisa! Muita paz, muita força... É bom, por que na família, cada dia um visita... O fato de ser só uma vez por dia, também é suficiente."

"A gente tem é que conformar, né? Porque, no momento que tá na CTI... a gente acha ruim, na verdade, mas a gente não pode fazer nada, né? Tanto ali... a gente sabe que tá socorrido. Ali tem médico de plantão direto, né? Mas a vontade da gente é de visitar pelo menos umas três vezes, né, mas já que não dá..."

"Há vários pontos a ser analisados. Tá certo, a gente tem uma certa ansiedade para estar sempre ao lado da pessoa que está enferma, e também temos que ter a consciência que a UTI... é um lugar para recuperação especial. Mas a ansiedade da gente, aquela vontade, às vezes é maior do que... a necessidade do momento da pessoa. Então, sempre procurando uma brechinha, uma coisa pra... procurar a ver, nem que seja de longe, a pessoa que está na UTI."

"Eu acho ele muito curto e muito pouco, assim, de visita. Porque devia ser, pelo menos, umas duas vezes por dia. Pela angústia que você fica e pelo estado que a pessoa tá. Porque o olho não ajuda nada, mas, pelo menos, te consola. E lá fora, você não fica sabendo de informação nenhuma... É pior!"

As colocações anteriores coincidem com observações realizadas na fase exploratória, onde o comportamento evidenciado pelos familiares sugeria que eles não se reconheciam como possuindo direitos. Este fato induzia-os a uma atitude passiva, de aceitação das condições impostas pela instituição, diante da necessidade de assistência especializada para seus parentes internados.

Se retomarmos nosso papel de "defensores de direitos" não apenas dos pacientes, mas também dos familiares, devemos considerar que esta atitude não reivindicatória de

suas prerrogativas pode ser sinônimo da passividade desinformada que LANEN⁽³²⁾ acredita ser a reação preferida por alguns profissionais de saúde. Porém, faz-se necessário considerar que muitos destes profissionais, conforme nos mostra a prática, sequer têm consciência de seus próprios direitos e, assim, não se pode esperar que reconheçam os direitos de outrem.

Poder-se-ia supor que a equipe de enfermagem se sentisse beneficiada pelas rígidas normas de visitação adotadas na unidade pesquisada, razão pela qual deveria apoiá-las, sem restrições. Porém, os resultados mostraram não ser esta a opinião preponderante, havendo em todos os depoimentos uma nota de insatisfação com a forma pela qual o fenômeno acontece.

Talvez a raiz do problema esteja no modelo médico de cuidado eficiente mas essencialmente impessoal, que SANTOS⁽⁴³⁾ afirma exercer influência não apenas sobre o médico, mas também sobre o enfermeiro e, crescentemente, sobre o próprio paciente. Segundo TEMPRANO⁽⁴⁸⁾, a enfermagem e seus profissionais, muitas vezes, por forças exógenas, constroem um discurso de acordo com a situação histórica, primando pela profissionalização prática e concepção tecnológica, mas perdendo valores que, historicamente, nos têm caracterizado. A autora adverte para o fato de que este quadro marca uma tendência que corre o perigo de transformar a enfermagem em um modelo científico, racional, tecnocrático e, também, desumanizado.

Por outro lado, há que se considerar, ainda, "o

sistema" (*) que, na opinião de LANEN⁽³²⁾, determina muito do cuidado desumano. Não obstante, alerta a autora, para os membros da família, cada um dos profissionais, com os quais interagem, representa este "sistema" (*) e, assim, sua experiência pode ser tanto de cuidado quanto, no outro extremo, de horror.

. As transgressões às "regras"

A inflexibilidade na obediência a horários, regras e normas é salutar quando se trata de tratamentos e controles prescritos para o atendimento da área biológica, sustenta KURCGANT⁽³¹⁾. Ela ainda lembra que essa mesma inflexibilidade tem efeitos altamente nefastos no atendimento das necessidades emocionais do paciente e familiares.

Muitos integrantes do grupo de enfermagem, talvez por insatisfação com as normas vigentes, manifestaram desejo de mudança, principalmente no que se refere à flexibilidade do "regulamento" de visitas. Percebi que quase todos os depoimentos incluíam relatos de situações onde as regras foram flexibilizadas, sempre com conotação de transgressão, o que acabava determinando sentimento de culpa, conforme as declarações abaixo:

"A gente sabe que é proibido, mas... A gente até põe em risco o serviço da gente, mas, às vezes, a pessoa é tão carente... precisando tanto saber notícia do que tá acontecendo com o doente dele lá, que a gente, às vezes, até arrisca um pouquinho, sabe?"

(*) Aspas da autora.

Perguntada sobre a abertura de exceções às normas, uma entrevistada afirmou:

"Abrimos sim... E não sou só eu não. Todo mundo aqui acho que faz isso!"

A enfermeira supervisora da unidade admitiu que, aos pacientes em situação de morte iminente, como os casos de morte cerebral, ela permitia a entrada de mais de uma pessoa para a visita. Entretanto, deduzi não ser este um procedimento comum a todas as situações semelhantes, pois outros integrantes do grupo de enfermagem, ao opinar sobre a necessidade de exceções, sugeriram:

"Deveria abrir exceção sim, também... Principalmente quando o paciente tá agonizando... Se a família quer vê... Pôxa! O médico, a enfermeira sabe que ele não vai durar ali mais do que uma, duas horas pra frente... Deixar a família ficar... 24 horas depois, né? Eu acho errado! Se o paciente tá em fase final, devia deixar a família vê... sem ser só aqueles horários estipulados, né?"

"... deixar mais gente entrar pra ver o paciente... ou deixar visitar mais vezes. Uma ou duas vezes no dia, né? Não sei, não... pelo menos aqueles pacientes mais graves né? Deixar... sei lá, a família ver mais..."

"Tem uns caso, que a gente podia fazer diferente, não é? Por exemplo, um paciente que a gente sabe que não vai durar muito, né? A gente podia poder deixar a família entrar um pouco, mesmo que não fosse horário..."

