



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Anabela Gonçalves da Silva

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS – VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Aurora Pereira (Orientador)

Professora Salete Soares (Coorientador)

Dezembro de 2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as Famílias que viveram a experiência de entrarem na Unidade de Cuidados Intensivos... e desejo que nos ajude a prestar cuidados de enfermagem com maior qualidade.

AGRADECIMENTOS

Apesar da realização desta dissertação ter resultado de um esforço pessoal, só se tornou possível com o apoio de várias pessoas, às quais manifesto o meu maior apreço.

À Professora Doutora Aurora Pereira e à Professora Mestre Salete Soares, pela partilha de saberes, pela disponibilidade, pelo acompanhamento, pelo profissionalismo e sugestões que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora Isaura Peixoto, pelo incentivo e pelos contributos no delinear deste percurso, que alicerçaram toda a sua trajetória.

A todos os Professores deste curso que com o seu conhecimento me fizeram crescer.

A todos os Familiares das pessoas em situações críticas que partilharam comigo as suas vivências e permitiram que este estudo fosse possível.

A toda a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Intensivos, onde realizei o meu estudo, pelo acolhimento e disponibilidade, mesmo nos dias de maior trabalho.

Ao Pedro Miguel, pela sua paciência, pelo seu incentivo e pela sua força incondicional.

A toda a minha Família, na qual incluo os meus Amigos, pelo seu carinho, compreensão e apoio nos momentos mais difíceis.

A todos os meus colegas de curso, por todos os bons momentos e pela partilha de saberes.

A todos aqueles que, de algum modo, contribuíram para a concretização deste estudo.

A todos vós, mais uma vez, o meu **Muito Obrigado!**

“Entrei e o que vi?

Aparelhos e barulhos esquisitos,

Um som de bip assolou-me naquele momento.

Comecei a andar, mas o caminho

Parecia não ter fim...

De repente senti que tinha chegado

Junto daquele que seria o motivo

Da minha presença naquele local...

E agora?”

Anónimo

RESUMO

A pessoa em situação crítica no contexto da prestação de cuidados de saúde não pode ser considerada isoladamente, uma vez que integra uma dinâmica familiar, que é o seu núcleo essencial, onde cresce e se socializa. Deste modo, quando o indivíduo adoece, o enfermeiro deve envolver o seu alicerce, que é a sua família, uma vez que esta também sofre os efeitos desta situação adversa.

Com este estudo pretendemos compreender as vivências da família da pessoa em situação crítica numa UCI, tendo como objetivos identificar os sentimentos da família da pessoa em situação crítica numa UCI, perceber as suas necessidades e identificar as estratégias desenvolvidas pelas mesmas.

Trata-se de um estudo qualitativo de carácter descritivo com características fenomenológicas e os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas a familiares de pessoas em situação crítica e para analisar os dados recorreremos à análise de conteúdo.

Os resultados obtidos evidenciaram que as vivências da família da pessoa em situação crítica estão associadas a sentimentos de índole positivo como a esperança e a paz, mas sobretudo a sentimentos negativos, tais como a ansiedade, o medo, a preocupação em relação ao futuro, a resignação, a saudade, o sofrimento, a solidão e a tristeza, sugerindo a necessidade de refletir na importância de se investir no envolvimento da família, assim como num cuidado mais dirigido a esta no sentido de a apoiar neste processo de transição; que os familiares expressam várias necessidades, nomeadamente a necessidade de informação relativa ao processo de doença, confiança/disponibilidade da equipa, mas também a necessidade de partilha de sentimentos, de estar presente, necessidades relacionadas com os cuidados e com o espaço físico, assim como com recurso financeiro e procedimentos relativos à visita familiar. Contudo de salientar que todos os familiares referem sentir segurança nos cuidados prestados pela equipa, caracterizando-a como disponível e eficiente; e no sentido de superar as adversidades decorrentes da situação crítica e do internamento na UCI estes familiares mobilizam várias estratégias a nível externo - apoio de outros elementos da família, terapêutica e trabalho, a nível interno o choro, a fé, a leitura, o estar à beira mar e trabalhos manuais.

Estes resultados sugerem que é importante (re)pensar a intervenção de enfermagem junto da família da pessoa em situação crítica no sentido de um melhor acompanhamento e envolvimento, assim como adequação de determinados procedimentos no âmbito da organização e acolhimento da família, neste contexto de cuidados.

Palavras-Chave: Família, Pessoa em Situação Crítica, Cuidados de enfermagem e Cuidados Intensivos

Dezembro de 2012

RESUMEN

La persona en situación crítica en el contexto de la prestación de cuidados de salud no puede ser considerada aisladamente, una vez que integra una dinámica familiar, que es su núcleo esencial, donde crece e se sociabiliza. De este modo, cuando el individuo enferma, el enfermero debe ser parte de su núcleo familiar, que es la familia, una vez que esta también sufre los efectos de esta situación adversa.

Con este estudio pretendemos comprender las vivencias de la familia de personas en situación crítica en una UCI, teniendo como objetivos identificar los sentimientos de la familia de las personas en situación crítica en una UCI, percibir sus necesidades e identificar las estrategias desarrolladas por las mismas.

Se trata de un estudio cualitativo de carácter descriptivo con características fenomenológicas y los datos han sido obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas a familiares de personas en situación crítica y para analizar los datos recurrimos a una análisis de contenido.

Los resultados obtenidos evidenciaran que las vivencias de la familia de las personas en situación crítica están asociadas a sentimientos de índole positivo como la esperanza e la paz, pero sobre todo a sentimientos negativos, tales como la ansiedad, el miedo, la preocupación en relación al futuro, la resignación, el sufrimiento, la soledad y la tristeza, sugiriendo la necesidad de reflejar sobre la importancia de invertir en el involucramiento de la familia, bien como en un cuidado más dirigido a esta en el sentido de apoyarla en este proceso de transición; en el cual los familiares expresan varias necesidades, como la necesidad de información relativa al proceso de enfermedad, confianza/disponibilidad de la equipa, pero también la necesidad de compartir sentimientos, de estar presente, necesidades relacionadas con los cuidados e con el espacio físico, bien como con el recurso financiero y procedimientos relativos a la visita familiar. Sin embargo, es importante destacar que todos los familiares refieren sentir seguridad en los cuidados prestados por el equipo, caracterizándolo como disponible e eficiente; e en el sentido de superar las adversidades derivadas de la situación crítica y del internamiento en la UCI estos familiares movilizan varias estrategias a nivel externo - apoyo de otros elementos de la familia, terapéutica e trabajo, a nivel interno el llanto, la Fe, la lectura, el estar cerca del mar e los trabajos manuales.

Estos resultados sugieren que es importante (re)pensar la intervención de enfermería con las familias de las personas en situación crítica en el sentido de un mejor acompañamiento y involucramiento, bien como adecuación de determinados procedimientos en el ámbito de la organización y recepción de las familias, en este contexto de cuidados.

Palabras-Clave: Familia, Persona en Situación Crítica, Cuidados de enfermería y Cuidados Intensivos

ABSTRACT

The person in critical condition in need of health care cannot be considered by itself, because he is part of a family dynamics, in whose core the person grows and socializes. Thus, when a person gets sick, the nurse must engage his support, his family, since it also suffers the effects of this adverse situation.

With this study we intend to understand the experiences of the family of the person in critical condition in an ICU, aiming to identify the feelings of the family, understand their needs and identify the strategies they develop.

This is a qualitative study with descriptive phenomenological features. The data were collected through semi-directed interviews with relatives of people in critical condition and to analyze the data we used the content analysis.

The results showed that the experiences of the family of the person in critical condition are associated with positive feelings like hope and peace, but above all with negative feelings, such as anxiety, fear, worry about the future, resignation, longing, suffering, loneliness and grief, thus suggesting the need to consider the importance of investing in family involvement, as well as more carefully direct this transition process towards supporting the family. The family also expresses various needs, including the need for information on the disease process, reliability/availability of the team, but also the need to share feelings, to be present, needs related to the care and the physical space, as well as financial resources and procedures concerning family visits. However, it is noteworthy that all family members feel secure in relation to the care provided by staff, characterizing it as available and efficient. To overcome the adversities of emergency and ICU stay, the families mobilize various external strategies such as support by other family members, medication and work, as well as internal like crying, faith, reading, being by the sea and crafts.

These results suggest that it is important to (re)think the nursing intervention with the family of the person in a critical situation towards a better monitoring and involvement, as well as how adequate certain procedures within the organization and receiving the family are, in this context of care.

Keywords: Family, Person in Critical condition, nursing care and Intensive Care.

December 2012

ÍNDICE

Introdução.....	21
CAPÍTULO 1 — A FAMÍLIA E A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1 — A Pessoa em Situação Crítica	27
1.1 — A Realidade da Unidade de Cuidados Intensivos.....	28
2 — A Família	31
CAPÍTULO 2 — PERCURSO METODOLÓGICO	41
1 — Da Problemática aos Objetivos do Estudo	43
2 — Tipo de Estudo	44
3 — O Contexto e os Participantes do Estudo	45
3.1 — O Contexto.....	45
3.2 — Os Participantes do Estudo	46
3.2.1 — Caracterização dos participantes	47
4 — Estratégia de Colheita de Dados	48
5 — Procedimento de Análise de Dados.....	50
6 — Considerações Éticas.....	52
CAPÍTULO 3 — AS VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	53
Sentimentos Expressos pela Família da Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Cuidados Intensivos	56
Necessidades da Família da Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Cuidados Intensivos	59
Estratégias de Adaptação Mobilizadas pela Família da Pessoa em Situação em Contexto de Cuidados Intensivos	63

CAPÍTULO 4 — DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
CAPÍTULO 5 — CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	79
Referências bibliográficas.....	85
ANEXOS	91
ANEXO I – Consentimento do Conselho de Administração da Instituição em causa.....	92
APÊNDICES	95
APENDICE A – Guião orientador da entrevista	96
APENDICE B – Análise de conteúdo.....	98
APENDICE C – Termo de consentimento informado entregue aos participantes	106

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Sentimentos expressos pela família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos.....	56
Figura 2 – Necessidades da família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos	59
Figura 3 – Estratégias de adaptação mobilizadas pela família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos	63

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caraterização sociodemográfica dos participantes	47
Quadro 2 – Vivências da família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos - áreas temáticas, categorias, subcategorias e número de unidades de registo	55

ABREVIATURAS

CIPE ® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCI's – Unidades de Cuidados Intensivos

Introdução

A doença, sobretudo numa situação crítica, aparece na vida de uma pessoa de forma inesperada trazendo consigo uma variedade de sentimentos e mudanças no quotidiano de cada um, que vão ser vivenciadas de forma diferente por cada pessoa, por cada família. Deste modo, a doença crítica e o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) envolvem não só a pessoa em situação crítica mas também a sua família que sofre, uma sobrecarga emocional e mudanças no seu ciclo de vida familiar com alterações de papéis até então desempenhados pela pessoa doente, conduzindo muitas vezes a um reorganizar do seu modo de vida o que implica um processo de adaptação.

No entanto, as necessidades de cuidados são diferentes de família para família, pois dependem do momento de vida que estão ou estavam a vivenciar, de experiências anteriores da mesma natureza, da personalidade, do contexto religioso, social e cultural. Assim, este processo poderá desencadear na família uma situação de crise, especialmente marcada por sofrimento, ansiedade, medo e tristeza, sentimentos negativos que se acentuam, aumentando a sobrecarga emocional, devido ao ambiente da UCI, fechado, complexo e de alta tecnologia. Esta perspetiva é corroborada por Morgon e Guirardello (2004, p. 199) quando referem que “A hospitalização de um familiar por doença grave e inesperada pode levar ao desequilíbrio ou desestruturação da família” e “essa crise é tanto mais sentida, quantos mais forem os papéis do indivíduo doente” (Pias, 2008, p. 13) .

Mediante esta realidade, o enfermeiro que trabalha na UCI deve olhar para cada família, identificar e agir sobre as suas reais necessidades de modo a facilitar a adaptação a esta nova fase da vida. Para tal, é necessário conhecer e compreender cada família e ajudá-la a mobilizar estratégias para manter o equilíbrio e/ou recuperar de uma situação de crise.

O cuidar da família da pessoa em situação crítica é uma competência do enfermeiro, nomeadamente do enfermeiro especialista nesta área o qual tem o dever de assistir “(...) a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Regulamento n.º 124/2011, 2011, p. 8656).

A doença grave e conseqüente internamento na UCI são situações que desencadeiam alterações, não só na pessoa doente como na sua família. O ambiente destas unidades é visto como um ambiente estranho rodeado de tecnologia e pessoas desconhecidas, o que

gera ansiedade quer no doente quer na família, sendo que esta se constitui como um recurso significativo e fundamental para suavizar a separação.

O modo como a família experiêcia o internamento do seu familiar/pessoa em situação crítica pode revelar aspetos importantes que contribuem para a qualidade dos cuidados, pelo que não existe, hoje em dia, nenhuma instituição de saúde que não se preocupe com este aspeto e não tenha desenvolvido esforço no sentido de melhorar este propósito.

Todos os enfermeiros têm um objetivo e um dever comum, conservar e melhorar a saúde e o bem-estar de cada ser através dos cuidados prestados. Todavia, esse objetivo abrange finalidades próprias que importa clarificar. Compete pois, a cada um de nós justificar a nossa presença no seio da equipa, da instituição, da enfermagem, evidenciando a natureza do nosso contributo pessoal para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, o tema que nos propomos investigar incide sobre as vivências da família de uma pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos e tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à família neste processo de transição, tendo como objetivos:

- Identificar os sentimentos da família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos;
- Perceber as necessidades da família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos;
- Identificar as estratégias de adaptação mobilizadas pela família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos.

Face a esta temática e aos objetivos propostos optamos por um estudo qualitativo com uma abordagem de carácter descritivo com características fenomenológicas, em que o contexto do estudo foi uma UCI de um hospital da zona Norte. Para a colheita de dados utilizamos a entrevista semiestruturada.

O interesse e a pertinência deste estudo advêm do facto de ser uma problemática atual e da experiência numa UCI, durante a realização de um estágio, onde verificamos que não são apenas as pessoas em situação crítica que requerem cuidados, mas também, a sua família pelo visível desgaste que vai apresentando a cada dia de internamento. É algo que nos

inquieta enquanto enfermeiros, pois a família é a principal fonte de apoio e muitas vezes não é incluída na nossa intervenção, pelo que exige uma melhor atenção e compreensão.

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos, no primeiro situamos a problemática explorando teoricamente aspetos relacionados com a pessoa em situação crítica, a realidade da UCI e com o cuidar da família na sua singularidade. No segundo capítulo apresentamos a problemática e objetivos deste estudo de investigação e expomos o percurso metodológico, isto é, o tipo de estudo, a caracterização do contexto e dos participantes do estudo, assim como a estratégia de colheita de dados, procedimento de análise dos dados e considerações éticas. A apresentação e análise dos dados integram o terceiro capítulo. O quarto capítulo destina-se à discussão dos resultados e no quinto capítulo tecemos as conclusões e apresentamos as sugestões emergentes, deste estudo.

CAPÍTULO 1

**A FAMÍLIA E A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE
CUIDADOS INTENSIVOS – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo contextualizamos a temática em estudo, abordando a pessoa em situação crítica, a realidade da UCI e aspetos relacionados com o cuidar da família da pessoa em situação crítica na sua singularidade.

1 — A Pessoa em Situação Crítica

Quando falamos de pessoa em situação crítica reportamo-nos aquela “(...) cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, 2011, p. 8656) e que numa situação de dependência é excluída do seu sistema habitual e fica sujeita aos cuidados que lhe são prestados, num local desconhecido e ameaçador.

Sabendo que a sociedade, apesar de cada vez mais despersonalizada, espera de nós a prestação de um serviço com competência, reconhecemos à partida que ao privilegiarmos o cuidado personalizado estamos não só a exercitar as nossas habilidades e conhecimento, mas também a colocar o nosso saber e a nossa experiência ao serviço da pessoa em situação crítica/família.

O enfermeiro no seu ato profissional procura a excelência do exercício, assumindo o dever de “procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa”, como enfatiza o artigo n.º 88 do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 5).

O cuidar é a essência da enfermagem e é o verdadeiro encontro com o outro, é estar inteiramente para o outro numa relação de proximidade e ajuda, caracterizada pela abertura, pela compreensão e pela confiança.

Segundo Jean Watson (2002) cuidar é o ideal moral da enfermagem em que o seu objetivo é preservar e melhorar a dignidade e representa a missão de qualquer enfermeiro.

No entanto, o cuidar não se limita à pessoa enquanto doente, mas alarga-se a toda a família que procura promover o equilíbrio após o surgimento da situação crítica e internamento do seu familiar numa UCI.

