

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Rosane Gutman Lacombe da Fonseca

E aí a porta fechou...

O impacto da informação na internação compulsória em unidade de terapia
intensiva adulto para o familiar do paciente

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo

2015

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Rosane Gutman Lacombe da Fonseca

E aí a porta fechou...

O impacto da informação na internação compulsória na unidade de terapia
intensiva adulto para o familiar do paciente

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco.

São Paulo

2015

FONSECA, Rosane Gutman Lacombe. E aí a porta fechou... O impacto da informação na internação compulsória em unidade de terapia intensiva adulto para o familiar do paciente. 2015. 118 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

ERRATA

Já o psicólogo que faz atua nesta área tem primeiramente uma formação hospitalar geral, complementada com a específica em urgências e emergências.

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
38	13	faz atua	atua

Ir para a UTI pode ser a primeira experiência do paciente independentemente de sua idade cronológica e de separação da família.

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
48	5	e	,

Entende-se rompimento do vínculo, no contexto da pesquisa. como a impossibilidade de manter o comportamento de apego entre a díade paciente-familiar, em razão da presença dos profissionais que exercerão o comportamento de cuidar.

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
58	25	pesquisa. como	pesquisa, como

- Identificar qual o conceito que familiares de pacientes possuem sobre UTI.

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
67	8	UTI.	UTI;

Primeiras reações físicas, psíquicas e emocionais do familiar, após a informação da necessidade de internação de seu ente na UTI.

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
78	27	emocionais	comportamentais

A pergunta disparadora da entrevista permitiu que os entrevistados manifestassem suas reações físicas, psíquicas e emocionais:

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
79	12	emocionais	Comportamentais:

CLÁUDIA [...] hoje eu não fui trabalhar, meu marido se desesperou e falou que não ia conseguir trabalhar; [...] e a outra (filha) foi trabalhar preocupada, falou que queria voltar; [...] mudou; [...] ninguém está trabalhando feliz hoje [...]

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
85	18	Cláudia	Glória

BEARTIZ [...] Com certeza! Com certeza! Com certeza! [...] minha mãe que estava aqui e a minha irmã que me ajudou; [...] então isso já é um facilitador; [...] minha mãe e minha irmã, pessoas que acompanharam meus filhos ao longo da vida; [...] tem que ter o apoio da família; [...] continuei tendo apoio e vou ter apoio [...]

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
87	10	Beartiz	Beatriz

O risco neste momento é o surgimento do pacto do silêncio, caso este familiar não compartilhe posteriormente de maneira adequada às informações que recebeu para o restante da família e, com isso acabe prejudicando e obstruindo o enfrentamento da real situação por todos e o compartilhamento da dor. (ISMAEL, 2004; BURD, 2004)

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
93	3	dor. (ISMAEL, 2004; BURD, 2004)	dor (ISMAEL, 2004; BURD, 2004).

Nas situações adversas da vida o comportamento de apego é ativado e evidenciado. (BOWLBY, 2006)

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
93	12	evidenciado. (BOWLBY, 2006)	evidenciado (BOWLBY, 2006).

A partir da análise do conteúdo das entrevistas dos participantes da pesquisa, foi possível verificar que a notificação “informação compulsória em UTI” acarretou em todos os entrevistados, independente do sexo, grau de parentesco, religião, idade ou escolaridade, assim como, o motivo da internação, reações físicas, psíquicas e comportamentais.

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
101	12	informação	internação

FONSECA, Rosane Gutman Lacombe da

E aí a porta fechou... O impacto da informação na internação compulsória em unidade de terapia intensiva adulto para o familiar do paciente; Rosane Gutman Lacombe da Fonseca, orientação Maria Helena Pereira Franco. São Paulo, 2015.

118f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica.

Then the door has closed... The impact of information on adult compulsory hospitalization in an intensive care unit to the patient's family

1. Família. Unidade de Terapia Intensiva. 2. Psicólogo intensivista. 3. Apego.

I. Franco, Maria Helena Pereira, orient.

Banca Examinadora

A meus amados pais José (in memoriam) e Sara, figuras de apego seguro, que me possibilitam desfrutar a vida com criatividade e liberdade.

A meus filhos Michel e Germano, tatuados em meu coração desde o nascimento, que eu amo, muito admiro, respeito e me orgulho.