"... a gente tem que ver também o lado do serviço, né? Mas, sei lá... talvez pôr as visitas umas duas vezes por dia... uma de manhã outra de tarde, mas arranjar um jeito de deixar eles vê os doente mais um pouco, né?"

Vários outros sujeitos deste grupo confessaram adotar critérios pessoais para determinar exceções às regras. Os mais referidos foram o movimento da unidade no horário das visitas e o dia da semana. O primeiro, além de depoimentos confirmando sua aplicação na prática, figura ainda entre as sugestões de mudança no regulamento:

"Às vezes, é... tem possibilidade, assim, de colocar mais um ou dois parentes pra ver... Às vezes, tá até tudo bem e poderia deixar, como realmente nós de vez em quando deixa, sabe, quando não tá aquela correria que tem, né? Eu deixo mais de um parente."

"Se no dia da visita tiver tudo calmo, tudo tranquilo, é... eu gostaria que ficasse mais o parente ali com o paciente, conversando, falando uma palavra de amor ali, sabe? O paciente entendendo que a família tá ali do lado... aquele paciente que tá mais ou menos consciente, eu acho que... isso aí é importante pro paciente e pra família também!"

O final de semana foi indicado como o mais propício à entrada de mais de um visitante e maior tempo de permanência dos familiares junto ao paciente. De maneira geral, isto relaciona-se ao critério anterior, pois este é o período em que há menor número de profissionais na unidade e a frequência de procedimentos especializados se restringe ao inadiável. Um depoimento do grupo da enfermagem demonstra isso:

"Final de semana eu deixo mais de um. Porque... durante a semana é só um parente pra cada, né? Aí, fim de semana, quando tá tranquilo o CTI, eu acho importante entrar mais de um... pra família sabe?"

Na falta de supervisão direta da enfermeira, a atua

ção dos demais integrantes da equipe de enfermagem quanto ao regulamento da unidade costuma ser determinada pela presença ou ausência do médico, a quem, conforme comentários anteriores, sentem-se subordinados. Esta postura foi declarada em alguns depoimentos deste grupo, como os seguintes:

"... dia de semana, parto da chefe... ou da gente. Final de semana, ou quando a chefe não tá, a gente pergunta pro médico se ele não importa e tá..."

"Se a enfermeira não tiver... Por exemplo, nos finais de semana, quem decide é o médico."

Entretanto, outras entrevistas com o grupo deixaram transparecer que se não há qualquer supervisão, os funcionários podem sentir-se livres para desobedecer ou cumprir apenas parcialmente as regras da UTI. O final de semana apresenta-se, desta forma, como o período mais favorável às "infrações", em razão de folga da enfermeira e ocasionais ausências do médico plantonista. Entre as mais comuns, incluem-se aumentar o tempo de permanência do visitante junto ao doente a permissão para a entrada de dois ou mais familiares para visita.

Os parentes dos enfermos também percebem a diferença instituída pela ausência da enfermeira ou do médico no horário das visitas. Presenciei situação onde uma visitante afirmava preferir as "enfermeiras" (*) dos finais de semana, justificando que elas permitiam maior tempo de permanência

*)Na verdade, auxiliares ou técnicos de enfermagem.

dos familiares junto aos pacientes.

Esta postura, de condicionar o cumprimento das regras à presença de um profissional com poder fiscalizador, sugere a não internalização destas pela equipe de enfermagem na UTI pesquisada. Isto pode ser atribuído a diferentes fatores, entre os quais situam-se o nível de informalidade em prestado ao regulamento pela falta de registros escritos, e a falta de treinamento específico dos funcionários, visando instruí-los sobre a filosofia do serviço e orientá-los quanto ao funcionamento da unidade.

Outros fatores que merecem destaque na não internalização das regras e facilidade para transgressões, dizem respeito ao caráter de imposição que perpassa sua divulgação e às restrições por elas estabelecidas que, longe de contemplarem as finalidades do serviço e necessidades da clientela, atendem, em geral, exclusivamente, aos interesses administrativos.

. As notícias oficiais sobre o paciente

A fonte oficial de informações sobre o paciente internado na UTI é o boletim médico, e a transmissão delas fica a cargo das recepcionistas do hospital, segundo a enfermeira supervisora da unidade:

"... todos os dias descem dois boletins, né, um às oito horas da manhã e outro às duas da tarde. Quando as famílias querem, ligam e as meninas informam lá na Portaria."

. Contudo, as evidências indicam que o boletim, como

concebido atualmente, não atende à finalidade de munir a família com dados que lhe permitam uma noção geral sobre as condições do paciente. Ademais, fornecer notícias sobre o estado de pacientes, principalmente, internados em UTI, constitui-se tarefa que exige um preparo não requerido para o cargo de recepcionista. Em decorrência, o sistema de informações é alvo de muitas críticas. Um familiar queixou-se:

"Eu acho bom o boletim... Mas ontem eu fiquei amagoado, muito amagoado. Porque a gente liga, eles fala sempre que ela tá grave ou que o estado da M.L... não está bom. Ontem, a secretária me disse olha, o estado dela é grave, muito grave! Ai, entrei em choque com aquilo. Simplesmente a chorar... Enquanto não vim e conversei com o médico e com a enfermeira... que falou não, o estado dela continua o mesmo, é grave, mas... A maneira de você expressar as coisas, as vezes dói, as vezes nos fortifica. Porque, vamos supor, se dissesse o estado dela não está muito bom, né, é a mesma coisa de falar está gravíssimo o estado dela."

Considerando-se a insistência dos familiares em solicitar informações aos elementos da equipe de enfermagem, pode-se inferir que as notícias sobre o paciente têm melhor efeito quando provêm de quem lhe ministra o cuidado. Segundo BRANCO et alii⁽⁵⁾, quando não há identificação do elemento informante, há um aumento da tensão vivida pelo familiar, pois, além da necessidade de receber uma informação clara e satisfatória, o familiar precisa confiar que a fonte desta informação é segura. Na opinião das autoras, a identificação do informante demonstra uma atenção individualizada ao familiar e mostra preocupação com seus medos e dúvidas.