1.1 — A Realidade da Unidade de Cuidados Intensivos

A UCI é um “local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunção de órgãos, controlando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde , 2003, p. 6) de modo a proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade. Para tal, é necessário concentrar “(...) competências, saberes e tecnologias em áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias que as tornem capazes” (Ministério da Saúde , 2003, p. 5).

Deste modo, as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI’s) são unidades portadoras de uma grande especificidade, exigindo respostas também muito específicas dos enfermeiros. Cada vez mais os enfermeiros têm necessidade de desenvolver e aperfeiçoar as suas competências científicas, pedagógicas, técnicas, relacionais e éticas no exercício da enfermagem.

No primeiro contato, as UCI’s apresentam um ambiente hostil quer para a pessoa em situação crítica, quer para o seu familiar, pois caracteriza-se por um espaço “(...) fechado e complexo, tecnológico, com a permanência de pacientes em estado de saúde crítica e com grande risco de vida, onde o prognóstico é na sua grande maioria reservado” (Fontes & Ferreira, 2009, p. 34).

Segundo um estudo realizado por Vila e Rossi (2002, p. 138) cujo objetivo era compreender o significado cultural do cuidado humanizado, na perspetiva da equipa de enfermagem numa UCI concluíram que apesar de ser o local ideal para o atendimento da pessoa em situação crítica, esta “(...) parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital”.

O enfermeiro da UCI trabalha num ambiente instável onde as forças de vida e morte, humano e tecnológico encontram-se em luta constante. Como refere Côrte - Real (2007) no ambiente de cuidados intensivos predomina a tecnologia e o tecnicismo.

Estes serviços são locais que por enfatizarem “(...) os recursos materiais e a tecnologia, contribuem para comportamentos automatizados, onde o diálogo e a reflexão crítica não encontram espaço, inclusive pelas situações contínuas de emergência, pela gravidade dos pacientes e pela dinâmica acelerada do serviço” (Côrte - Real, 2007, p. 121).

Neste sentido, é um ambiente não familiar, de alta tecnologia, com ausência de iluminação natural, com ruídos sonoros monótonos provenientes dos alarmes e de terapia intensiva que desgasta e contribui para o aumento da ansiedade e do medo da pessoa em situação crítica e também dos seus familiares, condicionando a interação enfermeiro/doente/família.

Alguns autores apontam as rotinas diferenciadas da UCI como rígidas e inflexíveis, afastando o doente do convívio com os seus familiares. Por outro lado, a entrada na UCI é restrita e limitada, não permitindo a entrada de todos os elementos da família no mesmo dia, ou até semana e muitas vezes a informação quando chega aos que estão do lado de fora nem sempre reflete a realidade ou esta não é compreendida, aumentando os sentimentos de índole negativa, pois cada um percebe a informação de forma individual.

As autoras Leite e Vila (2005) no seu estudo que teve como objetivo identificar as dificuldades vivenciadas pela equipa multiprofissional que trabalha numa UCI concluíram ainda que este tipo de ambiente por ser instável gera stresse e agitação tornando-se a experiência de internamento na UCI dolorosa para a família, pois existe a possibilidade de perda e este serviço tem um significado cultural pesado, geralmente associado a morte. As mesmas autoras, ainda concluíram que uma das dificuldades relatadas está relacionada com o lidar com a família, em que profissionais expressam que pediam para não trabalharem no turno que englobasse a visita. Acreditamos que cuidar da família é algo complexo, mas muito importante para um cuidar global, que deverá ser personalizado e alicerçado nas suas necessidades reais, e para o enfermeiro dar uma resposta eficaz, necessita além de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, de estabilidade emocional.

Estas unidades, enquanto locais “estranhos”, possuidores de alta tecnologia e com sons ambíguos, são caracterizadas como uma sinfonia tecnológica e desagradável segundo os autores Castro, Vilelas e Botelho (2011) interferindo de forma inequívoca na dinâmica familiar sendo importante a família desenvolver capacidades e estratégias de modo a minimizar os efeitos perturbadores do internamento do seu familiar neste ambiente.

Num estudo realizado por Severo e Perlini (2005) com objetivo de conhecer as percepções dos doentes em relação à sua vivência quando internados numa UCI concluíram que a UCI era vista como um espaço desconhecido, estranho, com mistérios e pouco acolhedor, cercados por tecnologia avançada que a par das próprias rotinas afastavam a pessoa doente

do convívio com os seus familiares. Considerando estas opiniões podemos compreender que um internamento na UCI pode acarretar uma sobrecarga para a pessoa em situação crítica e para a sua família, desencadeando sentimentos como o medo, a ansiedade, a insegurança, a tristeza e a revolta. Por outro lado, a ausência de janelas e a presença de iluminação artificial, além de o poder desorientar temporalmente, também podem interferir no sono.

Também Bettinelli e Erdmann (2009) num estudo cujo objetivo era compreender o significado do internamento em UCI segundo os familiares dos doentes, concluíram que o aparato tecnológico, a movimentação das pessoas e o ambiente com ruídos e barulhos dos equipamentos podem contribuir para o aumento do stresse, do medo e do sofrimento do doente e da família.

Como temos vindo a referir, a UCI caracteriza-se por ser um serviço muito diferenciado, mas porque é que se privilegiam os cuidados técnicos em detrimento dos cuidados relacionais com a pessoa em situação crítica/família? Estes cuidados não poderão ser associados em simultâneo? É preciso considerar que quanto mais sofisticada for a tecnologia, maior será o risco da preocupação dos enfermeiros recair nos equipamentos, acabando, de alguma forma, por se esquecer que a razão daquele equipamento é uma pessoa doente inserida numa família.

2 — A Família

Cada indivíduo é um ser social, que vive em comunidade e integra-se num contexto social e familiar que o influencia e acompanha em todas as fases da sua vida, pelo que não podemos falar da pessoa em situação crítica sem falar da sua família.

A utilização do termo família refere-se ao elemento que demonstre sentimentos de afetividade para com a pessoa em situação crítica, não sendo obrigatório a existência de laços de consanguinidade. Esta perspetiva é corroborada por Fontes e Ferreira (2009, p. 34) quando alegam que “O termo família ou familiares representam todos aqueles que fazem parte do círculo afetivo do doente”.

Quando surge uma situação de doença, e sobretudo quando esta é uma situação crítica, não é só a pessoa doente que fica vulnerável física e psicologicamente, mas também a sua família. Cuidar da pessoa em situação crítica na sua globalidade implica não descurar a sua família, mas sim integrá-la nesse cuidado.

Até porque, segundo Pinho e Kantorski (2004, p. 68) a “Família é a instituição que funciona como a base do convívio social das pessoas” e prepara o ser humano para enfrentar o mundo exterior. É através desta que cada ser humano aprende a pensar, agir, reagir mediante condutas éticas, morais, religiosas e sociais que lhe são instituídas, construindo desta forma a sua personalidade, a sua forma de estar no meio em que se encontra inserido. É o órgão onde cada um de nós cresce, aprende e se transforma.

De acordo com o estudo de Inaba, Silva e Telles (2005) sobre a visão de familiares sobre a adequação da comunicação ao doente crítico pela equipa de enfermagem, concluíram que a hospitalização não deve excluir o doente do seu meio, da sua família, da sua rede de amigos, estes devem ser considerados pelos enfermeiros como uma continuidade do doente a quem prestam cuidados de forma a minimizar o desconforto, a ansiedade e insegurança, que é notória na UCI. Neste sentido, também Velez (2002) refere que quando um membro da família adoece, a família é a primeira unidade a estar implicada.

Também Severo e Perlini (2005, p. 25) no seu estudo reforçam esta ideia quando enfatizam que “A presença de alguém da família junto com o paciente durante a internação é uma fonte de segurança e apoio”.

Até porque Castro *et al.* (2011) no seu estudo de revisão sistemática de literatura, no qual foram incluídos onze estudos qualitativos, com o objetivo de descrever e analisá-los de modo a compreender o significado da experiência vivida face ao internamento da pessoa doente numa UCI concluíram que surgem sentimentos de insegurança e sofrimento e que a visita da família foi referida pela pessoa doente como fonte de apoio emocional.

A família deve ser considerada como importante na evolução da situação da pessoa doente, pois desempenha um papel fundamental ao dar apoio físico, emocional, social e económico. Também é verdade, que é a família que contribui para que a pessoa em situação crítica receba estímulos provenientes do exterior, pois como Lemos e Rossi (2002) enfatizam no seu estudo que teve como objetivo identificar os significados culturais atribuídos, pelos doentes e pelos seus familiares, ao período de hospitalização numa UCI, a pessoa em situação crítica sofre um processo de separação do mundo.

Também Maruiti, Galdeano e Farah (2008) realizaram um estudo com o objetivo de identificar a ocorrência de sintomas de ansiedade e/ou depressão em familiares de doentes internados numa UCI e concluíram que o suporte à satisfação das necessidades dos familiares, assim como o suporte emocional devem ser prioridade no plano dos enfermeiros de modo a prevenir a instalação desses sintomas.

Deste modo, os enfermeiros ao prestarem cuidados à pessoa em estado crítico, devem encarar a família como membro da equipa de saúde, pois tal como concluíram Marcon, Radovanovic, Waidman, Oliveira e Sales (2005) no seu estudo sobre a assistência às famílias que vivenciaram a situação crónica de saúde é praticamente impossível prestar cuidados eficientes, se o enfermeiro não tiver em conta pelo menos o contexto mais próximo do doente, que é a família a que pertence. Também é verdade, que devido ao estado crítico do doente, é com a família que se tomam as decisões sobre os cuidados e tratamentos, daí ser importante que esta seja envolvida, apoiada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar.

A família é a entidade que melhor conhece a pessoa em situação crítica, os seus hábitos, os seus costumes, as suas necessidades e os seus medos, constituindo-se desta forma um importante elo de ligação entre a pessoa doente e o enfermeiro. E como defende Parracho, Silva e Pisco (2005, p. 65) é “(...) através de uma boa comunicação e da relação de ajuda que o enfermeiro estabelece com o utente/família, que os cuidados de enfermagem são prestados com qualidade”.

Apesar do internamento, a pessoa em situação crítica continua a ser um elemento da família e há autores que preconizam que a relação de parceria enfermeiro/doente/família deverá ser pautada pelo dinamismo, disponibilidade e mudança de atitude, ao considerar a família um elemento da equipa multidisciplinar, ao incentiva-la a participar nos cuidados, estamos a envolvê-la num processo de interatividade com os profissionais e com os cuidados ao doente. Mas a realidade nem sempre é esta, pois muitas vezes, os familiares dos doentes internados em UCI's são excluídos da prestação de cuidados, uma vez que estão condicionados ao período de visita, que é sempre muito reduzido e limitado.

A relação família/enfermeiro é sem dúvida imprescindível para a qualidade dos cuidados prestados “(...) no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente e compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si próprio um valor terapêutico” (Collière, 1989, p. 152). Devemos combinar e adequar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, que vão permitir ajudar cada família na sua situação singular.

Os enfermeiros devem ter presente que “(...) bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas”, conforme preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 10) e é necessário cada um ter sensibilidade para lidar com essas diferenças.

O enfermeiro no exercício competente da sua profissão deve assumir cada desafio com maturidade e respeito pela individualidade, ou seja, promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, ou seja, os enfermeiros devem ser prestadores de cuidados e não meros executores de cuidados, nunca esquecendo o todo que compõe cada indivíduo. Para isso, é necessário uma aproximação do outro para conhecer e compreender aspetos específicos da sua caminhada, pois “O profissionalismo

está na capacidade de ir ao encontro do outro e de dar sentido a esse encontro e, depois, de fazer caminho com ele” (Hesbeen, 2000, p. 72).

De acordo com o que temos vindo a enfatizar, cada enfermeiro deve ser responsável pela humanização dos cuidados, dando “(...) atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 5).

Sendo assim, a presença e a atuação do enfermeiro é fundamental de modo a proporcionar apoio, esclarecimentos, companheirismo e ajuda emocional, minimizando as dificuldades de cada família. Esta ideia é corroborada por Waidman e Stefanelli (2005) quando dizem que é importante cada profissional adequar as suas intervenções às necessidades e particularidades da família e considera-la como uma parceira no cuidar.

O enfermeiro deve ter a sensibilidade de compreender os sentimentos e as necessidades de cada família, pois quer a pessoa em situação crítica, quer a sua família necessitam de uma atenção particular e única. As autoras Waidman e Stefanelli (2005, p. 120) ainda complementam esta ideia quando dizem que “(...) o profissional que vai trabalhar com a família tem de estar preparado para ouvi-la, aceitá-la e compreendê-la na sua singularidade e complexidade”.

O cuidar “(...) está ameaçado pela tecnologia, máquinas, tarefas administrativas...” (Watson, 2002, p. 54) e cuidar com qualidade implica associar aos conhecimentos científicos, as competências técnicas, disponibilidade, escuta ativa e criatividade. Assim, a arte do cuidar requer profissionalismo que envolva harmonia entre todos estes aspetos, e como refere Vila e Rossi (2002, p. 138) “O aspeto humano do cuidado de enfermagem, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implementado”.

Os autores Fontes e Ferreira (2009, p. 37) ainda salientam que cada profissional de saúde deverá ter a “(...) capacidade de se colocar no lugar do outro, viver o mundo atrás dos olhos dele e procurar sentir como ele sente”.

Nesta perspetiva Silva (2009, p. 48) também refere que é exigido ao enfermeiro “ (...) competências no saber lidar com pessoas humanas e simultaneamente sensibilidade para identificação de problemas e necessidades que afetam o bem-estar das famílias”.

A enfermagem da UCI deve enfatizar um cuidar holístico e como tal personalizado, respeitando o outro e a sua condição humana, pois como enfatiza Watson (2002, p. 29) “O

homem é mais do que apenas a soma das suas partes”, e o cuidar a família tem que ser incluído como uma condição necessária, pois para cuidar da pessoa em situação crítica como um todo, ou seja, como um ser bio-psico-sócio-culturo-espiritual, ou seja atender aos aspetos éticos, sociais, culturais, económicos, educacionais e espirituais, como refere Hesbeen (2000, p. 34) devemos “Ver uma folha em toda a sua clareza sem perder de vista a sua relação com a árvore”.

Cada indivíduo é um ser único que desempenha um papel exclusivo na dinâmica da unidade familiar e quando um membro dessa unidade familiar é afetado por uma situação de doença, todo o equilíbrio do sistema familiar vai sofrer alterações, acabando todos os membros por serem afetados. Os enfermeiros podem minimizar estes efeitos, quer no doente, quer na família, ao considerar como alvo de cuidados não apenas o doente e a família, mas abordá-los como um binómio.

Importa colocar-se no lugar do outro, valorizando a sua experiência como singular, ou seja, reconhecer que cada familiar tem o seu próprio modo de lidar com a situação. Para cada família, tudo é único, a sua história, o seu “mundo”, a forma como reage e interage com os outros, percecionando a situação de doença de forma individual.

A ideia de singularidade da família não pode ser ignorada, pois cada uma reage de forma diferente à doença e ao internamento na UCI. Esta ideia é corroborada por Hesbeen (2000, p. 27) quando afirma que:

A doença, qualquer que ela seja, não será vivida da mesma forma por cada pessoa, pois inscreve-se numa situação de vida única, animada por um desejo de viver também único. É que, por mais que a doença seja objetivada no corpo que se tem, ela não afeta, no fim de contas, senão o corpo que se é.

O significado de doença e o internamento na UCI para a família depende de vários fatores, tais como o modo individual de reagir, a sua personalidade, as vivências anteriores da mesma natureza, o ciclo de vida da família, o papel e o tempo de internamento do doente, o suporte religioso, os valores, as crenças e o contexto cultural.

Os valores relacionam-se com “aquilo que o indivíduo quer ou prefere” (Serra, 1999, p. 378), ou seja aos objetivos que cada um quer atingir. As crenças dizem respeito às

opiniões, às convicções isto é, “aquilo que o indivíduo pensa que é verdade, quer goste ou não” (Serra, 1999, p. 378), mas ambos são gerados no seio da família, sendo os valores influenciados pela cultura e as crenças determinadas pela dinâmica da interação entre os membros da família. A cultura pode ser considerada como um conjunto de princípios, que são herdados pelos membros de uma sociedade particular.

Deste modo, as necessidades de cuidados são diferentes de família, para família e cada enfermeiro deve estar desperto para estes aspetos e agir perante cada caso de forma personalizada.

A enfermeira norte-americana Nancy Molter, em 1979, publicou o primeiro estudo que abordou as necessidades da família no contexto da UCI e concluiu que as necessidades mais identificadas pela família foram receber informação adequada sobre o estado do doente, disponibilidade da equipa e partilha de sentimentos.