AGRADECIMENTOS

Nesta jornada desta existência já tão longa, muitos mereceriam ser citados neste agradecimento, inclusive, alguns já ausentes. Na impossibilidade de nomeá-los, família extensa, colegas de tantos cursos e equipes de trabalhos, professores, alunos, pacientes e seus familiares, meu muito obrigada.

Com muita honra que contei com a orientação de Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco, não apenas por seu saber indiscutível e já tão público, e sim pela generosidade como doou a mim tantos aprendizados. Porém foi na intimidade do afeto, na presteza, no respeito e na ética que tornou possível a qualidade e a satisfação de meu aprender.

Aos professores Francisco Assis de Carvalho e Rosane Mantilla de Souza, pela gentileza de terem aceitado fazer parte da banca examinadora. A ambos, meu muito obrigada.

Aos diretores da Unidade Anália Franco da Rede D'Or São Luiz, Instituição coparticipante desta pesquisa, Drs. Carlos Jorge Lotfi, Mario Antônio Torezan Filho e Flávio Akira, meu muito obrigado.

Um agradecimento especial ao Centro de Estudos do Hospital e Maternidade São Luiz, Unidade Anália Franco, coordenado pelo Prof. Dr. Andrea Bottoni e secretariado por Raquel Duarte, dos quais recebi, desde o início, incentivo com carinho para concluir esta pesquisa.

À diretora clínica Dra. Rafaela Morsch e à gerente de enfermagem Carolina Ferreira da UTI-A do HMSL – Unidade Anália Franco, que disponibilizaram todo o espaço físico e emocional para a realização das entrevistas.

À toda equipe de saúde da UTI-A e do Pronto Socorro Adulto do HMSL – Unidade Anália Franco com os quais tive a felicidade de conviver e muito aprender.

Aos queridos Marcos, Flávia, David e Enzo Gutman minha pequena grande família, na certeza que estão perto, mesmo estando longe.

A meus avós (in memoriam) David e Raquel, Moisés e Dora que sobreviveram para que eu pudesse ter o prazer de viver, e assim ter a certeza que a vida vale muito a pena ser plenamente vivida.

À querida professora Rosane Mantilla de Souza pelo enorme carinho e, principalmente, por ratificar que é possível ser doadora de conhecimento com criatividade e espontaneidade. Sua confiança em mim foi fundamental.

À Maria Cristina Barbeta Mileo que há muitos anos trilha comigo por meu inconsciente, com dedicação e delicadeza ímpar.

Aos professores da UNIFESP Drs. Mayer Snitcovsky e Paulina Cymrot pelos amorosos ensinamentos psicanalíticos que fundamentam minha prática clínica.

Às queridas Mariana Sarkis e Jayani Kelly da Silva Azevedo que me emprestaram seus saberes técnicos e tecnológicos, possibilitando o fazer desta dissertação. Vocês são especiais.

Às amigas de sempre para sempre, Ana (s), Carmen, Marisa, Mirian, Rosane, Sandra e Sheila, pela paciência e apoio incondicional nos meus momentos de chatices intelectuais.

À companheira de graduação, Leda Behisnelian, por nossa parceria em tantos estudos, seminários e estágios e, principalmente, por nossa parceria fora dos muros da Universidade que se mantém e se manterá pela eternidade.

Às companheiras desta Pós-Graduação da PUC-SP, Ana (s), Alessandra, Camila, Cecília, Cibele, Daniela, Gabi, Giovana, Isabel, Isabela, Mayara e Stela, se foram nas dificuldades que nos unimos, serão os momentos de grandes alegrias e farras, que vou para sempre guardar em meu coração.

Às queridas Natália e Cristiane, com o desejo que nossos convívios sejam eternos.

Às professoras Genilda e Heloísa, coordenadoras do Serviço de Psicologia Hospitalar.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de estudos concedida, possibilitando a realização desta pesquisa.

E, principalmente, aos participantes desta pesquisa que, num momento de tanta dor, puderam abrir um parêntese e doarem-se para mim nas entrevistas.

E aí a porta fechou...
O impacto da informação na internação compulsória em Unidade de Terapia Intensiva adulto para o familiar do paciente.