A equipe de enfermagem também percebe que o boletim

não satisfaz as necessidades de informações sobre o paciente, como evidencia em suas declarações:

"... acho o boletim vago demais da conta, nossa! Regular, grave... Uai, mas pra quem é leigo no assunto, não sabe nada... Quando fala grave, ele pensa que tá morrendo. E, às vezes, nem tanto tá grave, nem tá morrendo, né?"

"... o boletim informa muito pouco! Uma coisa que ... às vezes, a pessoa nem sabe o significado da quelas palavras que eles colocam lá, sabe?"

"Eu acho esse boletim completamente errado!... Todo lugar tem esse boletim, mas eu acho isso erradíssimo!"

"Quer dizer, eu já vi até comentário assim, que eles ia assim, enriquecer mais esse boletim, mas, até agora, parece que ficou só nisso mesmo."

Tive oportunidade de observar as mensagens contidas no boletim, o que me leva a concordar com as opiniões anteriores. Exemplos de expressões comumente usadas no boletim são "Regular, estado neurológico inalterado", "Grave", "Sob efeito de anestesia", "Em coma".

Não é difícil perceber que, para a família, tais expressões, em geral, acrescentam pouco ou nada ao já conhecido, constituindo mensagens de significado impreciso. Adicione-se a isso, o uso de linguagem essencialmente técnica, cujo domínio é quase exclusivo aos profissionais da área. A declaração de um familiar entrevistado ilustra bem a situação:

"... porque que não é mais detalhado o grave, como o médico mesmo me explicou agora?"

Segundo GARDNER & STEWART⁽²⁴⁾, os enfermeiros e mô

...médicos devem comunicar as informações e orientações em termos que a família compreenda, ao invés de usar jargões. Recomendamos, ainda, que, após discutir um tópico e responder às perguntas, eles devem certificar-se que os familiares compreenderam a explicação. As autoras justificam que este procedimento ajuda a clarear o nível de entendimento e a correção de concepções distorcidas, freqüentemente despercebidas, mas significantes.

Além disso, parece não haver consenso entre os diferentes médicos que elaboram o informativo a respeito dos critérios utilizados para a classificação do estado geral dos pacientes, que termina sendo descrito com base em conceitos pessoais. Esta prática pode conduzir a informações desencontradas sobre um mesmo enfermo, causando confusão entre os familiares, conforme demonstra um depoimento deste grupo:

"... aquela informação do boletim sempre muda, não é? Porque às vezes, conversa com o médico, o parecer dele é regular. No entanto, no boletim tá grave... Então, porque que não... uma palavra não concorda com outra? Os parentes que estão distantes... eles confundem! É preciso da gente, que tá mais perto, confirmar... de um jeito ou de outro... falar a verdade!"

BRANCO et alii⁽⁵⁾ advertem que, para o familiar não orientado, uma informação incompleta ou com termos duvidosos, pode gerar uma situação estressante e angustiante. Por outro lado, KURCGANT⁽³¹⁾ lembra que a dualidade de orientação leva a um sentimento de insegurança, recomendando um estreito e franco relacionamento entre os diversos profissionais da UTI, para que não haja omissão de informações, por um lado, ou ex

cesso e dualidade, por outro.

Esta situação pode sugerir aos familiares que as notícias transmitidas pelo boletim são pouco seguras e, conseqüentemente, pouco confiáveis, como transparece na fala do esposo de uma paciente:

"Eu sempre tenho conseguido notícias pelo boletim. Assim... pelo menos me dão essa informação. Agora, se ela é uma informação verdadeira... Às vezes, a gente chega até a duvidar, porque fala que tá boa, de repente outro já fala que o quadro clínico já é... não é bom, outro fala que tá péssimo, aí ... Eu estou interessado em saber da situação, da gravidade, se houve melhora, como que tá acontecendo... A gente sempre fica nessa expectativa. Então, eu acho que é melhor ficar aqui no hospital, procurando, do que ficar em casa. Infelizmente, parece que eu nem conseguiria ficar lá em casa durante o dia, sem saber como é que está... vir aqui só nos horários dos boletins."

O estudo de LEITE⁽³³⁾ confirmou como imperiosa a necessidade dos familiares em receber informações claras sobre o estado do paciente atendido na Unidade de Emergência, embora nem todos as pudessem solicitar ou as recebessem a contento. Segundo a autora, os familiares nem sempre encontraram a quem dirigir-se e se sentiram desencorajados a procurar tais informações. Alguns tiveram a oportunidade de se pronunciar para a pesquisadora sobre sua descrença quanto à atualização das informações, sempre repetidas pelo serviço de informações.

Os serviços de informação pesquisados por aquela autora contavam com um ou dois funcionários e eram alimentados precariamente de notícias, e ela questiona se não seria mais justo transferir-se informações sobre pacientes graves e/ou

recém-admitidos para os setores em que estivessem hospitalizados, considerando que, desta forma, as notícias seriam mais precisas, recentes e recebidas de quem assiste o paciente.

GARDNER & STEWART⁽²⁴⁾ relatam que as informações e orientações aliviam muito a ansiedade dos familiares. Recomendam que os profissionais discutam com a família do paciente todos os aspectos relacionados ao paciente e sua condição clínica, bem como forneçam explicações sobre o ambiente físico e o regulamento da unidade e preparem-na para a visita inicial ao paciente, descrevendo o equipamento e aparência física do paciente.

Diante da insuficiência quanti-qualitativa das notícias sobre o paciente obtidas junto ao sistema oficial de informações e da proibição de seu fornecimento pela enfermagem, resta às famílias, ansiosas por informes completos e seguros, recorrerem aos médicos. Todavia, ao procurá-los, é comum ouvirem que não se encontram no momento ou estão demasiado ocupados em tarefas inadiáveis, concordando com os relatos de KÜBLER-ROSS⁽³⁰⁾.