Também Millar (1989) realizou um estudo sobre o apoio prestado aos familiares dos doentes na UCI, em que um dos objetivos era identificar as necessidades dos familiares de um doente na UCI e com os resultados elaborou uma lista de necessidades, por ordem de importância:

- A necessidade de reduzir a ansiedade,
- A necessidade de informação,
- A necessidade de estar próximo do doente,
- Necessidade pessoais,
- A necessidade de apoio,
- A necessidade de ser útil.

Como podemos observar, a informação é uma necessidade dominante, devendo a família ser informada quer do funcionamento das dinâmicas da unidade, quer sobre as condições de saúde da pessoa em situação crítica, de uma forma clara, objetiva e realista. Esta ideia, também, foi verificada no estudo realizado por Waidman e Elsen (2004, p. 152), através da análise de dezassete publicações sobre a família cujo objetivo era analisar e discutir a produção do conhecimento da família à luz do processo de globalização e das necessidades

humanas individuais, que enfatizam que o enfermeiro “deverá oferecer à família as informações de que ela precisa para satisfazer a sua necessidade daquele momento”.

Deste modo, Inaba *et al.* (2005, p. 425) referem que a família “(...) precisa de suporte nas suas necessidades físicas e emocionais, como uma conversa esclarecedora, uma cadeira extra (...) um cafezinho no momento mais crítico”.

O que acontece a um elemento da família, com particular importância quando é doente crítico irá repercutir-se na vida dos restantes membros da família, pois todos os elementos acabam por sofrer uma sobrecarga emocional, física e financeira havendo necessidade de reajustamento de papéis ocupados por cada um.

Ainda Freitas, Kimura e Ferreira (2007) no seu estudo procuraram analisar comparativamente as necessidades de familiares de doentes adultos, internados em UCI's de hospital público e privado, em relação ao seu grau de importância e satisfação e constataram que as necessidades identificadas como mais importantes para os familiares foram: de informação, segurança e proximidade, e as de menor importância foram as relativas ao suporte e ao conforto.

Os familiares dos doentes internados na UCI vivem uma situação stressante, podem perder o equilíbrio e desenvolver uma crise. Entende-se a crise familiar como um:

Desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 47).

Apesar de cada família procurar reorganizar-se é importante a atenção e as intervenções da equipa multiprofissional, que devem ser apropriadas às características individuais de cada família, de modo a identificar as suas necessidades concretas no ambiente dos cuidados intensivos.

Segundo Hesbeen (2000, p. 100), a arte do cuidar é sutil, pois consiste em “(...) adequar conhecimentos estabelecidos em geral, a uma pessoa em particular, na sua situação singular”, ou seja, procura-se ajustar os saberes gerais à situação de vida de uma única família e isto é que traduz a complexidade, mas também a grandeza da prática dos cuidados. O modo como cada família experiêcia o internamento do seu familiar/pessoa em situação crítica pode revelar aspetos importantes que contribuem para a maximização da qualidade dos cuidados prestados.

Os autores Pinho e Kantorski (2004, p. 72) no seu estudo cuja proposta era conhecer a realidade familiar e a sua dinâmica diante da hospitalização de um doente na unidade de emergência verificaram que o sofrimento destabiliza a família e “(...) acentua o processo de desestruturação da família”.

O mundo evoluiu rapidamente exigindo dos seres humanos um esforço de adaptação constante. Como temos vindo a referir, as perturbações causadas pela doença crítica e pelo internamento na UCI vão influenciar a dinâmica familiar, ou seja, implicar na família mudanças e conseqüentemente a necessidade de adaptação.

O Modelo de Adaptação de Roy foi apresentado em 1970, mas tem vindo a ser aperfeiçoado. Segundo esta autora, a adaptação refere-se ao “processo e resultado através do qual as pessoas pensantes e sensíveis, enquanto indivíduos ou em grupos, utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana e ambiental” (Tomey & Alligood, 2004, p. 307). Neste Modelo, o *coping* e a adaptação são vistos como sinónimos, no qual optamos pela utilização do termo adaptação.

Também segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2 (Ordem dos Enfermeiros, 2011) o termo adaptação está relacionado com a gestão de novas situações.

Os conceitos do Modelo de Adaptação de Roy são aplicáveis à doença crítica e ao ambiente da UCI, em que a pessoa, ou seja, a pessoa em situação crítica e a sua família, é vista como em interação constante com os estímulos externos e internos. Neste Modelo, as pessoas são vistas como seres adaptativos, o ambiente e a doença crítica são os estímulos externos e internos, a saúde é o processo de tornar-se capaz de preencher as metas de sobrevivência e a meta de enfermagem é promover as respostas adaptativas, até porque “O

homem é um ser adaptável, e sendo o homem um ser adaptável, ele tem um nível de adaptação. E o nível de adaptação é em função da interação entre os mecanismos de adaptação e o ambiente” (George, 2000, p. 222).

Esta autora defende uma visão da pessoa numa perspectiva tridimensional, onde o corpo, mente e espírito são inseparáveis e enfatiza que a adaptação é a resposta positiva à situação que cada uma está a enfrentar. Como já referido, a pessoa é vista como um ser com mecanismos adaptativos inatos e adquiridos, que lhe permitem adaptar-se às mudanças ocorridas, provocadas pela doença crítica e internamento da UCI.

A necessidade adaptativa da família é imperiosa, não só ao ambiente da UCI, mas também na reorganização das tarefas familiares que se tornam mais difíceis e stressantes quando a pessoa em situação crítica tem vários papéis.

A família numa situação de stresse, pode desencadear respostas positivas ou negativas pelo que cabe ao enfermeiro atuar para diminuir as respostas negativas, ou seja ajudar a família a encontrar estratégias de adaptação. Também é de salientar que essa resposta difere de pessoa para pessoa e como tal, requer do enfermeiro conhecimentos, dedicação, criatividade e habilidades de modo a que as suas intervenções visem a obtenção de respostas positivas que contribuam para promover a adaptação de cada família, na sua singularidade.

Por outro lado, não é só a família que se tem que adaptar, o próprio enfermeiro também passa por este processo. Cada enfermeiro tem de aprender a entrar no mundo de cada familiar, adaptando a sua linguagem, estilo e experiências às pessoas com quem está a lidar, respeitando as reais necessidades dessa família de acordo com o seu contexto social.

Segundo Roy (1991 como citado em Hesbeen, 2000, p. 52) ser enfermeiro de cuidados intensivos é sinal de qualidades específicas, pois “(...) o seu trabalho exige aptidões intelectuais e afetivas especiais”.

Neste capítulo focamos a pessoa em situação crítica, a realidade da UCI e aspetos relacionados com o cuidar de cada família na sua singularidade neste contexto.

CAPÍTULO 2

PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia assenta na planificação da investigação, ou seja na definição dos meios de modo a obter respostas às questões de investigação. É imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa, pois permite delinear todas as etapas do estudo a realizar, que conduzem aos resultados, tal como Fortain (2009, p. 53) afirma “O investigador determina num desenho a maneira de proceder para realizar a investigação”.

Neste capítulo vamos proceder à apresentação do percurso metodológico que norteou este estudo, desde a problemática e objetivos, tipo de estudo, o contexto e os participantes, assim como as estratégias de colheita de dados, o procedimento de análise dos mesmos e as considerações éticas.

1 — Da Problemática aos Objetivos do Estudo

A exigência do homem conduz a um novo olhar para a assistência em saúde, dando lugar à visão da singularidade que contempla o indivíduo como ser único, inserido num contexto familiar e social que permite que ele e a sua família em situação de doença apresentem características próprias. Como tem vindo a ser referido, a presença da família no ambiente da UCI deve ser valorizada, pois promove a manutenção de afetividade e a recuperação da saúde da pessoa em situação crítica. Mas para que a família possa manter/recuperar o equilíbrio necessita de uma intervenção personalizada por parte dos enfermeiros.

Assim, o tema que nos propomos estudar prende-se com as **vivências da família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos**.

O interesse por esta problemática foi despoletada pela realização do estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica II – Cuidados Intensivos/Intermédios, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e que se realizou numa UCI, onde constatamos que não são apenas as pessoas em situação crítica que requerem cuidados, mas também a sua família pelo visível desgaste que vai apresentando a cada dia de internamento. É algo que nos preocupa enquanto enfermeiros, uma vez que a família muitas vezes não é incluída na nossa intervenção pelo que nos sensibilizou a exploração desta temática de modo a obter uma melhor compreensão da mesma.

Na formulação desta problemática atenderam-se aos aspetos preconizados por Marconi e Lakatos (2003) caracterizando-a como específica, clara, concisa e bem determinada para simplificar e facilitar a forma de conduzir a investigação.

Com este estudo pretendemos compreender as vivências da família da pessoa em situação crítica em contexto de uma UCI e, de forma mais específica identificar os **sentimentos da família** da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos, perceber as **necessidades da família** da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos e identificar as **estratégias de adaptação mobilizadas pela família** da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos.

Face à temática e aos objetivos deste estudo, delineamos o nosso percurso metodológico que passamos a apresentar.

2 — Tipo de Estudo

Este estudo insere-se no paradigma qualitativo e tem um caráter descritivo com características fenomenológicas visando a compreensão da experiência vivida pelo sujeito, neste caso pela família da pessoa em situação crítica, num determinado meio.

Na investigação qualitativa, as questões de investigação interessam-se pelo vivido, sendo o objetivo do investigador descobrir, explorar, descrever e compreender os fenômenos segundo a opinião dos participantes.

Cada realidade tem um caráter único e baseia-se na percepção de cada indivíduo, na sua experiência de vida e muda com o tempo, sendo crucial a compreensão do comportamento humano, em que “Os factos e os princípios são determinados pelos contextos históricos e culturais; existem várias realidades” (Fortin, 2009, p. 31), isto é, a experiência de um participante difere da experiência de um outro e depende do momento em que este se encontra.

Deste modo, a abordagem qualitativa baseia-se na perspetiva naturalista, associando-se a uma conceção holística que orienta todo o processo da investigação.

Os fenômenos são únicos e imprevisíveis em que a base do saber é a descoberta, isto é, construir uma nova realidade mediante a opinião dos participantes, ou seja, dos familiares envolvidos neste estudo. Também é essencialmente indutiva, pois através de aspetos particulares é estabelecida uma conclusão geral.

E sendo uma investigação descritiva com características fenomenológicas procuramos descobrir novos conhecimentos, descrever e determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa determinada população e estudar o significado de experiências particulares tais como são vividas e descritas pelas participantes, em que cada um tem uma realidade própria e tenta-se “compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para pessoas vulgares, em situações particulares” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 53).

3 — O Contexto e os Participantes do Estudo

Neste ponto, referimos aspetos relativos à seleção e caracterização do contexto e dos participantes que passamos a apresentar.

3.1 — O Contexto

O local selecionado para realizar o estudo foi uma UCI de um hospital da Zona Norte. A preferência por este local prendeu-se com dois aspetos. Um, por ser um contexto onde se atendem pessoas em situação crítica e outro por se situar próximo do nosso local de trabalho, facilitando o acesso e a colheita de dados.

Segundo a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, a UCI da instituição onde realizamos este estudo é uma unidade Nível II, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar, pois:

Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, ...), pelo que se deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior (Ministério da Saúde , 2003, p. 8).

É um serviço polivalente, constituído por oito unidades abertas, vocacionado para a prestação de cuidados a doentes em estado crítico, com a ajuda de meios físicos, humanos e técnicos adequados. Em termos arquitetónicos apresenta uma configuração em forma de “L” com duas alas, cuja finalidade é promover a vigilância contínua e prestação adequada dos cuidados às pessoas em situação crítica e à sua família facilitando o trabalho da equipa multidisciplinar e possibilitando o bom funcionamento.

A equipa de saúde é constituída por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, que se encontram continuamente em presença física no serviço, com um rácio de três médicos no turno da manhã (8h às 14h), dois no turno da tarde (14h às 20h) e um no turno da noite

(20h às 8h); um rácio de cinco enfermeiros no turno da manhã (8h às 16h), quatro no turno da tarde (15h30 às 23h30), assim como no turno da noite (23h às 8h30); os assistentes operacionais praticam o mesmo horário da equipa de enfermagem, estando três no turno da manhã e uma nos turnos da tarde e da noite. Sempre que necessário, esta equipa é apoiada por outras especialidades, embora não sejam exclusivas da unidade.

A equipa de enfermagem é heterogénea, composta por vinte e cinco elementos, cinco dos quais especialistas (três em enfermagem médico-cirúrgica, um em enfermagem de reabilitação e outro em saúde mental e psiquiátrica) e um enfermeiro chefe (com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica).

Nesta unidade vigora a metodologia individual de trabalho, num rácio máximo de um enfermeiro para dois doentes críticos.

No que diz respeito à dinâmica e funcionamento do serviço, gostaríamos de realçar os aspetos referentes ao período de visita. Nesta unidade o horário de visita é das quinze às dezanove horas, diariamente, num período máximo de permanência de cinco minutos cada pessoa, sendo permitida a entrada máxima de dois familiares por doente separadamente. Ou seja, cada doente só pode receber no máximo duas visitas, num total de dez minutos. Por outro lado, em simultâneo, só pode estar uma visita de cada ala, isto é, em toda a unidade só podem estar duas visitas de cada vez. À entrada do serviço, existe um espaço com cadeirões comum a outros serviços da instituição, para os familiares aguardarem a entrada na UCI.¹

3.2 — Os Participantes do Estudo

Os sujeitos desta investigação definiram a população do estudo e foram escolhidos intencionalmente, uma vez que são “(...) um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns” (Fortin, 2009, p. 69).

A seleção dos participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Falar português;

¹ Informação retirada do Manual de Integração de Enfermagem da UCI onde foi realizado o nosso estudo.

- ✓ Familiar e pessoa em situação crítica adultos;
- ✓ Familiar de pessoa em situação crítica com primeiro internamento na UCI e
- ✓ Já ter visitado a pessoa em situação crítica pelo menos duas vezes em dias diferentes.

O número de participantes que incluiu o estudo não foi estabelecido previamente, foi determinado pelo critério de saturação de dados, em que “(...) o juntar de novos dados já não serve para melhorar a compreensão que se tem de um fenómeno” (Savoie-Zajc, 2003, p. 290).

3.2.1 — *Caraterização dos participantes*

Os participantes foram caraterizados segundo o sexo, idade, parentesco com a pessoa em situação crítica, profissão/situação profissional e habilitações literárias.

Quadro 1 – Caraterização sociodemográfica dos participantes

Identificação	Sexo	Idade	Parentesco	Profissão/Situação Profissional	Habilitações Literárias
Família 1 (F1)	F	58	Esposa	Assistente de Consultório	12.º Ano
Família 2 (F2)	M	45	Marido	Encarregado de Construção Civil	12.º Ano
Família 3 (F3)	F	39	Filha	Auxiliar de Ação Educativa	12.º Ano
Família 4 (F4)	F	63	Esposa	Reformada por invalidez	12.º Ano
Família 5 (F5)	F	58	Esposa	Doméstica	4.ª Classe
Família 6 (F6)	F	73	Esposa	Reformada	4.ª Classe

Como se pode verificar no **Quadro 1**, participaram no estudo seis familiares, sendo a idade mínima 39 e a máxima 73 anos, em que o valor médio (em anos) é de 56. A maioria dos familiares era do sexo feminino, tendo o grau de parentesco de esposa representado quatro do total dos participantes. Relativamente à profissão/situação profissional é variada, com dois familiares em situação de reforma. Em relação ao grau de escolaridade, destaca-se que quatro familiares possuíam o 12.º ano.

4 — Estratégia de Colheita de Dados

De acordo com as características deste estudo, a estratégia de colheita de dados selecionada foi a entrevista semiestruturada, que se define como “(...) um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação” (Fortin, 2009, p. 375).

A entrevista semiestruturada constitui um método de colheita de dados exigente, mas enriquecedor para as pessoas envolvidas e adequa-se a casos em que se tenciona que alguém, neste caso a família da pessoa em situação crítica, exprima os seus sentimentos livremente em função dos objetivos do estudo e é a mais frequentemente utilizada.

Este método permite obter informações particulares sobre um acontecimento, ou seja, vivências experienciadas por cada familiar e de acordo com Savoie-Zajc (2003, p. 282) é:

Uma interação verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objetivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os termos gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo.

Segundo Savoie-Zajc (2003) a entrevista semiestruturada tem como objetivos a descoberta, a compreensão, a aprendizagem e a emancipação, ou seja visa tornar claro o universo do outro revelando os seus pensamentos e sentimentos levando o investigador a compreender o seu mundo. Este, além de aprender acerca do mundo do respondente, também aprende a organizar e estruturar o seu pensamento permitindo uma exploração aprofundada do tema em causa.