RESUMO

A unidade de terapia intensiva (UTI) congrega os avanços e a excelência dos recursos tecnológicos e humanos dentro do ambiente hospitalar. Na UTI, pacientes, seus familiares e equipe de saúde almejam habilitação à vida. No entanto, estar na UTI, muitas vezes provoca um desgaste emocional em todos os envolvidos. Esta pesquisa qualitativa teve como objetivo compreender o impacto pelo familiar do paciente, após o comunicado do médico que seu ente seria internado na UTI. A pesquisa foi analisada, com o olhar da Teoria Sistêmica e com a fundamentação da Teoria do Apego. Participaram voluntariamente desta pesquisa, quinze familiares, escolhidos por conveniência. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada, que permitiu compreender os seguintes temas: primeiras reações físicas, psíquicas e comportamentais, advindas da notificação de internação em UTI; conceito cognitivo e afetivo de UTI; o rearranjo da rotina diária da família em função da internação em UTI; a importância das redes de apoio; a informação sobre o estado de saúde, diagnósticos e prognósticos do paciente oferecida pela equipe de saúde; o rompimento do vínculo entre paciente e familiares no momento da entrada na UTI; a escuta atenciosa como acolhimento para o familiar. Os resultados mostraram que os familiares passam por uma condição de estresse, deparam-se com a incerteza de UTI como local de morte ou recuperação do paciente. Necessitam subjetiva e objetivamente das redes de apoio e de informação sobre o estado de saúde do paciente, são beneficiados pela postura solidária dos membros da equipe, e que o grau do sofrimento pelo rompimento do vínculo é modulado pelo tipo de apego paciente-familiar.

Palavras-chave: Família. Unidade de Terapia Intensiva. Psicólogo intensivista. Apego.

Then the door has closed...
The impact of information on adult compulsory hospitalization in an intensive
care unit to the patient's family

ABSTRACT

The Intensive care unit (ICU) joins the advances and excellence of both technological and human resources inside the hospital environment. At the ICU, patients, as well as their families and the health team attempt to activate life. However, being at the ICU might cause an emotional breakdown to all people involved. This qualitative research aimed to understand the family members' impact after receiving the news informing that their beloved will be inpatient at the ICU. The research was analyzed, through the point of view of the Systemic Theory and also the Attachment Theory. Fifteen families, chosen by convenience, voluntarily took part on this research. A semi structured interview was used in order to understand the following themes: first physical and mental reactions occurred by the ICU confinement notification; cognitive and emotional concept of ICU; the family's daily routine rearrangement due to the ICU confinement; the importance of the support network; the information about the patient's health diagnosis and prognosis offered by the medical team; breaking the link between the family members in the moment of the ICU entrance; the attentive hearing to comfort the family. The results showed that the family members go through a stress condition, they face the uncertainty about the ICU being a place of patients' death or recovery. They need subjectively and objectively the network support as well as the patient's health condition, they receive the benefit of the medical team's solidarity posture, and the suffering level from breaking the link depends on the type of family-patient attachment.

Keywords: Family. Intensive Care Unit. Intensive psychologist. Attachment.

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - A FAMÍLIA	16
1.1 Um breve histórico.....	16
1.2 Conceitos de família.....	18
1.3 Estrutura e dinâmica familiar	19
1.4 Funções da família	21
1.5 Família e doença.....	22
CAPÍTULO 2 - A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR.....	27
2.1 Uma breve evolução histórica do hospital	27
2.2 Família e hospital	28
CAPÍTULO 3 – A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI).....	31
3.1 Breve evolução histórica da UTI.....	31
3.2 Conceito e estrutura	33
3.3 Recursos tecnológicos	35
3.4 Recursos humanos.....	37
CAPÍTULO 4 - O PSICÓLOGO INTENSIVISTA.....	39
4.1 Definição, funções e atribuições.....	39
4.2 A interface do psicólogo intensivista e a equipe da UTI	41
CAPÍTULO 5 - O PACIENTE, A FAMÍLIA, O PSICÓLOGO E O CONTEXTO DA UTI.....	43
5.1 Paciente e UTI.....	43
5.2 Família e UTI.....	50
CAPÍTULO 6 - O ROMPIMENTO DO VÍNCULO NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO NA UTI E A TEORIA DO APEGO	59
6.1 A teoria de Apego.....	59
6.2 O apego.....	60
6.3 O apego numa perspectiva evolutiva moderna	61
6.4 O padrão de apego e a teoria evolutiva moderna	62
6.5 Padrões de apego	63
6.6 Padrões de apego/vínculo e a UTI	64