A UTI pesquisada, segundo observações realizadas, dispõe de plantonista durante as vinte e quatro horas do dia. Portanto, no horário de visitas, os familiares têm oportunidade de obter algumas informações desejadas, segundo as afirmações da equipe de enfermagem:

"A família sabe do paciente só através dos boletins e dos médicos. No horário de visita, eles põem

de perguntar ao plantonista... Ou também eles vão atrás dos médico no consultório deles, né?"

"A família sabe informação do doente é através dos boletim, né? Ou então, quando eles conversa com o médico do paciente."

"... através do boletim... e depois tem o papo com o médico direto do paciente. Mas tem aqueles paciente que... às vezes não tem aquele doutor de ficar assim, no pé deles; então... aquela família eu acho que... num tem procurado muito assim, contato com o médico pra conversar, não. Fica mais é com o plantonista mesmo..."

"Através dos boletim, através do telefone... né? E... ela, às vezes, até aparece aqui fora de horário mesmo, de... de visita."

Porém, segundo KURCGANT⁽³¹⁾, as informações sobre o estado do paciente, como o diagnóstico, condições e necessidades, devem ser dadas pelos diferentes profissionais. O médico esclarece sobre o diagnóstico médico, mas de acordo com a autora, o familiar tem necessidade de falar sobre ele e de pedir maiores esclarecimentos sobre tudo aquilo que diz respeito ao paciente. Recomenda, também, que a explicação sobre o que é melhor para o paciente, sobre o ambiente e equipamentos deve ser feita quantas vezes forem necessárias, observando a importância de que a verdade esteja presente em todas as informações.

Embora o último depoimento aborde o telefone como forma de os familiares se inteirarem sobre o doente, as notícias obtidas por esta via restringem-se às informações contidas no boletim, repassadas por recepcionistas da Portaria do hospital. A própria enfermeira da UTI admite a dificuldade de acesso dos familiares aos profissionais da unidade, com o fim de lograr maiores detalhes sobre as condições de seu pa

rente internado:

"Às vezes, quando consegue passar alguma ligação pra cá, eu informo, né, mas são muito poucas ... Eles não transferem a ligação. Quem dá informação aqui sou eu. Telefonam, perguntam alguma coisa, as meninas mandam me chamar. Aí, quando eu vejo que posso dar a informação, eu dou. Mas é nos casos mais simples, né?"

Os enfermeiros entrevistados por SANTOS⁽⁴³⁾, em contrapartida, declararam não fornecer informações sobre o estado do paciente pelo telefone, por entenderem este ato como "deselegante" e técnico, deixando este tipo de procedimento ao encargo de um funcionário adequadamente treinado. Mas na opinião de GARDNER & STEWART⁽²⁴⁾, o fornecimento do número do telefone da unidade à família, no contato inicial, assegurando-lhe de que ela pode obter informações atuais sobre o paciente por esta via, é uma forma de melhorar o rapport com os parentes, além de contribuir para satisfação desta necessidade específica.

Em relação ao que a enfermagem poderia fazer para contribuir na solução do problema das informações do doente à família, os entrevistados deste grupo foram pouco otimistas:

"Nada... a gente não pode falar nada pra família! Nós somos proibidos..."

"Ah... pra te ser sincera, eu não sei. Não pode fazer nada, porque realmente... não pode fazer, não."

"Ah, não sei, não... Só se eles autorizasse a gente, não é mesmo? Aí, talvez... talvez a gente pudesse falar alguma coisa pra eles, ajudar um pouco..."

Segundo VIEIRA et alii⁽⁵⁵⁾, os profissionais de enfermagem vêm, gradativamente, assumindo uma posição crítica sobre sua prática profissional. Na busca de novos caminhos que melhor a caracterizem, eles tomam, cada vez mais, consciência de que o direito que a pessoa tem à saúde implica o direito de receber assistência de enfermagem qualificada, afirmam as autoras.

Entretanto, quando se trata de assumir uma postura em defesa dos interesses de seus clientes, esta consciência não parece manifestar-se. Neste sentido, e embora critique o laconismo e a insuficiência das notícias fornecidas pelo boletim, manifestando desagrado pela proibição e desejo de colaborar informando a família, a equipe de enfermagem local não parece empenhada em alterar a situação. Esta atitude pode, também, demonstrar pouca consciência de seu poder em provocar mudanças desta espécie ou conformismo, que lhe propicia menos uma atividade a desempenhar, além de não ter que responder por ela, uma vez que os estudos de LOYOLA⁽³⁵⁾ demonstraram que a enfermagem tem horror de se responsabilizar por seus atos.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faz parte do senso comum que pessoas "sadias", ou que não manifestam uma entidade nosológica reconhecida, não apresentam necessidades que requeiram atendimento profissional, ou, pelo menos, não da equipe de saúde que atua em instituições hospitalares. Esse entendimento é ainda mais marcante em unidades especializadas, como a UTI, onde o cuidado a pacientes graves ou de alto risco ocupa todo o esforço e atenção dos profissionais.

No entanto, os resultados desta investigação mostram que os familiares de pacientes internados em UTI encontram-se em evidente estado de desequilíbrio homeodinâmico, ameaçados em sua integridade psicológica e mesmo física, manifestando, claramente, várias de suas necessidades básicas afetadas. Porém, é comum que eles próprios não as reconheçam como tal e, principalmente, como carecendo de assistência. Os familiares pesquisados por MOLTER⁽³⁸⁾ demonstraram essa postura, quando declararam não esperar que os provedores de cuidado aos doentes tivessem interesse em seus problemas e, embo

ra apreciassem tal interesse, viam os enfermeiros como responsáveis somente pela assistência ao enfermo, e não à sua família.

A equipe de enfermagem, também, não considera função sua assistir à família, apesar de percebê-la em situação crítica. As poucas ações identificadas nesse sentido, mostraram-se de caráter empírico e casual, surgindo como iniciativa pessoal de alguns funcionários, sensibilizados com o sofrimento externado pelos familiares. Mas, via de regra, a assistência à família não é oferecida ou restringe-se a intervenções generalizadas, que não se preocupam em atender necessidades individuais dos familiares. Os contatos da enfermeira com a família, limitam-se, em geral, aos breves períodos de visita e caracterizam-se mais como burocráticos do que interativos.