Para o efeito foi elaborado um guião da entrevista (**Apêndice A**), ou seja, um instrumento leve e flexível que, de acordo com Savoie-Zajc (2003) serve de auxiliar de memória para o investigador, de modo a orientar o desenrolar das entrevistas e assegurar que os temas previstos foram abordados. Atendendo ao que a maioria dos autores preconiza, o guião da entrevista foi elaborado sobretudo com questões abertas que tiveram como referência os

objetivos delineados para o estudo. Este foi submetido a um pré-teste, que nos serviu de treino para a condução das entrevistas propriamente ditas e permitiu-nos validar a adequabilidade das questões, não sendo necessário alterações, mantendo-se a versão inicial.

Antes de iniciar a colheita de dados, foi efetuado um contato prévio com o enfermeiro chefe da UCI em causa, com o objetivo de explicitar a proposta desta investigação, negociando o período e o local para abordar os participantes, assim como o nosso compromisso em divulgar os resultados junto dos profissionais do referido serviço.

Os participantes foram convidados a integrar o estudo, após terem realizado a visita à pessoa em situação crítica.

A colheita de dados foi realizada durante o mês de Junho de 2012, num total de seis entrevistas, numa sala do serviço que permitia um clima de confiança, privacidade e após o término de cada entrevista, foram completadas com notas e reflexões que emergiram ao longo da mesma.

5 — Procedimento de Análise de Dados

Após a colheita de dados, que constitui o núcleo central da pesquisa, procedemos à análise dos mesmos a fim de obter respostas às nossas indagações.

As entrevistas foram transcritas integralmente, tendo o cuidado de manter e respeitar as palavras dos participantes do estudo. Isto é, segundo Savoie-Zajc (2003) foi efetuada uma transcrição *verbatim*, ou seja palavra a palavra constituindo o *corpus* de análise.

Uma vez que se trata de uma abordagem qualitativa, os dados foram analisados e interpretados à medida que foram recolhidos, o que permitiu determinar a necessidade ou não de formular novas questões.

A análise de conteúdo foi efetuada segundo Laurence Bardin (2011, p. 44) que a define como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

O método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2011) é constituído por quatro etapas: a organização da análise, a codificação, a categorização e a inferência. A **organização da análise** subdivide-se em três polos de ordem cronológica, em que o primeiro consiste na pré-análise, seguindo para uma exploração do material e conclui-se com o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos mesmos. A **codificação** “corresponde a uma transformação (...) que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão; suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto” (Bardin, 2011, p. 129). Ou seja, nesta fase escolhem-se as unidades, as regras de contagem e as categorias. Segue-se a **categorização** que é a fase mais problemática desta técnica, mas ao mesmo tempo a mais criativa, permitindo gerar “(...) gavetas conceituais criadas da revisão de dados, por comparação de uma unidade com relação às unidades que a precederam” (Sampieri, Collado, & Pilar, 2006, p. 407) com os critérios previamente definidos. Na elaboração das categorias foram respeitados os seis princípios de qualidade que Bardin (2011) preconiza: a exclusão mútua que estipula que cada elemento não pode constar em mais de uma categoria; a homogeneidade que implica

que seja sempre usado o mesmo critério de classificação; a pertinência, ou seja a categoria deverá estar adaptada ao material e objetivos da investigação; a objetividade e a fidelidade, isto é, as categorias devem traduzir o verdadeiro sentido dos dados e serem definidas da mesma forma por analistas diferentes; e por último, mas não menos importante, a produtividade que oferece a possibilidade de resultados férteis em dados concretos, conclusões novas e em índices de inferências. A quarta etapa corresponde à **inferência** em que se procura “... realizar uma análise de conteúdo sobre a análise de conteúdo” (Bardin, 2011, p. 167) e uma palavra citada uma vez tem a mesma importância que outra citada várias vezes.

Da análise efetuada resultou um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias, expressas num quadro onde constam também as respetivas unidades de registo (**Apêndice B**).

6 — Considerações Éticas

Neste estudo seguiram-se alguns procedimentos, no sentido de atender aos princípios éticos inerentes à investigação que envolva seres humanos, como é o caso, levanta questões de ordem moral e ética. Neste sentido, atenderam-se aos sete princípios fundamentais aplicáveis aos seres humanos baseados no respeito pela dignidade humana que entre outros, também Fortain (2009) preconiza e são: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Previamente foi formalizado um pedido de autorização ao Conselho de Administração para a realização deste estudo de investigação, precisando o tema, os objetivos do estudo, o método de colheita de dados e a natureza da participação dos sujeitos, no qual foi obtida resposta favorável (**Anexo I**).

Foram respeitados os direitos dos participantes de modo a não provocar danos na integridade de cada um e a participação foi voluntária, como é exigido a qualquer investigação, uma vez que “A investigação levanta sempre o problema da responsabilidade do investigador a respeito da proteção dos direitos da pessoa” (Fortin, 2009, p. 186).

Para o efeito, ainda foi elaborado o termo de consentimento informado (**Apêndice C**) conforme os princípios fundamentais da ética em pesquisa, de modo a assegurar que cada participante obtivesse “(...) toda a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem aquilo em que se envolve” (Fortin, 2009, p. 186). Ainda esclarecemos cada participante, sobre o direito de não aceitar ou de desistir da investigação a qualquer momento sem que houvesse qualquer prejuízo para este e/ou para a pessoa em situação crítica.

Na realização das entrevistas solicitou-se autorização para o uso de um gravador como recurso com prévia autorização de todos os participantes, que será destruído o conteúdo após o término deste estudo. Ainda, de forma a manter a confidencialidade as entrevistas foram codificadas (F1 a F6).

CAPÍTULO 3

AS VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo pretendemos apresentar e analisar os dados obtidos. A descrição e análise dos dados percorrerão cada área temática em separado com referência às respectivas categorias e subcategorias.

De modo a facilitar a apresentação dos dados elaboramos um quadro resumo (**Quadro 2**) que evidência a perspetiva global das três áreas temáticas e respetivas categorias, subcategorias.

Quadro 2 – Vivências da família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos - áreas temáticas, categorias, subcategorias e número de unidades de registo

ÁREAS TEMÁTICAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	
Sentimentos expressos pela família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos	Ansiedade		4	
	Medo		3	
	Preocupação em relação ao futuro		5	
	Resignação		1	
	Saudade		1	
	Sufrimento		9	
	Solidão		2	
	Tristeza		4	
	Esperança		2	
	Paz		1	
Necessidades da família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos	Informação relativa ao processo de doença		15	
	Confiança/disponibilidade da equipa		9	
	Partilha de sentimentos		3	
	Estar presente		5	
	Relacionadas com os cuidados		4	
	Relacionadas com o espaço físico	Espaço arquitetónico		1
		Impacto dos recursos tecnológicos		5
		Privacidade		1
	Recurso financeiro		1	
	Procedimentos relativos à visita familiar	Tempo		7
Horário adequado			5	
Alargamento do número de visitas			2	
Estratégias de adaptação mobilizadas pela família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos	Recursos Externos	Família	11	
		Terapêutica	2	
		Trabalho	4	
	Recursos Internos	Choro	3	
		Fé	6	
		Leitura	1	
		Estar à beira mar	2	
		Trabalhos manuais	1	

Sentimentos Expressos pela Família da Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Cuidados Intensivos

Dos discursos dos entrevistados emergiram um conjunto de sentimentos positivos e negativos, sendo que os positivos foram a esperança e a paz e os negativos a ansiedade, o medo, a preocupação em relação ao futuro, a resignação, a saudade, o sofrimento, a solidão e a tristeza (Figura 1).

Figura 1 – Sentimentos expressos pela família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos



A **ansiedade** foi expressa por três dos entrevistados, através do stresse associado à experiência da situação crítica, conforme se pode observar nas seguintes transcrições:

“Nem conseguia falar com ela (pausa)... estava tão nervoso.” (F2);

“... entrei em pânico... e ontem também eu tive de ir ao médico com a tensão alta e a pulsação a cento e vinte.” (F5);

“Às vezes fico muito tensa, muito nervosa...” (F6).

O **medo** surge pela incerteza em relação ao estado de saúde da pessoa em situação crítica e como receio de causar dano por falta de conhecimentos, sendo referido por dois participantes, como se pode observar nas seguintes expressões:

“Pensava que ela não ia melhorar... (voz trémula)” (F2);

“... como iria ser se ela não melhorasse.” (F2);

“Não toco mais, pois tenho medo de fazer mal.” (F5).

Quatro entrevistados apontam a **preocupação em relação ao futuro** relacionada com o cuidar da pessoa em situação crítica após a saída do serviço, o medo de morte e perda de um dos conjugues, como é visível nas seguintes afirmações:

“Não sei mesmo o que fazer (...) não sei como vou fazer para trabalhar... não sei como é que vou fazer...” (F1);

“Ela vai precisar mais de mim quando sair daqui, pois aqui cuidam dela, mas depois (pausa).” (F2);

“Não sei como vai ser ver a minha mãe sem o meu pai... a vida vai ser muito complicada.” (F3).

Um entrevistado expressa o sentimento de **resignação**, referindo o seguinte:

“... temos de aceitar com tranquilidade, mas não é fácil, não é (...) ver as coisas por esta perspetiva, acho que me tem ajudado um bocado a entender e a aguentar, aguentar.” (F1).

A **saudade** foi proferida por um entrevistado, expressando a vontade de cozinhar para a pessoa em situação crítica:

“... tenho saudades de lhe fazer de comer.” (F6).

O **sofrimento** aparece verbalizado por cinco entrevistados, mas é o sentimento com maior número de unidades de registo desta área temática e está associado ao estado da pessoa em situação crítica e ao próprio ambiente da UCI, bem evidente nas seguintes transcrições:

“Ele estava muito agitado e eu não quero mais vê-lo assim, nunca mais quero vê-lo assim. Estava num sofrimento medonho (...) Isso custou-me muito. (F1);

“No início, achava que ela não ia aguentar... foi um choque (...) sofri muito com tudo isto e ainda sofro.” (F2);

“É muito duro... olhar para ele assim é uma dor muito forte.” (F3);

“... cada vez custa-me mais entrar aqui e ver o meu marido ali (...) sinto muita angústia, foi a primeira vez sabe e depois se ele estivesse doente, mas foi de repente.” (F6).

O sentimento **solidão** associado à falta da presença do companheiro foi referido por dois dos entrevistados da seguinte forma:

“Ele foi meu companheiro durante quarente e três anos, pai dos nossos filhos... e sinto muito a falta dele, sinto-me desamparada (choro).” (F4);

“À noite estou sozinha, falta-me o meu companheiro e penso em tudo (...) custa-me muito estar sozinha.” (F6).

Na continuidade dos discursos surgiu a **tristeza**, na opinião de quatro participantes, podendo observar-se as seguintes transcrições:

“Os meus filhos... se me vissem triste, ficavam pior.” (F2);

“Eu penso que não vai conseguir... é a minha companhia e se perco esta companhia perco tudo (choro).” (F5);

“Eu sinto uma tristeza..” (F6).

Um dos entrevistados refere-se à **esperança** associada à cura da pessoa em situação crítica e saída da UCI, conforme se pode observar no seguinte excerto:

“A gente espera que ele saia daqui, que vá para enfermaria...” (F1);

“Vamos lá, a Santiago de Compostela todos (choro)... com ele claro, com ele saudável (...) é uma questão de tempo.” (F1).

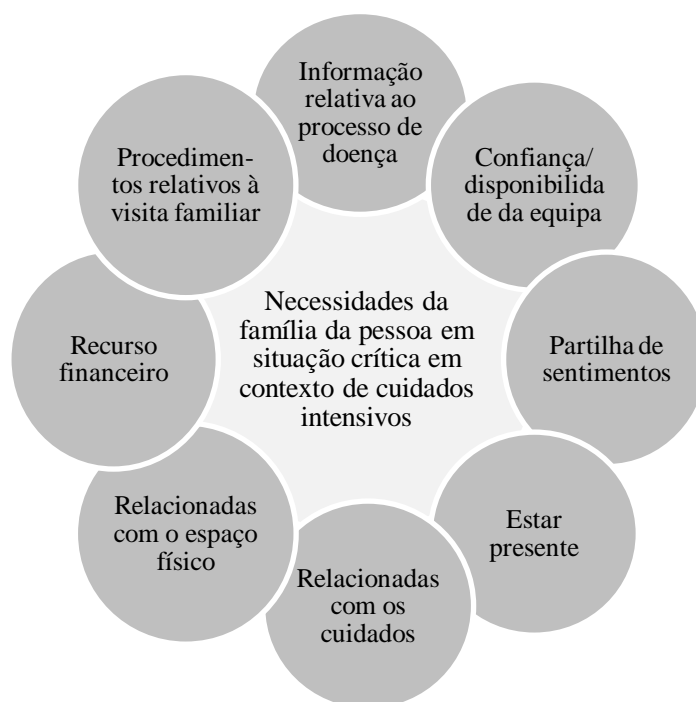
A **paz** aparece relacionada com o perdão por parte do familiar, devido ao sofrimento passado que a pessoa em situação crítica provocou na família e também é proferida por um participante, como se pode confirmar na seguinte afirmação:

“Fico mais tranquila (...) eu já lhe disse ontem que se ele sentia que tinha que me pedir perdão do mal que me fez a mim e à minha família que o perdoava... não guardava rancor nenhum, podia ficar descansado, pois já lhe tinha perdoado... e assim fiquei em paz.” (F4).

Necessidades da Família da Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Cuidados Intensivos

Os discursos proferidos permitiram-nos identificar um conjunto de necessidades da família da pessoa em situação crítica que agrupamos nas seguintes categorias - informação relativa ao processo de doença, confiança/disponibilidade da equipa, partilha de sentimentos, estar presente, relacionadas com os cuidados, relacionadas com o espaço físico, recurso financeiro e procedimentos relativos à visita familiar (**Figura 2**).

Figura 2 – Necessidades da família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos



De salientar que todos os entrevistados apontam a **informação relativa ao processo de doença** como uma necessidade, sendo a que contempla o maior número de referências, no entanto é de salientar que embora a considerem adequada não é muitas vezes partilhada no momento certo, como podemos constatar pelas afirmações que se seguem:

“Não me avisaram das alterações do estado de saúde do meu marido, mas é uma coisa que gostava que me dissessem. Eu pergunto à funcionária, mas ela nunca me quer dizer.”

(F1);

“Fui sozinho com a funcionária e foi um choque... nunca pensei que a ia encontrar assim...” (F2);

“O médico foi muito explícito e sincero... todos os dias temos falado com o médico e vamos dizendo o estado dele.” (F3);

“Eu entrei, a senhora auxiliar levou-me ao local e depois dirigiram-se a mim, mas não sei se era enfermeiro ou doutor...foram ter comigo lá e entregaram-me um folheto com o número de telefone, com horários... explicaram-me que tinha soro, comida... não tenho dúvidas.” (F6).

É de salientar que todos os entrevistados referem a **confiança/disponibilidade da equipa**, considerando estes sinceros, simpáticos, eficientes, transmitindo segurança conforme podemos confirmar nos seguintes excertos:

“Eles para mim têm sido todos impecáveis... todas têm sido muito simpáticas. Sinto-me completamente confiante e acho que ele está bem acompanhado (...) tenho falado todos os dias com médicos e enfermeiros.” (F1);

“Foram muito sinceros e eu agradeço-lhes por isso... por mais que custe não andamos aqui enganados.” (F3);

“Quando alarmam... aparece logo alguém.” (F4);

“O que vale é que as pessoas que aqui trabalham têm sido impecáveis... desde o primeiro dia que entrei aqui vi tanta amabilidade, tanta simpatia para o meu marido que confio na equipa a cem por cento.” (F6).

A **partilha de sentimentos** foi apontada por três entrevistados com a finalidade de obter atenção e calma, como podemos observar nas seguintes afirmações:

“Eu até preciso muito de falar sobre isto... eu sinto necessidade de conversar sobre tudo isto.” (F4);

“Não, está tudo... até me sinto mais calma.” (F5);

“Faz-me bem desabafar (...) fez-me bem este bocadinho.” (F6).

O **estar presente** na situação de doença do seu familiar, apesar de difícil e mesmo que seja apenas para observar o doente ou para ficar à porta, surgiu da resposta de cinco participantes, que verbalizaram o seguinte:

“Tenho que vir, tenho que vir para me sentir melhor... só o poder olhar para ele já me satisfaz.” (F3);

“Eu venho cá, porque quero vê-lo todos os dias (...) prometi a mim mesma que nunca o deixava até à morte.” (F4);

“Não fico bem em casa... tenho que vir... mesmo que não entre venho.” (F5).