6.7 Epílogo	65
CAPÍTULO 7 – OBJETIVOS	67
7.1 Objetivo geral	67
7.2 Objetivos específicos.....	67
CAPÍTULO 8 - MÉTODO.....	68
8.1 Contextualizando as entrevistas.....	69
8.2 Metodologia das entrevistas.....	70
8.3 Contextualizando os participantes.....	71
BREVE RELATO SOBRE OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	73
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICE A.....	115
APÊNDICE B.....	116
APÊNDICE C	117

INTRODUÇÃO

No ano de 2007, entrei em contato com o setor de Psicologia Hospitalar um dos serviços de apoio terapêutico e diagnóstico do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), de São Paulo, como um dos estágios que deveria cumprir no último ano da faculdade para obter o título de psicóloga.

Mais um desafio a ser vencido, só não podia imaginar o quão gratificante seria. Diferente de tudo que já tinha visto e vivido dentro e fora da Psicologia.

Em seguida, comecei o aprimoramento em Psicologia Hospitalar também em um hospital geral, porém da rede privada. Ao conhecer todas as áreas hospitalares, não tive dúvida de que minha afinidade era e continua sendo com as unidades de urgência e emergência.

Durante cinco anos, fui supervisora da Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTI-A) e do Pronto Socorro Adulto (PSA) da Rede D'Or São Luiz - Unidade Anália Franco, onde realizei assistência psicológica para pacientes e seus familiares, e docência de estágio de campo para alunos do último ano de faculdade, alunos de aprimoramento, aperfeiçoamento e pós-graduação em Psicologia Hospitalar.

A prática, apesar de atribulada, não aquietou minhas reflexões, meu gosto pelo aprender, meu desejo de transformar. Para isto faltava abrir espaço para pesquisar, e de fato poder exercer a docência plena.

Em julho de 2013, com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e com a coparticipação da Rede D'Or São Luiz, afastei-me da prática clínica hospitalar, e passei a me dedicar exclusivamente a esta pesquisa de mestrado.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade denominada fechada dentro do contexto hospitalar, na qual os pacientes, normalmente em estado crítico, são cuidados intensivamente durante 24 horas, por uma equipe multiprofissional especializada. Nela, geralmente, a família do paciente é excluída de seus cuidados por falta de capacidade técnica, pela precaução infecciosa e pelo despreparo emocional. A sofisticada aparelhagem tecnológica, muitas vezes invasiva e dolorida, parece assustar qualquer leigo, principalmente familiares que adentram a unidade.

A angústia do paciente internado e a de toda equipe multiprofissional com a proximidade da morte, a meu olhar e a meu sentir não passaram despercebidas, porém foi o sofrimento dos familiares destes pacientes o que mais me sensibilizou e

desejei estudar. Acredito com isso que, indiretamente, também beneficiarei os pacientes, a equipe de saúde e a instituição.

Ter um familiar internado na UTI pode se tornar uma condição de estresse total para a família, diante das incertezas que se impõem (OLIVEIRA, 1998; DI BIAGGI, 2001; FUMIS, 2004; ISMAEL, 2004; KNOBELL; ANDREOLI; ERLICHMAN, 2008; SOUZA, 2010; KITAJIMA, 2014).

Normalmente, num hospital geral, uma situação abrupta, orgânica e/ou traumática ocasiona a necessidade de internação na UTI. Neste momento, salta aos olhos o desespero dos familiares, particularmente quando a porta da UTI fecha pela primeira vez e o ente é “tragado” para lá. Mas..., para onde?

Esta é a primeira angústia, que é seguida por outras, como: O que é UTI? O que tem aí dentro? Por que o familiar não pode entrar? O que ele(a) tem? Será que vai morrer?

Kauffman (2002) fomenta a ideia que a expertise cognitiva é base para a expertise emocional. Neste sentido, a desinformação, o desconhecimento e o desentendimento da situação podem ser inimigos da possibilidade de enfrentamento emocional de um sujeito, além de iatrogênicos para a saúde e para as relações humanas (COSTA, 1989; OLIVEIRA, 1998; DI BIAGGI, 2001; BURD, 2004; CAMPOS, 2004; CHAZAN, 2004; ISMAEL, 2004; MELLO FILHO, 2004;).