Tais colocações indicam que as necessidades da família, conquanto sejam comprovadas pela literatura específica e pela prática, costumam estar encobertas ou obscurecidas pelas necessidades do paciente, reconhecidamente mais urgentes, por envolverem riscos imediatos. Neste quadro, parece coerente que as expectativas em torno da atuação do enfermeiro de cuidados intensivos se reduzam à habilidade técnica para execução de procedimentos complexos, manuseio de equipamentos especializados e cuidado eficiente ao enfermo. (4); (6)

Reconheço, assim, como fundamental a mudança de atitude por parte da equipe de enfermagem, não apenas no sentido de entender suas atividades assistenciais à família como uma extensão de suas funções na unidade, como, também, de reorientar o aten

dimento, dirigindo-o à identificação e satisfação das necessidades básicas. Nesse sentido, reporto-me a HENDERSON⁽²⁸⁾, para dizer que o enfermeiro terá, de certo modo, de entranhar-se em cada um de seus pacientes, a fim de saber do que necessitam, entendendo como paciente, qualquer pessoa que precise de nossa atenção profissional.

Inquiridos sobre suas próprias necessidades, os familiares manifestaram tendência para identificar, apenas, as mais prementes e relacionadas com o enfermo, destacando-se as de ver o doente e receber informações sobre seu estado. Estas, também estiveram presentes entre as mais importantes detectadas pelos familiares no trabalho de MOLTER⁽³⁸⁾ e, ainda, foram as mais percebidas pelos integrantes da equipe de enfermagem investigados nesse estudo.

Observei que os membros da equipe de enfermagem percebem, com mais facilidade, aquelas necessidades familiares que são, ocasionalmente, verbalizadas pelos parentes ou as que se relacionam diretamente com o desempenho de suas atribuições rotineiras na UTI, como as citadas anteriormente. Também identificaram, com menor freqüência, as necessidades de "ter uma orientação antes da visita", "saber que o paciente está sendo bem cuidado", "ter mais interação com a enfermagem", "ter alguém que os oriente na parte financeira do tratamento" e "receber apoio".

A visita ao paciente surge, dessa forma, como essencial para os familiares e configura-se importante para a satisfação de suas necessidades. Será necessário rever as condições oferecidas para o encontro familiar-paciente, a fim

de que ele se torne uma oportunidade para oferecimento mútuo de apoio e energia, e que a presença do familiar junto ao doente constitua-se em efetiva ajuda para sua recuperação.

Conforme os resultados encontrados, seria necessário estabelecer na UTI, pelo menos, mais um horário para visitas, além do já fixado. A instituição do sistema de visores na UTI, também, poderá revelar-se útil, não como substituto da visita, mas complemento dela. Creio que horários de visita, alternados à abertura de visores, favoreceria a satisfação da necessidade que o familiar tem de ver seu parente, provocando mínimas interferências no desenvolvimento das atividades assistenciais ao paciente.

Contudo, considero indispensável o trabalho de orientação e apoio aos familiares, preparando-os para o momento da visita e para encontrarem alternativas que permitam a utilização mais produtiva de seus mecanismos de enfrentamento da crise vivida. Ademais, para ser capaz de oferecer o suporte emocional e conforto psicológico requeridos pelo paciente, a família deve estar em condições de fazê-lo, o que pressupõe a sua própria segurança e estabilidade relativas à situação.

O programa de atendimento aos familiares deveria abranger, desde a provisão de explicações sobre o ambiente físico da UTI, até o fornecimento sistemático de informações referentes ao diagnóstico, tratamento, evolução clínica, prognóstico e outros aspectos da assistência dispensada ao paciente. O trabalho de assistência à família seria, portanto, responsabilidade de todos os profissionais de saúde que exercem atividades na unidade, cabendo a cada um, a parcela

correspondente à sua área de atuação. Porém, a participação de todos deve assumir um caráter de trabalho conjunto, com espírito de equipe que possui, como objetivo comum, assistir os familiares em suas necessidades básicas afetadas.

O profissional de enfermagem possui qualificação suficiente para contribuir, significativamente, com esclarecimentos relativos ao cuidado direto do paciente, pelo qual é responsável, além de atividades assistenciais dirigidas ao encontro e satisfação de outras necessidades dos familiares.⁽⁶⁾ O importante é que ele não se limite a responder perguntas dos familiares⁽³¹⁾, mas atente às variadas formas de manifestação de suas necessidades básicas, tanto no nível psicobiológico, quanto ao psicossocial e psicoespiritual.

O trabalho de identificação das necessidades familiares começa ainda no ato de admissão do enfermo na UTI, ou tão logo seja possível, quando o enfermeiro estabelece o primeiro contato com os familiares do paciente. Instituído, como procedimento comum, a informação e orientação dos parentes quanto aos aspectos relacionados à hospitalização do paciente, normas de visitação e outros de seu interesse, o enfermeiro estará iniciando a abertura dos canais de comunicação que lhe possibilitarão o estabelecimento de relações interpessoais com a família. Paralelamente, inicia, também, a avaliação das necessidades afetadas e o planejamento da assistência a ser dispensada.

Todavia, a implementação de um programa de atendimento de saúde aos familiares requer, de início, estrutura física adequada. Verifiquei, porém, que a área ocupada pela

UTI não contempla espaços destinados aos familiares, sendo pouco viáveis, inclusive, as improvisações com esse fim.

Por outro lado, vejo como fundamental, o preparo e treinamento dos integrantes da equipe de enfermagem, possibilitando sua participação ativa na assistência à família dos pacientes, de acordo com a competência e qualificação de cada um.