Três dos participantes focaram necessidades **relacionadas com os cuidados** o que reflete a importância que atribuem aos mesmos, conforme podemos analisar através das seguintes expressões:

“Se não houvesse um sítio destes, ele já tinha morrido (...) estes cuidados intensivos estão melhores do que em alguns hospitais.” (F1);

“Eu acho que o meu pai está bem tratado aqui. Não tenho razões de queixa do que quer que seja.” (F3);

“Eu penso que aqui, tirando as instalações, existe boa assistência e bom equipamento.” (F4).

As necessidades **relacionadas com o espaço físico** centraram-se em três subcategorias - *espaço arquitetónico, impacto dos recursos tecnológicos e privacidade*.

O *espaço arquitetónico* surgiu da resposta de um participante que o caracterizou de pequeno, como que é visível no seguinte excerto:

“Só não gosto da entrada, pois acho-a muito pequena para o movimento que tem. As pessoas que entram e as que saem têm de passar umas pelas outras.” (F6).

É de salientar que dos seis entrevistados, cinco referem o *impacto dos recursos tecnológicos* como agressivo e assustador, assim como se pode observar nas seguintes transcrições:

“Aquilo é monstruoso...” (F1);

“Eram só aparelhos e máquinas de volta dela... não parecia ela.” (F2);

“Os aparelhos incomodam um bocadinho, é muita coisa.” (F3);

“A gente chega aqui e vê aqueles aparelhos...” (F6).

A *privacidade* foi referida por um entrevistado, comparando o ambiente com outras instituições referindo o seguinte:

“*Estes cuidados intensivos, até estão bem isolados, estão melhores do que em alguns hospitais... eu ali, só realmente vou ver o meu marido, só estou incomodada com ele.*” (F1).

Um entrevistado refere-se aos **recursos financeiros** como uma necessidade, expressando-se da seguinte forma:

“*Como a situação de acompanhamento familiar não é remunerada eu não estava nada interessada em não estar a ganhar, pois a gente já ganha tão pouco e precisávamos de dinheiro.*” (F1).

Nos **procedimentos relativos à visita familiar** encontramos três subcategorias - *tempo, horário adequado e alargamento do número de visitantes*.

O *tempo* de visita familiar foi considerado por vários participantes, sendo que três consideraram-no adequado, uma vez que os profissionais facilitam permitindo a presença da família além dos cinco minutos, dependendo da situação da pessoa em situação crítica. E quatro referem-no inadequado, ou seja pouco. Mas, é de salientar que dois dos participantes, F2 e F6, consideram-no em simultâneo adequado e inadequado, o que nos parece estar relacionado com o facto de os profissionais facilitarem, como se pode observar pelas seguintes afirmações:

“*Depende também da situação do doente.*” (F1);

“*As pessoas aqui facilitam, eu nunca fiquei só cinco minutos.*” (F2);

“*... para quem vem é pouco.*” (F2);

“*O tempo também é pouquinho, pois cinco minutos não dão para nada.*” (F6);

“*Mas às vezes deixam estar mais um bocado.*” (F6).

Dos seis entrevistados, cinco referem o *horário* como *adequado*, pois dá para visitar a pessoa em situação crítica no final do trabalho, como podemos confirmar pelas seguintes transcrições:

“*Eu acho suficiente... mesmo que esteja a trabalhar, se conseguir sair mais cedo um bocadinho, ainda consigo entrar.*” (F1);

“*É bom e agora que estou a trabalhar dá para vir no fim do trabalho.*” (F2);

“O período é bom.” (F6).

Dois dos entrevistados sugerem o *alargamento do número de visitantes* para três, de modo a outros familiares, incluindo irmão e amigos, poderem visitar a pessoa em situação crítica como podemos observar nos seguintes excertos:

“Se pudessem entrar três pessoas era melhor...” (F5);

“Eu tenho duas filhas e só pode vir um dia cada uma... se fossem três, poderia vir um irmão, um amigo.” (F6).

Estratégias de Adaptação Mobilizadas pela Família da Pessoa em Situação em Contexto de Cuidados Intensivos

A análise dos dados permitiu enquadrar as estratégias de adaptação da família da pessoa em situação crítica em duas categorias - recursos externos e recursos internos (**Figura 3**).

Figura 3 – Estratégias de adaptação mobilizadas pela família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos



Relativamente aos **recursos externos** surgiram três subcategorias - *família, terapêutica e trabalho*.

De salientar que todos os entrevistados referem a *família* como um apoio, e expressam-se da seguinte forma:

“*Os meus amigos é que me ajudaram muito... e a minha família ajudou-me muito a cuidar dos meus filhos.*” (F2);

“*Nós temos seis filhos e sete netos e acabamos por nos ajudar uns aos outros...*” (F4);

“*Eu tenho dois filhos, um está na Suíça e outro está cá, mora perto e dá-me apoio... tem ido dormir sempre lá a casa para eu não ir a baixo... ele diz que quer estar comigo e quer ajudar-me a atravessar esta fase...*” (F5);

“*Conversar com as minhas filhas, com as minhas amigas, com os meus irmãos, os meus cunhados... tenho uma família grande e amigos que estão sempre a telefonar e conversam muito comigo.*” (F6).

A *terapêutica* é referida por dois entrevistados como recurso para dormir e acalmar, como podemos confirmar pelas seguintes afirmações:

“*... receitaram-me um calmante.*” (F5);

“*Andava a dormir muito mal e agora tomo um comprimido para dormir.*” (F6).

Relativamente à posição assumida por três entrevistados, surge o *trabalho* como forma de ocupação e distração, como observamos nas seguintes transcrições:

“*... a trabalhar o tempo passa melhor, pois estou ocupado. A trabalhar não penso tanto...*” (F2);

“*Trabalho e acabo por me distrair, faço as coisas de casa...*” (F3);

“*Procuro trabalhar, fazer isto e aquilo para me sentir ocupada.*” (F6).

Em relação aos **recursos internos** emergiram cinco subcategorias que passamos a enunciar - *choro, fé, leitura, estar à beira mar e trabalhos manuais*.

Três dos entrevistados mencionam o *choro* como forma de desabafo, como podemos observar nas seguintes expressões:

“*Há dias que me apetece chorar e choro...*” (F4);

“... para me deixar chorar à vontade.” (F5);

“... faz-me bem desabafar e muitas vezes quando estou sozinha também choro.” (F6).

A fé associada à presença de um ser superior, aparece ao longo dos discursos de quatro participantes como podemos constatar nas transcrições que se seguem:

“Tenho fé e tento pedir ao meu Santiago, que eu sou muito de voto ao meu Santiago de Compostela, que nos ajude, que nos ajude a aguentar isto (choro).” (F1);

“Tenho rezado muito... tenho pedido a muitos santinhos, a ver se mo conseguem salvar (choro) também vou à igreja para ter força para andar...” (F5);

“Tenho fé, tenho muitos santinhos em casa e rezo, peço-lhes para o meu marido melhorar e às vezes vou à igreja... o São João de Arga tem-me feito muitas graças... tudo o que lhe tenho pedido ele faz-me... o S. Simão eu também lhe pedi.” (F6).

A leitura é proferida por um participante como um refúgio e forma de aprendizagem, como é visível na seguinte afirmação:

“Vou ler, gosto de ler... refugio-me um bocado na leitura que é para não estar sempre a pensar nisto (...) gosto de ler coisas que me agradem, que informem e de alguma maneira me ensinem alguma coisa.” (F1).

O estar à beira mar também é referido por um entrevistado como uma estratégia que transmite calma, tranquilidade, como podemos observar na expressão que se segue:

“Tenho tendência sempre a ir para a beira do mar, de manhã ou à tarde, quando tenho um momento livre, porque me acalma ir para a beira do mar.” (F1).

Como última subcategoria, mas não menos importante, deste conjunto aparecem os trabalhos manuais como forma de abstração da situação de doença aguda, referido por um participante como podemos observar na seguinte transcrição:

“Ponho-me a bordar um bocadinho, pois gosto de bordar, gosto de pintar... gosto muito de fazer coisas e enquanto estou a pensar naquilo, abstraio-me disto.” (F1).

Terminada a apresentação dos dados, no próximo capítulo, vamos proceder à discussão dos resultados mantendo a estratégia adotada no presente capítulo, ou seja, será feita de acordo com as áreas temáticas.

CAPÍTULO 4

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo vamos proceder à discussão dos resultados obtidos que nos permitiram compreender as vivências da família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos e na lógica de uma melhor intervenção em saúde, em particular dos enfermeiros.

Face ao carácter deste estudo, considerámos que a análise dos resultados evidenciados é, por si só, fonte de reflexões e interpretações. Esta enriquece os conhecimentos sobre o assunto estudado e constitui uma etapa difícil da investigação, dado exigir uma reflexão intensa de toda a investigação. Os autores Marconi e Lakatos (2003, 168) referem que é a “atividade intelectual que procura dar um significado mais amplo às respostas, vinculando-as a outros conhecimentos”.

À semelhança da apresentação, a discussão dos resultados será orientada de acordo com as áreas temáticas.

• **Sentimentos expressos pela família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos**

A análise dos dados permitiu-nos perceber que as vivências da família da pessoa em situação crítica internada na UCI estão associadas a sentimentos positivos, como a esperança e a paz mas sobretudo a sentimentos negativos, tais como a ansiedade, o medo, a preocupação em relação ao futuro, a resignação, a saudade, o sofrimento, a solidão e a tristeza, o que vai de encontro à pesquisa bibliográfica que efetuamos.

Foram expressos pelas famílias das pessoas em situação crítica dois sentimentos de índole positivo - a **esperança** e a **paz** associada a um estado de calma e tranquilidade interior, sobretudo numa fase mais avançada, quer da doença quer dos dias de internamento na unidade, o que nos leva a pensar que estes familiares já estariam num processo de adaptação à situação.

Também Bettinelli e Erdmann (2009) no seu estudo concluíram que a família referiu que apesar de sentimentos de medo, apreensão e sofrimento, tem esperança na melhoria do processo de doença da pessoa em situação crítica.

A **ansiedade** foi um dos sentimentos evidenciado pelas famílias o que vai de encontro ao estudo de Pias (2008) onde concluiu que a doença grave de um familiar, bem como o próprio ambiente físico de uma UCI geram ansiedade na família do doente.

A este propósito, Martins (2003) acrescenta que a situação de ansiedade é diferente dependendo do papel que a pessoa em situação crítica ocupa na família, ou seja, não é indiferente ser a mãe, o pai, o filho ou avós, pois os seus papéis são diferentes. A mesma autora defende, ainda, que se uma mãe em que os filhos ainda se encontram a viver a adolescência for internada, tal como se verifica num dos casos presente neste estudo, a sua ausência é desde logo uma situação de stresse para a família, pelo que esta “(...) terá que se organizar para dar respostas às tarefas que esta desempenhava diariamente” (Martins, 2003, p. 54).

O **medo** também é um sentimento comum na família da pessoa em situação crítica provocado sobretudo pela falta de informação e pelo desconhecido. Constatámos que a falta de conhecimentos da família em relação à tecnologia que rodeia o doente faz com que esta sinta medo e não se aproxime deste com receio de a prejudicar. Por outro lado, também surge o medo associado à incerteza em relação ao estado de saúde doente e consequente **preocupação em relação ao futuro**.

A preocupação em relação ao futuro também foi observada no estudo de Urizzi (2005, p. 87) sobre as vivências da família de doentes internados numa UCI, que revela que a família “Vislumbra o futuro permeado também por inseguranças e incertezas expressas pelo medo de morte”.

A **resignação** surge numa fase mais avançada da doença crítica e do internamento na UCI. Esta foi referida por um participante, em que o familiar já se encontrava há cerca de oito dias na unidade, o que já permite à família alguns desenvolvimentos inerentes ao processo de adaptação. Por outro lado, tendo em conta o percurso hospitalar do doente e o seu diagnóstico a família já tinha experienciado situações da mesma natureza, o que na sua perspetiva se constitui como um aspeto que gera este sentimento.

Os autores Almeida, Aragão, Moura, Lima e Silva (2009) num estudo sobre os sentimentos dos familiares em relação ao doente internado na UCI, também encontraram a resignação mas associada à fé dos participantes.

A **saudade** também emerge do discurso de um familiar como um sentimento de melancolia e nostalgia causado pela falta da pessoa doente. Constatamos que o afastamento da pessoa em situação crítica, neste caso um dos conjugues, do seu ambiente doméstico também gera saudade, provavelmente provocada pela solidão do familiar.

O **sofrimento** ocorre devido à dor e angústia que a pessoa em situação crítica transmite aos familiares e ao próprio ambiente da UCI. Este sentimento também foi encontrado num estudo realizado por Severo e Perlini (2005) que concluíram que a UCI era vista como um local de sofrimento, e no estudo realizado por, Waidman e Elsen (2004) onde destacam a doença como causadora de dor e sofrimento na família.

A **solidão** surge acompanhada à falta de companhia, vazio e provável isolamento emocional, sendo de salientar que este sentimento embora não encontrado noutros estudos parece-nos importante, pelas repercussões que pode assumir na resposta de adaptação à situação.

A **tristeza** também foi um sentimento encontrado neste estudo e no estudo realizado por Almeida *et al.* (2009) onde concluírem que alguns dos sentimentos relatados pelas famílias dos doentes críticos foram: ansiedade, medo, preocupação, dor e tristeza.

Constatamos que os sentimentos vivenciados pelas famílias são predominantemente negativos o que nos faz refletir na importância de se investir no envolvimento da família, assim como no cuidado mais dirigido para estes no sentido de os apoiar neste processo de transição.

• **Necessidades da família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos**

As necessidades expressas pelos participantes situaram-se nomeadamente na necessidade de informação relativa ao processo de doença, na confiança/disponibilidade da equipa, na partilha de sentimentos, no estar presente e em necessidades relacionadas com os cuidados, com o espaço físico, com os recursos financeiros e procedimentos relativos à visita familiar. Também, nos estudos realizados por Côte – Real (2007), Phaneuf (2005), Morgon e Guirardello (2004) e Pias (2008), emergiram a maioria das necessidades expressas no presente estudo.

A **informação relativa ao processo de doença** deve ser pertinente e adequada à situação e à pessoa e proporcionada de forma individualizada, pois apesar de o ambiente altamente tecnológico não poder ser evitado, os familiares podem e devem ser preparados antes de entrar na UCI, de modo a diminuir o impacto do contexto e minimizar o desgaste e sofrimento daqueles que têm que viver estas situações.

Nos discursos proferidos pelos participantes foi enfatizado que, por norma, é o assistente operacional que acolhe, orienta para a higienização das mãos e acompanha a família até à unidade da pessoa em situação crítica, sendo a informação fornecida após a visita familiar, ficando patente a necessidade de mais informação sobre a realidade e a situação com a qual se vão deparar e que esta seja proporcionada pelo profissional de enfermagem, ou seja, parece-nos emergir a necessidade de um melhor acompanhamento dos familiares, por partes dos enfermeiros.

Num estudo realizado por Urizzi (2005) a família solícita outro modo de acompanhamento que nem sempre é valorizado na UCI pelos profissionais de saúde.

A falta de informação gera sentimentos desagradáveis, pelo que além de ser importante que a informação seja fornecida no momento adequado, é imprescindível que seja fornecida através de uma comunicação adequada ao nível sociocultural de cada um. A comunicação permite-nos aprofundar a nossa observação, contribuindo para a visão holística, que está subjacente à profissão, tal como, preconiza o artigo n.º 84 do Código Deontológico (2009, p. 4) enfermeiro tem o dever de “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”.

Segundo a opinião de Vellez (2002) a comunicação do enfermeiro com a família do doente internado numa UCI, pode diminuir a ansiedade da mesma.

Também Fontes e Ferreira (2009), Waidman e Stefanelli (2005) defendem que a adequada comunicação, numa UCI, entre os profissionais de saúde e o binómio pessoa em situação crítica e família é um dos principais fatores que interfere com a satisfação de todos os envolvidos no processo de cuidar e é fundamental para a saúde física e mental.

Esta questão de informação e acompanhamento da família, também é visível nos estudos de Côte – Real (2007), Morgon e Guirardello (2004) e Pias (2008) quando referem que não basta permitir a entrada da família na UCI, é necessário e fundamental prepará-la e acompanhá-la durante a visita, identificando e esclarecendo as suas dúvidas, observando as

reações e comportamentos e, especialmente, compreendendo os seus sentimentos. A informação geral acerca da UCI, dos procedimentos técnicos aplicados à pessoa em situação crítica ajudam-na a diminuir a ansiedade, o medo e o sofrimento.