Um aspecto verdadeiramente decisivo para o sucesso do plano de assistência à família, refere-se ao "regulamento" da unidade que, conforme os resultados desse estudo, cerceia os direitos dos familiares e limita a atuação dos profissionais. Observei que as "regras" e rotinas para a visita do paciente impedem a satisfação dessa necessidade específica evidenciada pelos familiares. O relacionamento enfermagem-família, também, é profundamente afetado pela norma que proíbe a equipe de enfermagem de prover, à família, informações sobre o paciente.

As opiniões dos dois grupos de sujeitos da pesquisa apontam para a necessidade de revisão no "regulamento", em especial, naqueles aspectos com os quais a assistência à família esbarra. Considero necessário um cuidadoso estudo, tendo em conta não apenas as finalidades, recursos disponíveis e interesses administrativo-organizacionais do serviço, mas, igualmente, as necessidades e expectativas de seus usuários, isto é, pacientes, familiares e profissionais que atuam no local. Também é importante lembrar que o atendimento das necessidades psicossociais de pacientes e familiares exige certa flexibilidade de normas e rotinas⁽³¹⁾, de modo a

permitir as adaptações exigidas pela singularidade das pessoas e situações.

Acredito que o planejamento e implementação de assistência à família dos pacientes possibilitará não somente o atendimento da clientela, como a ocupação de um espaço que vem sendo desprezado pelos profissionais desta área. Sobre isto, vale lembrar que RIBEIRO⁽⁴²⁾, adverte sobre a inxistência de espaços vazios que não sejam ocupados e que, se os espaços físicos sociais, culturais ou institucionais que nos cabem, deixarem de ser preocupação de todo o grupo profissional, poderão eles se transformar em problemas maiores para classe, pois outros tentarão e poderão ocupá-los.

CAPÍTULO VII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BAKER, C. et alii. Nursing interventions for children with a parent in the intensive care unit. Heart & Lung, S. Louis, 17(4):441-6, jul. 1988.
02. BEDSWORTH, J. A. & MOLEN, M. T. Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. Heart & Lung, S. Louis, 11(5):450-6, sept/oct. 1982.
03. BELAND, I. L. & PASSOS, J. Y. Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais. (Trad. de Beti Raquel Lerner). São Paulo, E.P.U., 1978. Vol. 1. p. 380-419.
04. BOUSSO, R. S. Reflexões sobre o papel da enfermeira que atua em UTI pediátrica: aspectos emocionais em relação à família. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 21(3): 249-53, dez. 1987.
05. BRANCO, D. dos S. et alii. Familiares em sala de espera de unidade de bloco cirúrgico (UBC): percepção sobre

- informações recebidas. Rev. Gaúcha Enf., Porto Alegre, 9(2):99-104, dez. 1988.
06. BREU, C. & DRACUP, K. Helping the spouses of critically ill patients. Am. J. Nurs., New York, 78(1):50-3, jan. 1978.
07. CAPLAN, G. Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
08. CARVALHO, V. & CASTRO, I. B. e. Reflexões sobre a prática da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, Fortaleza, 05 a 11 agosto 1979. Anais. Fortaleza, ABEn, 1979. p. 51-9.
09. CASSEM, N. & HACKETT, T. Sources of tension for the CCU nurse. Am. J. Nurs., New York, 72:1426-30, Aug. 1972.
10. CASTRO, I. de S. Manual de enfermagem em CTI. 1ª ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1988. p. 33.
11. CHAVES, E. H. B.; SERPA, M. L. & FERREIRA, S. C. S. Rotinas de enfermagem. In: BARRETO, S. M. Rotinas em terapia intensiva. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. p. 37.
12. CHAVES, C. W. & FABER, L. Effect of an education-orientation program on family members who visit their significant other in the intensive care unit. Heart & Lung, S. Louis, 16(1):92-99, jan. 1987.
13. CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 2ª ed. São Paulo, McGraw Hill do Brasil, 1980.

14. CIANCIARULLO, T. I. Autonomia profissional do enfermeiro no atendimento das necessidades humanas básicas. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 22(nº especial):43-6, jun. 1988.
15. CONDRAU, G. O paciente que está morrendo - um desafio para o médico. Rev. Diálogo Médico, Rio de Janeiro, 1(3):5-16, s.d.
16. DALEY, L. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. Heart & Lung, S. Louis, 13:231-7, mai. 1984.
17. DANIEL, L. F. A enfermagem planejada. 3. ed. São Paulo, E.P.U., 1981. p. 9-13.
18. DUNKELL, J. & EISENDRATH, S. Families in the intensive care unit - their effect on staff. Heart & Lung, S. Louis, 12(3):258-61, mai/jun. 1983.
19. DU GAS, B. W. Enfermagem prática. 3. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. p. 28.
20. FÁRIA, A. N. de. Organização de empresas: teoria e prática de organização. 7. ed. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1980.
21. FERRAZ, A. F. et alii. Assistência de enfermagem a pacientes em fase terminal. Rev. Bras. Enf., Brasília, 39(1):50-60, jan/mar. 1986.
22. FREITAS, F. M. de et alii. Avaliação das necessidades dos familiares de pacientes internados na unidade de

- terapia intensiva. Trabalho apresentado no 42. Congresso Brasileiro de Enfermagem, Florianópolis - SC, 02-07 setembro 1989. (mimeografado).
23. GAGLIONE, M. K. Assessing and intervening with families of CCU patients. Nursing Clinics of North America, 19(3):427-32, sept. 1984.
24. GARDNER, D. & STEWART, N. Staff involvement with families of patients in critical-care units. Heart & Lung, S. Louis, 7(1):105-10, jan/feb. 1978.
25. GAUDERER, E. C. Reação do profissional frente à doença crônica ou fatal. J. Bras. Med., Rio de Janeiro, 40(3):47-56, mar. 1981.
26. GOMES, A. M. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. 2. ed. São Paulo, E.P.U., 1988.
27. HANUS, M. Psiquiatria integrada - pequeno compêndio. São Paulo, Organização Andrei, 1981. p. 144.
28. HENDERSON, V. Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem. (trad. de Anyta Alvarenga). 2. ed. São Paulo, Cortez, 1989. Cadernos de Enfermagem, nº 1.
29. HORTA, W. de A. Processo de enfermagem. São Paulo, E.P.U., 1979. p. 38-41.
30. KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. 3. ed. São Paulo, Martins Fontes, 1989.
31. KURCGANT, P. Formação e competência do enfermeiro de terapia intensiva. Enfoque, São Paulo, 19(1):4-6, abr. 1991.