A família ao sentir-se envolvida é necessariamente uma família esclarecida e cooperante, como enfatizam Gonçalves, Vitorino, Santos, Silva e Louro (2001) e segundo Phaneuf (2005, p. 462) os familiares “têm necessidade de informação para compreender o que se passa, participar nas decisões para que eles próprios possam levar o suporte necessário à pessoa doente”.

Consideramos que na primeira visita da família à pessoa em situação crítica, o acolhimento e o acompanhamento deveria ser sempre da responsabilidade do enfermeiro, para explicar o ambiente da UCI e os equipamentos e proporcionar informações complementares ao Guia de Acolhimento do Serviço onde constam alguns aspetos burocráticos relacionados com a dinâmica do serviço.

A **confiança/disponibilidade da equipa** também é enfatizada por todos os entrevistados e esta necessidade vai de encontro à opinião de Almeida *et al.* (2009), Lourenço e Neves (2008), Freitas *et al.* (2007), Severo e Perlini (2005), Urizzi (2005), Morgon e Guirardello (2004) e Lemos e Rossi (2002) que consideraram a equipa de enfermagem uma fonte de segurança, de proteção e confiança. O enfermeiro tem que encontrar estratégias para que a sua presença seja entendida como um recurso de apoio ao processo que se encontra a vivenciar. A UCI torna-se para as famílias o lugar de todas as tensões, onde procuram que lhe deem atenção, disponibilidade para acompanhar o sofrimento e dar respostas às suas interrogações, enfim procuram **partilhar os sentimentos** o que também foi possível verificar neste estudo pela vontade que os familiares manifestaram em realizar a entrevista. Consideramos que este momento, na perspetiva de alguns familiares permitiu satisfazer as suas necessidades de partilha de sentimentos.

As autoras Waidman e Elsen (2004, p. 152) também asseguram que “a família sente necessidade de comunicar, falar das suas inseguranças, incertezas, medos e apreensões frente ao tratamento” contribuindo para a diminuição do sofrimento.

Ainda, no estudo realizado por Lourenço e Neves (2008) com o objetivo de minimizar o impacto gerado pelo ambiente da UCI Oncológica nos visitantes de pessoas internadas

concluíram que uma das necessidades destes era compartilhar os seus sentimentos e as suas perceções.

A família, apesar do sofrimento que este processo lhe acarreta, sente necessidade de **estar presente** na situação de doença, como modo de demonstrar interesse e dedicação. Ainda Waidman e Elsen (2004) concluíram que a família sente necessidade de acompanhar a evolução do processo de doença, sendo que vários estudos defendem que a presença da família junto da pessoa doente durante o internamento é uma fonte de segurança e apoio.

Como podemos constatar pelo que foi referido anteriormente, em relação às necessidades **relacionadas com o espaço físico** as UCI são locais com a mais variada e sofisticada tecnologia que impressiona e gera sentimentos negativos naqueles que já se encontram fragilizados pela situação da doença.

Relativamente ao *impacto dos recursos tecnológicos*, o resultado do nosso estudo vai ao encontro do que é defendido por Lemos e Rossi (2002) quando salientam que estes tornam a UCI num ambiente assustador.

Este aspeto também é defendido por Nascimento e Trentini (2004) quando verbalizam que muitas vezes os familiares têm dúvidas se estão a ver a pessoa certa, pois esta apresenta uma aparência bem diferente. E é partilhado por Côrte - Real (2007, p. 118) quando refere que muitas vezes os profissionais apercebem-se que o familiar tem “(...) muitas dúvidas se está a localizar a pessoa certa. Vai encontrá-la rodeada de equipamento técnico, envolta em cabos de monitores e outros equipamentos que a tornam quase irreconhecível”. Podemos comprovar este aspeto no discurso proferido pelo F2.

O *espaço arquitetónico*, nomeadamente o corredor de entrada do serviço, foi considerado como pequeno por um familiar, acabando por obrigar as pessoas que entram e as que saem a cruzarem-se. Bettinelli e Erdmann (2009, p. 16) entre outros, concluíram que “a estrutura física e funcional de uma UCI dificulta as práticas das relações afetivas e emocionais da família, deixando-a mais apreensiva e angustiada”. Por outro lado, vários estudos defendem que a própria estrutura física interfere na capacidade de adaptação da família.

Como já foi evidenciado anteriormente, é fundamental que o familiar receba uma preparação para minimizar estes efeitos, ou seja, ajudá-lo a familiarizar-se com o ambiente físico e proporcionar-lhe explicações, de modo a contornar os problemas que vivencia.

Esta perspetiva é corroborada por Archer, Biscaia, Osswald e Renaud (2001, p. 245) quando descrevem a UCI como um “(...) um ambiente tecnológico característico e psicologicamente hostil” e por Côrte – Real (2007, p. 116) quando a caracteriza como um “(...) Conturbado ambiente de dependência tecnológica”.

No seu estudo, também Pias (2008) concluiu que os familiares dos doentes tendem a considerar a UCI um local angustiante, assustador, hostil e stressante.

É de salientar que os participantes deste estudo referem a *privacidade* na UCI como um aspeto positivo. No entanto, em todas as descrições encontradas sobre estes locais, é realçada a não existência de privacidade, o que também é enfatizado por Côrte – Real (2007) ao considerar que o ambiente da UCI é caracterizado pela falta de privacidade.

A complexidade desta situação, associada a um conjunto de emoções, induz **custos financeiros** imediatos na família, como é o caso das deslocações para a unidade, que se agravam pelo facto de suspender a sua atividade laboral para apoiar a pessoa doente. Constatamos que a preocupação em relação ao futuro poderá ser agravada pela situação financeira, também, tal como refere Martins (2000, p. 134) “a situação de hospitalização acarreta ainda encargos financeiros que poderão interferir com a, muitas das vezes precária, estabilidade económica da família, sobretudo no que se relaciona com as deslocações dos familiares ao hospital, entre outras”.

Por outro lado, a própria pessoa em situação crítica também deixa de exercer as suas funções o que contribui para agravar esta situação e devido ao momento em que vivemos as situações económicas são cada vez mais difíceis de se resolverem.

No que concerne aos **procedimentos relativos à visita familiar** e em consonância com o que foi descrito, constatamos que na generalidade o *tempo* de visita é inadequado. Apenas, é considerado adequado, quando os profissionais de saúde facilitam, mediante o estado da pessoa em situação crítica, a permanência da família mais tempo que o permitido pelo regulamento de visitas preconizado para o serviço. A família desempenha um papel importante na recuperação da saúde da pessoa em situação crítica, sendo o momento da visita a forma de a pessoa doente contactar com o exterior e a família satisfazer a necessidade de estar presente no processo de doença.

De acordo com um estudo realizado por Bettinelli e Erdmann (2009, p. 20) o facto de o tempo de visita na UCI ser curto, acaba por “(...) aumentar a fragilização sentimental e afetiva do familiar”.

O internamento é um acontecimento significativo na dinâmica familiar, que se torna ainda mais complicado quando o familiar da pessoa em, situação crítica se “(...) depara com um serviço em que as rotinas da visita são impostas, com horários rígidos, com um tempo de visita muito curto e um número restrito de visitantes por doente” (Côrte - Real, 2007, p. 117).

Relativamente a este assunto, também Severo e Perlini (2005, p. 28) inferiram no seu estudo que o “(...) curto período de tempo e a limitação a poucos familiares nos horários de visita ao mesmo tempo que confortou, gerou insatisfação”. Também, Lourenço e Neves (2008) no seu estudo apontaram como necessidade da família visitar e, permanecer junto do doente.

Por outro lado, parece-nos que provavelmente a família sem laços de consanguinidade não visita a pessoa em situação crítica, devido a regras pré-estabelecidas quanto ao número de visitantes, podendo estas pessoas serem importantes para o doente, pelo que o *alargamento do número de visitantes*, sugerido por dois familiares, poderia colmatar esta situação.

Estes aspetos vão de encontro à opinião de Pinho e Kantorski (2004, p. 69) quando referem que “as instituições hospitalares não estão preparadas para trabalharem com o familiar” ficando a pessoa doente distante da sua família induzindo sofrimento em ambos.

Na generalidade, o *horário* é considerado *adequado*, permitindo que os familiares possam visitar a pessoa em situação crítica após a jornada de trabalho. Consideramos este aspeto como positivo, pois no estudo realizado numa UCI oncológica, por Lourenço e Neves (2008), estes sugerem que o horário de visita da UCI fosse mais flexível e em algumas situações, poderia ser ajustado conforme a necessidade do visitante e/ou do doente crítico, sendo que nesta UCI, este aspeto já é tido em consideração, sendo importante para os participantes do estudo.

• **Estratégias de adaptação mobilizadas pela família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos**

Este estudo permitiu-nos constatar que a doença crítica e o internamento da UCI afetam a dinâmica familiar, conduzindo-a à necessidade de desenvolver estratégias para colmatar/minimizar as adversidades decorrentes dessas situações. Conduzem ainda os familiares a profundas mudanças nas suas vidas e conseqüentemente a uma “alteração dos papéis ocupados por cada um” (Fontes & Ferreira, 2009, p. 36).

Segundo o Modelo de Adaptação de Roy, que é pautado pela visão holística, a pessoa é vista como um ser adaptativo capaz de se adequar a novas situações. Este modelo permite reconhecer que as famílias, mediante os estímulos provocados pela doença crítica e pelo internamento na UCI, podem desencadear respostas positivas ou negativas, mas cabe ao enfermeiro atuar como “moderador” e facilitador do processo de adaptação.

Deste modo, cada pessoa procura o equilíbrio através de **recursos externos e internos** que promovam a adaptação de modo a reencontrar a sua harmonia interior.

No âmbito dos **recursos externos**, parte dos entrevistados refere o número de filhos, irmãos e amigos como suporte de apoio o que evidencia que a *família* se constitui como principal fonte de apoio na situação de doença, o que vai de encontro ao estudo de Martins (2003) onde também concluiu que as famílias numerosas normalmente têm mais facilidade em ultrapassar situações de stresse, porque têm uma rede de apoio mais extensa.

Em algumas situações, os familiares não conseguem ultrapassar a situação de crise provocada pela doença crítica tendo mesmo que recorrer a *terapêutica*. Verificamos que esta estratégia foi introduzida no início da situação adversa, o que evidencia mais uma vez, a importância do enfermeiro integrar no âmbito da sua intervenção, cuidados de apoio à família no sentido de a ajudar a encontrar estratégias de adaptação que permitam minimizar o impacto desta situação e evitar deste modo que a terapêutica seja o primeiro recurso.

O *trabalho* também surge como forma de abstração e ocupação. De salientar que não encontramos nenhum estudo que chegasse a esta conclusão, no entanto, este facto é compreensível, pois ao concentrar a sua atenção no trabalho, alivia a pressão a que está sujeito, devido ao estado de saúde do seu familiar.

Como **recurso interno** surge o *choro* que acaba por se tornar num desabafo interior que alguns familiares encontram como estratégia de adaptação. Fortes (2008) no seu estudo onde pretendia conhecer as estratégias de adaptação psicológica das mães face à doença crónica do filho também concluiu que o choro era um recurso utilizado.

Constatamos que a *fé* acaba por proporcionar conformismo levando a sentimentos que contribuem para amenizar os efeitos da UCI e da doença, como é confirmado num estudo recente em que “(...) os familiares têm na religião o conforto, a explicação para a situação” (Almeida *et al.*, 2009, p. 848).

Esta ideia também foi explorada por Freitas *et al.* (2007) referindo que as práticas religiosas representam um importante recurso interno e favorecem a manifestação de sentimentos de maior segurança, esperança e autoestima.

Vários autores como Maruiti *et al.* (2008), Pinho e Kantorski (2004), Lemos e Rossi (2002) também concluíram nos seus estudos que a *fé* é como uma ferramenta que minimiza o sofrimento psíquico, o stress e a ansiedade, gerando tranquilidade, conforto e resignação à família.

Um dos familiares acaba por enfatizar vários mecanismos internos, como é o caso da *leitura*, do *estar à beira mar* e *trabalhos manuais* para se abstrair de todo o processo e, de alguma forma, procurar por momentos esquecer o acontecido. Não encontramos nenhum estudo que chegasse a este resultado, no entanto é de referir que todas estas estratégias são adotadas pelo mesmo participante que já tinha vivenciado uma situação da mesma natureza e consideradas por este, como facilitadoras deste processo de transição.

Verificamos que as estratégias adotadas surgiram da família ou do exterior, sendo desejável a intervenção dos enfermeiros neste âmbito, devendo estes constituírem-se como parte de apoio/ajuda neste processo de transição e como tal no desenvolvimento de mecanismos de adaptação. Como defende Phaneuf (2005) uma situação de crise aumenta a vulnerabilidade física e psicológica da pessoa podendo tornar ineficazes os mecanismos habituais de adaptação da pessoa. O enfermeiro poderá ajudar a encontrar o equilíbrio intervindo em cada família de modo a adotar estratégias adequadas, pois cada pessoa como ser único que é responde às condições adversas de forma distinta.

CAPÍTULO 5

CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Neste capítulo serão tecidas as principais conclusões sobre o estudo realizado, que segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 171) se constitui uma “síntese comentada das ideias essenciais e dos principais resultados obtidos, explicitados com precisão e clareza”. Face aos resultados obtidos também apontamos um conjunto de sugestões no âmbito dos cuidados/organização e dinâmica do serviço, de formação e de investigação.

Os aspetos apresentados no primeiro capítulo desta dissertação, frisaram a problemática que envolve a família da pessoa em situação crítica e a necessidade de compreendermos os seus sentimentos e as suas reais necessidades, de modo a agirmos tendo em conta a individualidade de cada uma.

A doença crítica e o ambiente da UCI desencadeiam mudanças a vários níveis na vida de um indivíduo, que vão ser vivenciadas de forma diferente por cada pessoa, por cada família.

O ambiente da UCI é reconhecido como hostil, perturbador, com sons ambíguos onde impera a tecnologia mais sofisticada. A humanização deste ambiente passa por considerar as famílias como pessoas a serem cuidados por outras pessoas – os enfermeiros – ambos com sentimentos e necessidades únicas. Cada família mediante os estímulos provocados por esta situação adversa pode desencadear respostas adaptativas, que podem ser positivas ou negativas e inerentes à personalidade de cada pessoa, de vivências anteriores da mesma natureza, do ciclo de vida familiar, do papel e do tempo de internamento da pessoa doente, da religião, dos valores, das crenças e do contexto cultural.

Face aos objetivos previamente formulados para este estudo de investigação e aos resultados obtidos emergiram algumas conclusões que passamos a apresentar.

Observamos que são diversos os sentimentos expressos pelos familiares da pessoa em situação crítica, sendo que a maioria são sentimentos negativos, tais como a ansiedade, o medo, a preocupação em relação ao futuro, a saudade, o sofrimento a solidão e a tristeza, mas também emergiram sentimentos positivos, como a esperança e a paz

Uma vez que os sentimentos vivenciados pelas famílias são predominantemente negativos, podem dificultar ainda mais o processo de adaptação à doença/internamento na UCI e estes aspetos levam-nos a refletir na importância de se investir no envolvimento da família,

assim como num cuidado mais dirigido a esta no sentido de a apoiar neste processo de transição.

Os participantes expressaram diversas necessidades, nomeadamente de informação relativa ao processo de doença, de confiança/disponibilidade da equipa, de partilha de sentimentos, de estar presente no processo de doença, financeiras, relacionadas com os cuidados, com o espaço físico e procedimentos relativos à visita familiar.

Apesar de todas estas necessidades expressas pelos familiares, todos referiram sentir segurança nos cuidados prestados pela equipa, caracterizando-a como disponível e eficiente. Torna-se também evidente a necessidade de um maior investimento da equipa de enfermagem no acolhimento e o acompanhamento da família.

As estratégias de adaptação mobilizadas pela família da pessoa em situação crítica centraram-se a nível dos recursos externos – a família, a terapêutica e o trabalho – e recursos internos – choro, fé, leitura, estar à beira mar e trabalhos manuais.

Salienta-se o apoio de outros familiares como recurso referido por todos os participantes para colmatar/minorar as adversidades decorrentes da doença crítica e do internamento na UCI e por outro lado, todas as estratégias adotadas surgiram da família ou do exterior, sendo desejável a intervenção dos enfermeiros e de outros grupos profissionais neste âmbito.