32. LANEN, J. Ulsafer-Van. Nursing care: a view from de pa
tient's family. J. Chart., Chicago, 80(1):4-6, jan.
1983.
33. LEITE, M. L. Problemática da assistência de enfermagem
à família em crise na unidade de emergência. Rio de
Janeiro, UFRJ-EEAN, 1980. Tese (Mestrado). Escola de
Enfermagem Anna Nery.
34. LOPES, L. Como ver a relação entre o médico e a morte.
Diálogo Médico, Rio de Janeiro, 1(3): 2. s.d.
35. LOYOLA, C. M. D. Os doce(i)s corpos do hospital: as en
fermeiras e o poder institucional na estrutura hospi
talar. Rio de Janeiro, UFRJ, 1987.
36. LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. A. A pesquisa em educação:
abordagens qualitativas. São Paulo, E.P.U., 1986.
37. MIELNIK, I. Dicionário de termos psiquiátricos. São Pau
lo, Roca, 1987. p. 18-20.
38. MOLTER, N. C. Needs of relatives of critically il pa
tients: a descriptive study. Heart & Lung, S. Louis,
8:332-9, mar/apr. 1979.
39. NOGUEIRA, M. J. de C. Assistência de enfermagem à famí
lia. Enf. Novas Dimens. São Paulo, 3(6):327-46, 1977.
40. NORRIS, L. O'Neil & GROVE, S. K. Investigation of selec
ted psychosocial needs of family members of critical
ly ill adults patients. Heart & Lung, S. Louis, 15(2):
194-9, mar. 1986.

11. RASIE, S. M. Meeting families' needs helps you meet ICU patients' needs. Nursing 80:32-5, jul.
12. RIBEIRO, C. de M. Discurso de Posse. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, Brasília, 01-07 junho 1980. Anais. Brasília, ABEn, 1980. p. 21-3.
3. SANTOS, R. M. dos. O enfermeiro diante da morte de pacientes: sentimentos, atitudes e fatores intervenientes - um estudo exploratório, Rio de Janeiro, UFRJ - EEAN, 1984. Tese (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery.
4. SENNA, S. G. de. Visitas e acompanhantes de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. O Mundo da Saúde, São Paulo, 5(7):37-41, abr/jun. 1981.
15. SOUZA, M. de et alii. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 5(2):77-9, abr/jun. 1985.
6. STILLWELL, S. B. Importance of visiting needs as perceived by family members of patients in the intensive care unit. Heart & Lung. Saint Louis, 13(3): 238-42, May. 1984.
7. TAKANASHI, E. I. U. Visitas em unidade de terapia intensiva. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 6(3):113-5, jul/set. 1986.
8. TEMPRANO, G. M. Análisis de la problemática en la relación enfermera-enfermo en la UCI. Rev. Rol de Enfer

meria, 93(9):40-7, jun. 1986.

49. TESCK, E. C. de B. Um aspecto da responsabilidade da enfermeira na assistência integral ao paciente hospitalizado - a participação de familiares. Enf. Novas Dimens., São Paulo, 1(6):351-3. 1976.
50. _____ . Convivência contínua com estresse - vida e trabalho de enfermeiros nas UTI. Rio de Janeiro, UFRJ - EEAN, 1982, Tese (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery.
51. TREVIZAN, M. A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. Rev. Bras. Enf., Brasília, 40(4):204-9, out/dez. 1987.
52. TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987.
53. TROTTO, G. et alii. O ser humano no centro de tratamento intensivo. In: SIMÃO, A. T. Terapia Intensiva. Rio de Janeiro, Atheneu, 1976. p. 609-24.
54. VEIGA, D. De A. A enfermeira e o paciente que vai morrer. Rev. Gaucha de Enf., Porto Alegre, 5(1):113-8, jan. 1984.
55. VIEIRA, T. T. et alii. A competência continuada e a assistência de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, Brasília, 01-07 junho 1980. Anais. Brasília, ABEn, 1980. p. 47-56.

56. WATZLAWICK, P. et alii. Pragmática da comunicação humana - um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. (trad. de Alvaro Cabral). São Paulo, Cultrix, 1967, p. 122-3.

ANEXO I

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS FAMILIARES

Abordagem inicial: identificação do entrevistador
descrição do estudo e seus objetivos
solicitação de participação
garantia de sigilo absoluto
permissão para gravar a entrevista
iniciar o "rapport", perguntando
o nome do entrevistado.

Questões norteadoras:

01. Porque está aqui? Há quanto tempo e porque (motivo da internação) seu parente está na UTI?
02. Conhece os horários e as normas de visita ao paciente?
(deixar o entrevistado falar, livremente e, caso não tenha abordado os aspectos abaixo, solicitar que o faça)
 - Como soube?
 - Qual a sua opinião sobre este assunto?
 - Elas apresentam alguma facilidade ou dificuldade? Explique.
 - Como gostaria que elas fossem?
03. Você conhece alguém aqui na UTI?
 - Quem?
 - Como o(s) conheceu?

04. Quais são as suas necessidades, enquanto parente de um doente internado aqui, neste CTI?
05. Quando você procura a UTI?
- O que você deseja quando o faz?
 - Quem atende/ajuda você? Como?
 - Você fica satisfeito com o atendimento recebido?
06. Você ou sua família tem recebido/já recebeu qualquer tipo de atendimento por parte de alguém da enfermagem daqui? Descreva.
07. Porque você tem necessidade de visitar seu parente internado aqui?
- O que acha que a visita de familiares significa para o paciente?
 - Sente falta de alguma coisa neste momento? O que?
08. Ver o paciente é importante para você?
- Porquê?
 - Apenas ver o seu parente lhe satisfaz? Porquê?
09. O que você gostaria de saber sobre o seu parente internado?
- Você tem conseguido obter essas informações? Como?
10. Como fica sabendo sobre o estado de seu parente?
- O que acha do boletim de informações sobre o paciente?
 - Como você faz quando deseja outras informações, além daquelas que estão no boletim? A quem você pede?
11. Como se sente aqui no hospital?