As vivências dos familiares da pessoa em situação crítica permitiram a compreensão de diferentes formas de ver esta realidade e um aumento do conhecimento destas vivências pode ajudar o enfermeiro a obter uma compreensão mais profunda deste processo e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Como tem vindo a ser evidenciado ao longo deste estudo, a família tem que ser cuidada e o enfermeiro necessita de estar atento às características individuais da cada uma, percebê-las e interpretá-las e consequentemente compreender as suas vivências e satisfazer as suas necessidades, respeitando a sua individualidade. Isto é, deve investir num cuidado mais dirigido e envolver a família.

Após realçarmos as principais conclusões do estudo, consideramos que a qualidade dos cuidados prestados ao binómio doente/família exige a participação e dedicação de toda a equipa, incluindo profissionais de saúde, gestores, doentes e família. Contudo e tendo em conta que o enfermeiro é o elemento que mais tempo permanece junto do doente e da

família, consideramos que este tem um papel privilegiado e a responsabilidade de desenvolver intervenções que contribuam para minimizar os sentimentos de índole negativa da família e contribuir para a satisfação das suas reais necessidades.

Face a estes resultados, é importante adotar um conjunto de atitudes e comportamentos que permitam otimizar a intervenção dos enfermeiros junto dos familiares que cuidam, de modo a minimizar os sentimentos negativos provocados, quer pelos efeitos da doença crítica, quer pelo ambiente tecnológico da unidade e contribuir deste modo para a promoção de um ambiente mais terapêutico e adequado às necessidades de cada um.

Neste sentido, propomos a nível da organização dos cuidados/dinâmica da equipa a reformulação de algumas normas e rotinas, nomeadamente relacionadas com o acolhimento dos familiares e tempo de permanência destes junto do doente crítico e seria oportuno, a existência de um psicólogo para dar apoio às famílias ou, uma vez que no serviço existe um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica ser ele a exercer esse papel e a implementação de um questionário ou outra estratégia que permita avaliar a satisfação dos familiares.

Por outro lado, o serviço poderia adotar o método do Enfermeiro de referência de modo a que o atendimento ao doente/família seja mais personalizado.

O desenvolvimento de competências deve ser a pedra basilar no desempenho profissional de cada enfermeiro, pelo que é necessário investir na formação a este nível. Sugerimos formação específica aos enfermeiros no atendimento à família que contribua para o desenvolvimento de competências na área da comunicação com a família. As técnicas necessárias para lidar com a família são adquiridas com a experiência, no entanto também achamos oportuno desenvolver e promover espaços de introspeção e formação pessoal.

Ao enfermeiro é-lhe acrescida a responsabilidade da necessidade de realizar um grande investimento quer na sua autoformação, quer na formação de outros. Esta constitui-se, como um direito e um dever, que um bom profissional de enfermagem deve impor a si próprio, pois a qualidade de cuidados só é assegurada se esta existir. E a qualidade de cuidados constitui-se como um direito dos nossos doentes/famílias. Sendo assim, a formação contínua deve ser vista como um meio imprescindível para a mudança de comportamentos e correspondente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente/família.

No âmbito desta investigação surgiram contributos importantes para uma melhor compreensão desta problemática, mas não consideramos este trabalho como terminado, pois seria importante a realização de outros estudos para conhecer também a perspetiva dos enfermeiros desta mesma unidade relativamente aos cuidados prestados tendo em conta as necessidades dos familiares das pessoas em situação crítica e eventualmente observar as famílias e o desempenho dos profissionais no acolhimento à família.

Como fragilidade deste estudo, consideramos a utilização apenas de um método de colheita de dados, pelo que julgámos importante a realização de outros estudos com recurso a uma estratégia de multi-métodos, numa lógica de complementaridade de dados colmatando as limitações inerentes à utilização de uma única estratégia. Outra das limitações deste estudo prendeu-se sobretudo com a falta de tempo.

É nossa intenção devolver os resultados do nosso estudo à instituição e ao serviço em causa, com o intuito de partilhar as vivências e necessidades das famílias das pessoas em situação crítica, uma vez que podem constituir motivo para reflexão e um veículo para melhorar o desempenho nesta área e consequentemente contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Este estudo permitiu-nos reunir algumas informações sobre as vivências da família da pessoa em situação crítica, que na nossa perspetiva podem contribuir para uma melhor intervenção junto da família de forma a minimizar os efeitos adversos da doença e do internamento na UCI e melhorar o seu atendimento e consequentemente aumentar a qualidade dos cuidados prestados neste âmbito.

Consideramos que este trabalho, embora com limitações, é um contributo importante para a UCI onde se desenvolveu, pois foram identificados aspetos facilitadores para os familiares do doente que devem ser mantidos, mas também, aspetos constrangedores que se revelam como pertinentes e que podem ser modificados em benefício de todos os intervenientes no processo de cuidar.

Referências bibliográficas

- 📖 Almeida, A. S., Aragão, N. R., Moura, E., Lima, G. d., Hora, E. C., & Silva, L. A. (Nov-Dez de 2009). Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem Vol 62, N.º 6* , pp. 844-849.
- 📖 Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W., & Renaud, M. (2001). *Novos Desafios à Bioética - Ética nas Unidades de Cuidados Intensivos*. Porto: Porto Editora.
- 📖 Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- 📖 Bettinelli, L. A., & Erdmann, A. L. (Junho de 2009). *Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado*. Obtido em 25 de Maio de 2012, de Avances En Enfermería, Vol XXVII N.º1, 15 - 21: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n1a02.pdf>
- 📖 Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação - Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- 📖 Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. A. (2º Semestre de 2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem Vol. 15, N.º 2* , pp. 41-59.
- 📖 Collière, M.-F. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- 📖 Côrte - Real, I. (Maio de 2007). Enfermagem em Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa de Bioética: Cadernos de Bioética N.º 1* , pp. 115-123.
- 📖 Fontes, A. I., & Ferreira, A. C. (Julho de 2009). Do Outro Lado da Porta... Falar com a Família numa Unidade de Cuidados Intensivos. *Sinais Vitais N.º 85* , pp. 33-38.
- 📖 Fortes, M. d. (2008). *A Adaptação Psicológica da Mãe face à Doença Crónica do Filho*. Monografia do Curso de Psicologia, Universidade Jean Piaget: Cabo Verde.
- 📖 Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

- Freitas, K. S., Kimura, M., & Ferreira, K. A. (Janeiro - Fevereiro de 2007). Necessidades de Familiares de Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva: Análise Comparativa entre Hospital Público e Privado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* Vol. 15, N.º 1, pp. 1-9.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: Artmed.
- Gonçalves, A., Vitorino, C., Santos, É., Silva, I., & Louro, M. (Janeiro de 2001). O Enfermeiro e a Família: Parceiros de Cuidados? *Nursing*, pp. 11-17.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital - Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Inaba, L. C., Silva, M. J., & Telles, S. C. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipa de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP* Vol 39, N.º 4, pp. 423-429.
- Leite, M. A., & Vila, V. d. (Março-Abril de 2005). Dificuldades Vivenciadas pela Equipe Multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino - Americana de Enfermagem* Vol. 13, N.º 2, pp. 145-150.
- Lemos, R. C., & Rossi, L. a. (Maio - Junho de 2002). O Significado Cultural atribuído ao Centro de Terapia Intensiva por Clientes e seus Familiares: Um Elo entre a Beira do Abismo e a Liberdade. *Revista Latino - Americana de Enfermagem* Vol. 10, N.º 3, pp. 345-357.
- Lourenço, E. d., & Neves, E. P. (2008). *As Necessidades de Cuidado e Conforto dos Visitantes em UTI Oncológica: uma Proposta Fundamentada em Dados de Pesquisa*. Obtido em 22 de Agosto de 2012, de Revista Brasileira de Cancerologia Vol. 54, n.º 3, 213-220: http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v03/pdf/artigo_1_pag_213a220.pdf
- Marcon, S. S., Radovanovic, C. A., Waidman, M. A., Oliveira, M. L., & Sales, C. A. (05 de Novembro de 2005). *Vivência e Reflexões de um Grupo de Estudos junto às Famílias que enfrentam a Situação Crônica de Saúde*. Obtido em 10 de Junho de 2012, de Texto & Contexto - Enfermagem, Vol 14, 116 - 124: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500015

- 📖 Marconi, M. d., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas S.A.
- 📖 Martins, C. R. (2000). A Família e a Hospitalização/A participação da Família no Cuidar. *Servir Vol. 48, N.º 3*, pp. 133-135.
- 📖 Martins, M. S. (Setembro de 2003). A Família, um Suporte ao Cuidar. *Sinais Vitais N.º 50*, pp. 52-56.
- 📖 Maruiti, M. R., Galdeano, L. E., & Farah, O. G. (2008). *Ansiedade e Depressão em Familiares de Pacientes internados em Unidade de Cuidados Intensivos*. Obtido em 02 de Junho de 2012, de Acta Paul Enferm Vol 21, N.º 4, 636-642: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4.pdf>
- 📖 Millar, B. (April de 1989). Critical Support in Critical Care. *Nursing Times Vol 85, N.º 16*, pp. 31-33.
- 📖 Ministério da Saúde . (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento. (D. G. Saúde, Ed.) *Direção de Serviços de Planeamento*, p. 72.
- 📖 Molter, N. C. (March-April de 1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung Vol. 8, N.º 2*, pp. 332-339.
- 📖 Morgon, F. H., & Guirardello, E. d. (Março - Abril de 2004). Validação da Escala de Razão das Necessidades de Familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem Vol 12, N.º 2*, pp. 198-203.
- 📖 Nascimento, E. R., & Trentini, M. (Março-Abril de 2004). O Cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: Teoria Humanista de Paaterson e Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem Vol. 12, N.º 2*, pp. 250-257.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. Lisboa: Lusodidacta.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2009). Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei N.º 111/2009 de 16 de Setembro. *Código Deontológico*. Lisboa.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros. (2003). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. In Divulgar. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

- 📖 Parracho, M., Silva, M. d., & Pisco, R. (Janeiro de 2005). A Enfermagem como Elo de Ligação entre o Utente/Família/Comunidade. *Sinais Vitais N.º 58*, pp. 65-66.
- 📖 Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- 📖 Pias, M. S. (Novembro de 2008). Ansiedade e Stresse na Família do Doente em Estado Crítico. *Sinais Vitais N.º 81*, pp. 11-15.
- 📖 Pinho, L. B., & Kantorski, L. P. (2004). Refletindo Sobre o contexto Psicossocial de Famílias. *Ciencia y Enfermeria Vol 10, N.º 1*, pp. 67-77.
- 📖 Regulamento n.º 124/2011. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª Série - N.º 35: Ordem dos Enfermeiros.
- 📖 Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Pilar, L. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: Mc Graw Hill.
- 📖 Savoie-Zajc, L. (2003). A Entrevista Semidirigida. In B. Gauthier, *Investigação Social: da problemática à colheita de dados* (pp. 279-301). Loures: Lusociência.
- 📖 Serra, V. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- 📖 Severo, G., & Perlini, N. (Janeiro/Março de 2005). Estar Internado em Unidade de Terapia Intensiva: Perceção de Pacientes. *Scientia Médica Vol. 15, N.º 1*, pp. 21-29.
- 📖 Silva, M. H. (Julho de 2009). Importância da Avaliação das Necessidades da Família do Doente, para o Desenvolvimento da Profissão de Enfermagem. *Sinais Vitais N.º 85*, pp. 45-48.
- 📖 Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teóricas de Enfermagem) 5.ª ed.* Loures: Lusociência.
- 📖 Urizzi, F. (2005). *Vivências de Familiares Internados em Terapia Intensiva: O Outro Lado da Internação*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, Brasil.
- 📖 Vellez, C. (2002). Expetativas dos Familiares de Doentes Internados na Unidade de Cuidados Intensivos Face aos Enfermeiros. *Nursing N.º 168*, pp. 17-20.

📖 Vila, V. d., & Rossi, L. A. (Março - Abril de 2002). O Significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: "Muito Falado e Pouco Vivido". *Revista Latino-Americana de Enfermagem Vol. 10, N.º 2*, pp. 137-144.

📖 Waidman, M. A., & Elsen, I. (2004). *Família e Necessidades... revendo estudos*. Obtido em 13 de Agosto de 2012, de Acta Scientiarum. Health Sciences Vol. 26, N.º 1, p. 147-157: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/View/1643>

📖 Waidman, M. A., & Stefanelli, M. C. (2005). Comunicação e estratégias de intervenção familiar. In M. C. Stefanelli, & E. C. Carvalho, *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 118-137). Lisboa: Manole.

📖 Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar - Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

ANEXO I – Consentimento do Conselho de Administração da Instituição em causa

COMISSÃO de ÉTICA

Cuendo
17/05/2012

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C.A. o pedido de parecer, de um estudo de investigação, do I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo a investigadora, **Anabela Gonçalves da Silva**, Enfermeira a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde e cujo tema é: "**Vivências de uma família perante o doente crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos**". Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido projecto.

A Comissão de Ética reunida em 16 de Abril de 2012

O Presidente da C. E.

(Dr. Pedro Meireles)

Recebido
17/05/2012

ULSAM, EPE

Sede Social: Estrada de Santa Luzia – VIANA DO CASTELO - N.I.P.C. 509 786 193 Capital Estatutário: 35 422 000,00 €-
Endereço postal: Rua José Espregueira, 126 – 4901-871 VIANA DO CASTELO
Telf: 258 802 100 Fax: 258 802 511 – Linha Azul: 258 828 888

APENDICE A – Guião orientador da entrevista

GUIÃO ORIENTADOR DA ENTREVISTA

Entrevista Nº. _____

Data: ____/____/2012

Código _____

Os dados recolhidos contribuirão para a realização de um estudo de investigação com o tema “**Vivências da Família perante o Doente Crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos**”.

TEMAS	ASPETOS A ABORDAR
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> ● Definir o propósito da entrevista (tema, objetivos e finalidade da investigação); ● Garantir a confidencialidade do entrevistado e das suas respostas; ● Pedir autorização para a participação no estudo e para a gravação da entrevista com base no Consentimento Informado. ● Informar o participante que será contactado novamente para validação do conteúdo da entrevista.
Caraterização do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">● Nome <li style="width: 50%;">● Habilitações literárias <li style="width: 50%;">● Idade <li style="width: 50%;">● Profissão/Situação profissional <li style="width: 50%;">● Sexo <li style="width: 50%;">● Grau de parentesco com o doente <li style="width: 50%;">● Estado civil
Compreender as vivências da Família perante o Doente Crítico internado na UCI	<ul style="list-style-type: none"> ● Há quantos dias está internado o seu familiar neste serviço? ● Como está a vivenciar a situação? ● Que sentimentos lhe ocorrem quando está com o familiar doente? ● Que pensamentos lhe surgem quando está com o familiar doente? ● O que faz quando está junto do familiar doente? ● Qual ou quais as razões que o levam a visitar o familiar doente?
Identificar as necessidades da Família do Doente Crítico internado na UCI	<ul style="list-style-type: none"> ● Antes de contatar com o seu familiar algum profissional de saúde (Médico/Enfermeiro) falou consigo? O que lhe disseram ou explicaram sobre o doente? ● Teve dificuldades em perceber o que lhe disseram? Se sim, quais? ● De que forma o ajudaram a lidar/ultrapassar as dificuldades? ● Alguém sugerir algum tipo de apoio? Quem sugeriu? Que tipo de apoio? ● Foi sempre avisado das mudanças do estado de saúde do seu familiar? ● Acha o período e horário de visita suficiente? Porquê? ● O que gostaria que melhorasse no serviço? ● Como é que as vivências afetam o seu dia a dia? ● Tem algo mais que gostaria de acrescentar?
Fecho da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ● Resumir aspetos essenciais abordados durante a entrevista; ● Agradecer a colaboração no estudo; ● Providenciar um possível novo contato para clarificar ideias.
<p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tempo previsto da entrevista: não exceder 1H; ● Pedir exemplos; ● Anotar gestos e expressões do entrevistado. 	