- Quais as facilidades e dificuldades que você tem en-
frentado aqui? (Após permitir que o entrevistado fale
livremente, e caso ele não tenha abordado a relação
com a equipe de enfermagem e com as normas de visita-
ção, pedir que o faça).

12. Como tem sido o seu relacionamento com a equipe de enfer-
magem da UTI?

- Como gostaria de ser tratado pela enfermagem?

- Acha que a enfermagem poderia fazer alguma coisa para
ajudá-lo(a)? O quê?

ANEXO II

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Abordagem inicial: identificação do entrevistador
descrição do estudo e seus objetivos.
solicitação de participação como entrevistado
garantia de sigilo absoluto
permissão para gravar a entrevista
iniciar o "rapport" solicitando que o entrevistado se apresente e diga sua função na Unidade.

Questões norteadoras:

01. Você conhece as normas/rotinas para visitas aos pacientes internados? Como soube?
02. Como se sente no horário de visitas? E em relação à família do paciente internado aqui?
03. Que necessidades a família do paciente apresenta?
04. Que assistência a equipe de enfermagem tem oferecido aos familiares dos pacientes?
05. Acha que a enfermagem poderia fazer alguma coisa para a

judar a família dos pacientes aqui internados? Explique o que e como. Considera que esta visão coincide com o que os parentes do paciente gostariam de receber?

ANEXO III

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM^(*)

Abordagem inicial: identificação do entrevistador
descrição do estudo e seus objetivos
solicitação de participação como entrevistado
garantia de sigilo absoluto
permissão para gravar a entrevista
iniciar o "rapport" solicitando que o entrevistado se apresente e diga sua função na Unidade.

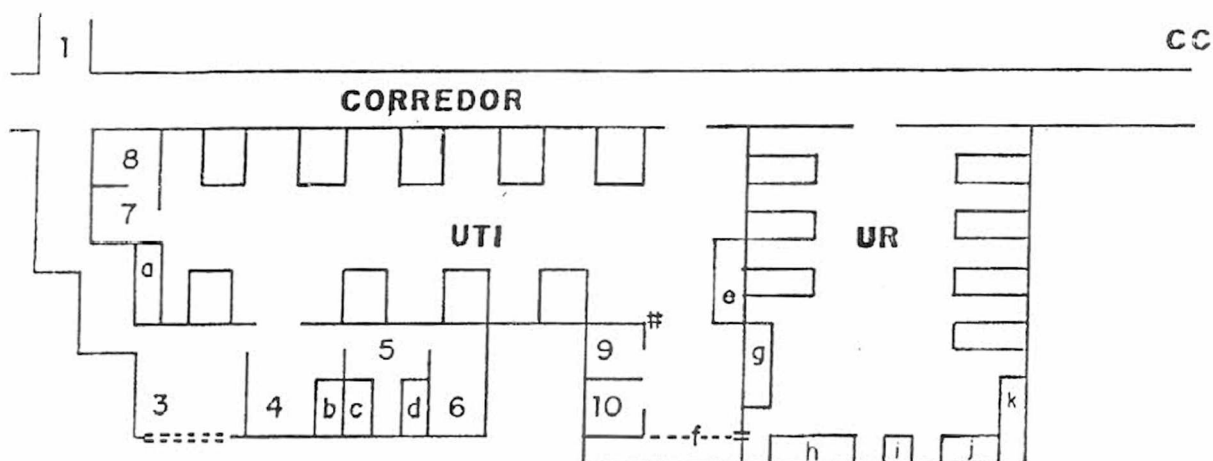
01. Você conhece as normas/rotinas para visitas aos pacientes internados? Descreva-as.
 - Como soube?
 - Você concorda com elas? Porquê?
 - Acha que elas poderiam ser diferentes? Como?
02. Como se sente no horário de visitas?
 - E em relação à família do paciente internado aqui?
03. Você acha que o paciente internado em UTI precisa receber visitas? Porquê?

(*) Versão modificada do Anexo II.

04. Você acha que a família do paciente apresenta alguma necessidade? Quais?
05. Você considera que a equipe de enfermagem tem oferecido algum tipo de assistência/atendimento aos familiares dos pacientes internados?
- Em caso negativo: Porquê?
 - Em caso positivo: Que tipo?
06. Como funciona o sistema de informações do paciente à família?
- O que a enfermagem pode fazer com relação a isso?
07. Acha que a enfermagem poderia fazer alguma coisa para ajudar a família dos pacientes aqui internados?
- Explique o quê e como.
08. O que o familiar faz quando se aproxima do leito de seu parente? (abraça, toca, conversa, segura sua mão, chora, etc.).
- Ele se comunica com ele? Como?

ANEXO IV

ESQUEMA DA PLANTA FÍSICA DA UTI EM ESTUDO



LEGENDA:

- | | |
|---|--|
| 01. Escada | a. Balcão para Preparo de Medicação |
| 02. Unidade de Internação | b. Balcão para Guarda de Uniformes da UTI |
| 03. Hall de Espera para Visitas da UTI | c. Banco Estofado |
| 04. Hall de Entrada para a UTI | d. Escaninhos para Funcionários |
| 05. Vestiário/Copa de Funcionários | e. Balcão para Prescrições / Guarda de Prontuários |
| 06. Sanitário de Funcionários | f. Pia |
| 07. Sala para Guarda de Medicamentos | g. Balcão para Preparo de Medicação |
| 08. Sala para Guarda de Material Esterilizado | h. Pia |
| 09. Expurgo | i. Balcão para Prescrições/ Guarda de Prontuários |
| 10. Rouparia | j. Armário para Guarda de Medicação |
| #. Pia para lavagem de mãos | k. Balcão para Guarda de Material |