APENDICE B – Análise de conteúdo

ÁREAS TEMÁTICAS	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	N.º UNIDADES DE REGISTO
Sentimentos expressos pela família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos	Ansiedade	<p>“Nem conseguia falar com ela (pausa), estava tão nervoso.” (F2)</p> <p>“Muita ansiedade, muita ansiedade...” (F5)</p> <p>“... entrei em pânico... e ontem também eu tive de ir ao médico com a tensão alta e a pulsação a cento e vinte.” (F5)</p> <p>“Às vezes fico muito tensa, muito nervosa...” (F6)</p>	4
	Medo	<p>“Pensava que ela não ia melhorar... (voz trémula).” (F2)</p> <p>“... como iria ser se ela não melhorasse.” (F2)</p> <p>“Não toco mais, pois tenho medo de fazer mal.” (F5)</p>	3
	Preocupação em relação ao futuro	<p>“Não sei mesmo o que fazer (...) não sei como vou fazer para trabalhar... não sei como é que vou fazer...” (F1)</p> <p>“Ela vai precisar mais de mim quando sair daqui, pois aqui cuidam dela, mas depois (pausa).” (F2)</p> <p>“As esperanças que eles nos dão são nenhuma, praticamente nenhuma.” (F3)</p> <p>“Não sei como vai ser ver a minha mãe sem o meu pai... a vida vai ser muito complicada.” (F3)</p> <p>“Penso se ele irá para casa ou não irá (pausa).” (F6)</p>	5
	Resignação	<p>“... temos de aceitar com tranquilidade, mas não é fácil, não é (...) ver as coisas por esta perspetiva, acho que me tem ajudado um bocado a entender e a aguentar, aguentar.” (F1)</p>	1
	Saudade	<p>“... tenho saudades de lhe fazer de comer.” (F6)</p>	1
	Sufrimento	<p>“Ele estava muito agitado e eu não quero mais vê-lo assim, nunca mais quero vê-lo assim. Estava num sofrimento medonho (...) Isso custou-me muito...” (F1)</p> <p>“Depois nesse dia nem consegui dormir com aquela imagem dele agitado.” (F1)</p> <p>“Custou-me muito no princípio... e custava-me muito olhar para os meus filhos (pausa), chegar a casa e olhar para eles, ainda me fazia sentir pior.” (F2)</p> <p>“No início, achava que ela não ia aguentar... foi um choque (...) sofri muito com tudo isto e ainda sofro.” (F2)</p> <p>“É muito duro... olhar para ele assim é uma dor muito forte.” (F3)</p> <p>“Gostava que ele melhorasse... não me dão esperanças de vida e é isso que a mim me dói.” (F5)</p> <p>“... disseram-me que ele tinha de ficar internado nos cuidados intensivos, foi um choque para nós...” (F6)</p> <p>“... cada vez custa-me mais entrar aqui e ver o meu marido ali (...) sinto muita angústia, foi a primeira vez sabe e depois se ele estivesse doente, mas foi de repente.” (F6)</p> <p>“Mas dá-me uma pena vê-lo ali...” (F6)</p>	9
	Solidão	<p>“Ele foi meu companheiro durante quarente e três anos, pai dos nossos filhos... e sinto muito a falta dele, sinto-me desamparada (choro).” (F4)</p> <p>“À noite estou sozinha, falta-me o meu companheiro e penso em tudo (...) Custa-me muito estar sozinha.” (F6)</p>	2

	Tristeza	<p>“Mal... mal (choro prolongado).” (F1)</p> <p>“Os meus filhos... se me vissem triste, ficavam pior.” (F2)</p> <p>“Eu penso que não vai conseguir... é a minha companhia e se perco esta companhia perco tudo (choro).” (F5)</p> <p>“Eu sinto uma tristeza...” (F6)</p>	4
	Esperança	<p>“A gente espera que ele saia daqui, que vá para enfermaria...” (F1)</p> <p>“Vamos lá, a Santiago de Compostela todos (choro)... com ele claro, com ele saudável (...) é uma questão de tempo.” (F1)</p>	2
	Paz	<p>“Fico mais tranquila (...) eu já lhe disse ontem que se ele sentia que tinha que me pedir perdão do mal que me fez a mim e à minha família que o perdoava... não guardava rancor nenhum, podia ficar descansado, pois já lhe tinha perdoado... e assim fiquei em paz.” (F4)</p>	1

ÁREAS TEMÁTICAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	N.º UNIDADES DE REGISTO
Necessidades da família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos	Informação relativa ao processo de doença		<p>“Sim... foi o doutor o primeiro que me atendeu... estou um bocadinho dentro... alguma dúvida que eu tenha, pergunto aos médicos e eles têm-me esclarecido. Dizem sempre que não querem que eu vá com dúvidas, põe-me à vontade.” (F1)</p> <p>“Não me avisaram das alterações do estado de saúde do meu marido, mas é uma coisa que gostava que me dissessem. Eu pergunto à funcionária, mas ela nunca me quer dizer.” (F1)</p> <p>“Acompanharam-me... uma funcionária, uma auxiliar.” (F1)</p> <p>“Fui sozinho com a funcionária e foi um choque... nunca pensei que a ia encontrar assim...” (F2)</p> <p>“Quando estava junto dela vieram falar comigo... explicaram-me a situação de uma forma simples para eu perceber e quando não entendia alguma coisa perguntava novamente.” (F2)</p> <p>“... não me diziam antes, mas depois de eu estar aqui falavam. E quando não falavam comigo, eu pedia para me explicarem.” (F2)</p> <p>“Falaram, mas no final da visita... a auxiliar acompanhou-me.” (F3)</p> <p>“O médico foi muito explícito e sincero... todos os dias temos falado com o médico e vai-nos dizendo o estado dele.” (F3)</p> <p>“Entrei com a senhora auxiliar...” (F4)</p> <p>“Não, não falaram... vi e percebi que aquelas máquinas fazem todas as faltas. Depois é que falei com o médico... eu trabalhei na área da saúde e ajudou-me a entender algumas coisas...” (F4)</p> <p>“Sim fui e eu telefono sempre antes de vir, a perguntar se está bem, se está estável e dizem-me.” (F4)</p> <p>“Sim, a enfermeira foi acompanhar-me e depois a senhora auxiliar é que me foi buscar... falou uma enfermeira e no fim da visita a médica. Antes foi aqui na entrada e no final foi nesta sala.” (F5)</p> <p>“... eu percebi e ainda ontem estive outra enfermeira a falar comigo.” (F5)</p> <p>“Eu entrei, a senhora auxiliar levou-me ao local e depois dirigiram-se a mim, mas não sei se era enfermeiro ou doutor... foram ter comigo lá e entregaram-me um folheto com o número de telefone, com horários... explicaram-me que tinha soro, comida... não tenho dúvidas.” (F6)</p> <p>“Sim fui (...) sempre me disseram que ele estava muito doente... tiveram que o abrir e telefonaram-me para casa.” (F6)</p>	15
	Confiança/disponibilidade da equipa		<p>“Eles para mim têm sido todos impecáveis... todas têm sido muito simpáticas. Sinto-me completamente confiante e acho que ele está bem acompanhado (...) tenho falado todos os dias com médicos e enfermeiros.” (F1)</p> <p>“... ele está bem cuidado com as pessoas que aqui estão.” (F1)</p> <p>“Não tenho nada contra a dizer, sempre que peço para falar com o médico são disponíveis...”</p>	9

		<p>nunca se recusaram.” (F2)</p> <p>“Foram muito sinceros e eu agradeço-lhes por isso... por mais que custe não andamos aqui enganados.” (F3)</p> <p>“Quando alarmam... aparece logo alguém.” (F4)</p> <p>“Sempre foram muito sinceros comigo... quando quero falar com o médico falo.” (F4)</p> <p>“Estou satisfeita, têm sido impecáveis.” (F5)</p> <p>“ O que vale é que as pessoas que aqui trabalham têm sido impecáveis... desde o primeiro dia que entrei aqui vi tanta amabilidade, tanta simpatia para o meu marido que confio na equipa a cem por cento.” (F6)</p> <p>“... sempre que eu pergunto alguma coisa, esclarecem-me... são muito disponíveis.” (F6)</p>		
	Partilha de sentimentos	<p>“Eu até preciso muito de falar sobre isto... eu sinto necessidade de conversar sobre tudo isto.” (F4)</p> <p>“Não, está tudo... até me sinto mais calma.” (F5)</p> <p>“Faz-me bem desabafar (...) fez-me bem este bocadinho.” (F6)</p>	3	
	Estar presente	<p>“Precisava de mais uma semana para acompanhar o meu marido... sinto necessidade.” (F1)</p> <p>“Eu preciso de a ver, mesmo que me custe muito (voz trémula).” (F2)</p> <p>“Tenho que vir, tenho que vir para me sentir melhor... só o poder olhar para ele já me satisfaz.” (F3)</p> <p>“Eu venho cá, porque quero vê-lo todos os dias (...) prometi a mim mesma que nunca o deixava até à morte.” (F4)</p> <p>“Não fico bem em casa... tenho que vir... mesmo que não entre venho.” (F5)</p>	5	
	Relacionadas com os cuidados	<p>“Se não houvesse um sítio destes, ele já tinha morrido (...) estes cuidados intensivos estão melhores do que em alguns hospitais.” (F1)</p> <p>“... não encontro defeitos aqui dentro.” (F1)</p> <p>“Eu acho que o meu pai está bem tratado aqui. Não tenho razões de queixa do que quer que seja.” (F3)</p> <p>“Eu penso que aqui, tirando as instalações, existe boa assistência e bom equipamento.” (F4)</p>	4	
	Relacionadas com o espaço físico	Espaço arquitetónico	<p>“Só não gosto da entrada, pois acho-a muito pequena para o movimento que tem. As pessoas que entram e as que saem têm de passar umas pelas outras.” (F6)</p>	1
Impacto dos recursos tecnológicos		<p>“Aquilo é monstruoso...” (F1)</p> <p>“Eram só aparelhos e máquinas de volta dela... não parecia ela.” (F2)</p> <p>“Os aparelhos incomodam um bocadinho, é muita coisa...” (F3)</p> <p>“... tem muitos aparelhos de volta dele...” (F4)</p> <p>“A gente chega aqui e vê aqueles aparelhos...” (F6)</p>	5	
Privacidade		<p>“Estes cuidados intensivos, até estão bem isolados, estão melhores do que em alguns hospitais...”</p>	1	

			eu ali, só realmente vou ver o meu marido, só estou incomodada com ele.” (F1)	
	Recurso financeiro		“Como a situação de acompanhamento familiar não é remunerada eu não estava nada interessada em não estar a ganhar, pois a gente já ganha tão pouco e precisávamos de dinheiro.” (F1)	1
	Procedimentos relativos à visita familiar	Tempo	<p>“Depende também da situação do doente.” (F1)</p> <p>“As pessoas aqui facilitam, eu nunca fiquei só cinco minutos.” (F2)</p> <p>“... para quem vem é pouco.” (F2)</p> <p>“É pouco, é pouco... gostava de ficar aqui mais um bocado com o meu pai.” (F3)</p> <p>“É pouco, é pouco... deviam adaptar à situação de cada um.” (F4)</p> <p>“O tempo também é pouquinho, pois cinco minutos não dão para nada.” (F6)</p> <p>“Mas às vezes deixam estar mais um bocado.” (F6)</p>	7
		Horário adequado	<p>“Eu acho suficiente... mesmo que esteja a trabalhar, se conseguir sair mais cedo um bocadinho, ainda consigo entrar.” (F1)</p> <p>“É bom e agora que estou a trabalhar dá para vir no fim do trabalho.” (F2)</p> <p>“Para quem trabalha dá porque é até às 19H.” (F4)</p> <p>“Dá para vir depois da hora do trabalho...” (F5)</p> <p>“O período é bom.” (F6)</p>	5
		Alargamento do número de visitantes	<p>“Se pudessem entrar três pessoas era melhor...” (F5)</p> <p>“Eu tenho duas filhas e só pode vir um dia cada uma... se fossem três, poderia vir um irmão, um amigo.” (F6)</p>	2

ÁREAS TEMÁTICAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	N.º UNIDADES DE REGISTO
Estratégias de adaptação mobilizadas pela família da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos	Recursos Externos	Família	<p>“Os meus cunhados são como se fossem irmãos para mim. Somos muito amigos e estão-me sempre a telefonar, a mandar mensagens (...) sinto-me completamente apoiada por eles e ajudada.” (F1)</p> <p>“... pessoas amigas, aquelas que me telefonam todos os dias a saber, os meus colegas de consultório e os meus patrões...” (F1)</p> <p>“... vou normalmente almoçar aos meus pais.” (F1)</p> <p>“Os meus amigos é que me ajudaram muito... e a minha família ajudou-me muito a cuidar dos meus filhos.” (F2)</p> <p>“Somos cinco filhos, mas cá com ele só estamos dois, os outros estão fora. Estiveram connosco e ajudaram-nos durante a semana...” (F3)</p> <p>“... vou um bocado à minha mãe para estar com ela... tentamos ajudar-nos uns aos outros.” (F3)</p> <p>“Nós temos seis filhos e sete netos e acabamos por nos ajudar uns aos outros...” (F4)</p> <p>“Eu tenho os meus filhos todos...” (F4)</p> <p>“Eu tenho dois filhos, um está na Suíça e outro está cá, mora perto e dá-me apoio... tem ido dormir sempre lá a casa para eu não ir a baixo... ele diz que quer estar comigo e quer ajudar-me a atravessar esta fase...” (F5)</p> <p>“Os meus cunhados... são uns irmãos muito, muito amigos... e mesmo a mim eles não sabem mais o que me fazer... estão sempre a telefonar, não tem explicação, eles dão-me muita força.” (F5)</p> <p>“Conversar com as minhas filhas, com as minhas amigas, com os meus irmãos, os meus cunhados... tenho uma família grande e amigos que estão sempre a telefonar e conversam muito comigo.” (F6)</p>	11
		Terapêutica	<p>“... receitaram-me um calmante.” (F5)</p> <p>“Andava a dormir muito mal e agora tomo um comprimido para dormir.” (F6)</p>	2
		Trabalho	<p>“Já comecei a trabalhar para não pensar nesta situação...” (F2)</p> <p>“... a trabalhar o tempo passa melhor, pois estou ocupado. A trabalhar não penso tanto...” (F2)</p> <p>“Trabalho e acabo por me distrair, faço as coisas de casa...” (F3)</p> <p>“ Procuro trabalhar, fazer isto e aquilo para me sentir ocupada.” (F6)</p>	4
	Recursos Internos	Choro	<p>“Há dias que me apetece chorar e choro...” (F4)</p> <p>“... para me deixar chorar à vontade.” (F5)</p> <p>“... faz-me bem desabafar e muitas vezes quando estou sozinha também choro.” (F6)</p>	3
		Fé	<p>“Tenho fé e tento pedir ao meu Santiago, que eu sou muito de voto ao meu Santiago de Compostela, que nos ajude, que nos ajude a aguentar isto (choro).” (F1)</p> <p>“... ponho uma velinha a Santiago a peça também a uma Guia Espiritual.” (F1)</p>	6

		<p>“Sou ligada à Senhora de Fátima.” (F4)</p> <p>“Tenho rezado muito... tenho pedido a muitos santinhos, a ver se mo conseguem salvar (choro) também vou à igreja para ter força para andar...” (F5)</p> <p>“Tenho fé, tenho muitos santinhos em casa e rezo, peço-lhes para o meu marido melhorar e às vezes vou à igreja... o São João de Arga tem-me feito muitas graças... tudo o que lhe tenho pedido ele faz-me... o S. Simão eu também lhe pedi.” (F6)</p> <p>“... graças a Deus que as coisas agora melhoraram.” (F6)</p>	
	Leitura	<p>“Vou ler, gosto de ler... refugio-me um bocado na leitura que é para não estar sempre a pensar nisto (...) gosto de ler coisas que me agradem, que me informem e de alguma maneira me ensinem alguma coisa.” (F1)</p>	1
	Estar à beira mar	<p>“Tenho tendência sempre a ir para a beira do mar, de manhã ou à tarde, quando tenho um momento livre, porque me acalma ir para a beira do mar.” (F1)</p> <p>“... se não tiver coisas a tratar vou para a beira do mar.” (F1)</p>	2
	Trabalhos manuais	<p>“Ponho-me a bordar um bocadinho, pois gosto de bordar, gosto de pintar... gosto muito de fazer coisas e enquanto estou a pensar naquilo, abstraio-me disto” (F1)</p>	1

APENDICE C – Termo de consentimento informado entregue aos participantes

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo de investigação: **“Vivências da Família perante o Doente Crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos”**

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do familiar) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada a oportunidade de fazer questões a qualquer momento e sempre que julgue necessário.

Tomei conhecimento dos objetivos, métodos e benefícios previstos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito a desistir a qualquer momento, da minha participação no estudo, sem qualquer prejuízo para o doente ou seus familiares.

Asseguraram-me que os dados relativos ao meu familiar e a mim serão guardados confidencialmente e que nenhuma informação será dada ou publicada revelando a nossa identidade.

Garantiram-me ainda, que a fita da gravação da entrevista será destruída após conclusão deste trabalho e no caso de não concordar com este recurso, o investigador apontará anotações no decorrer da mesma.

Pelo presente, declaro que fui informado sobre a pesquisa e consinto em participar neste estudo através da aplicação da entrevista proposta pelo investigador.

Viana do Castelo, ____ de Junho de 2012

O Familiar: _____

O Investigador: _____

(Anabela Gonçalves da Silva)