Ao longo de minha experiência profissional, na sala de espera dos familiares de pacientes internados na unidade, sempre foi possível observar as mais variadas reações emocionais, orgânicas e comportamentais, pois de acordo com os estudos de Parkes (2009, p.41), chorar e buscar, são comportamentos inatos nos bebês que são afetados pela aprendizagem, permanecendo “como parte da reação a perdas posteriores”.

Sob esta perspectiva, cabe sim, ao serviço de Psicologia Hospitalar a proteção amorosa, como entende Costa (1989), para sustentar o desamparo deflagrado. Porém, isto por si só é suficiente? Se não, o que mais é preciso?

Para responder a estas indagações, imaginei que fosse necessário investigar o que emerge nos sujeitos a partir da informação médica de que será necessária a internação de um ente querido na UTI, acreditando que permitir a expressão de suas expectativas e necessidades, ouvi-las ativamente e devolvê-las com ações efetivas é um cuidado humanizado (OLIVEIRA; MACEDO, 2008).

Num primeiro momento, a separação pela entrada na UTI ainda se configura como uma perda subjetiva, porém, dentre as várias vicissitudes da internação em UTI, o óbito é uma possibilidade, e esta irreversível. Parkes (2009, p.308), fortalece esta constatação argumentando que “[...] apesar de todas as vantagens da ciência moderna, cem por cento das pessoas ainda morrem”. Sob esta ótica, a UTI e o estigma de morte ainda caminham juntos, apesar de hoje poder se pensar num local de maior segurança e de recuperação para o paciente.

Dentro do contexto Unidade de Terapia Intensiva, estas famílias precisam ser cuidadas, para não adoecerem, pois podem ser fundamentais para a recuperação destes pacientes. Além disto, a família, muito provavelmente, exercerá a função de principal cuidadora do paciente, quando o mesmo sair da UTI para uma unidade clínica, depois em sua alta hospitalar e conseqüente reinserção social.

Por conseguinte, esta pesquisa se faz relevante por conta do que pude observar em meu cotidiano profissional no sentido do descontrole emocional, muitas vezes acompanhado de alterações orgânicas dos familiares, quando seu ente querido é levado para a UTI, sendo muitas vezes necessário o atendimento médico no pronto socorro para algum deles.

Muito embora tais reações sejam mais do que previsíveis, a porta se fecha e estes familiares, na maioria das vezes, não recebem informações imediatas sobre o que é uma Unidade de Tratamento Intensivo, para que serve, qual o motivo de se ter optado por este tipo de internação, enfim, quais são o diagnóstico e prognóstico, pois num primeiro momento cuida-se do paciente e a família é esquecida. O tempo da angústia não tem como ser mensurado, até que um membro da equipe se apresente para dar as primeiras informações, criando oportunidade para que se estabeleça um vínculo de confiança entre os familiares e a equipe médica. Porém neste ínterim, esta confiança já pode ter sido abalada, se este vínculo não for estabelecido no momento oportuno, o que poderia ser de importância capital para uma possível longa jornada hospitalar.

Além disto, muitas vezes os familiares nunca entraram numa UTI, podendo ser a primeira internação de um de seus entes queridos, e a primeira situação de separação do, agora, paciente. Invariavelmente, a internação neste tipo de unidade de tratamento sempre é dolorosa para os familiares, porém numa primeira vez, acresce-se ainda ao nível de estresse, o inusitado da experiência.

Conforme exposto anteriormente, com esta pesquisa espera-se melhorar a condição de saúde do familiar do paciente, entendida aqui como na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que a considera como um estado de bem estar físico, mental, espiritual e social, e não apenas a ausência de doença.

Por fim, acredito que a percepção pelo paciente do apoio emocional oferecido à sua família pode contribuir para sua recuperação e alta hospitalar, uma vez que propicia indiretamente o aumento do nível de satisfação e confiança de paciente/familiar com equipe de saúde/instituição e vice-versa.

Para dar cabo desta tarefa de compreensão dos sentimentos que afloram nos familiares de pacientes internados em UTIs e poder ajudá-los, num primeiro capítulo apresento uma breve evolução histórica da família por meio da iconografia tendo como norteador Ariès (1973), abrangendo definições de conceito, estrutura, dinâmica e funções da família do ponto de vista de diversos autores. Nesta pesquisa, a Teoria Sistêmica foi adotada como modelo de entendimento da dinâmica familiar.

No segundo capítulo exponho uma breve evolução histórica da Instituição Hospitalar em si, apontando que até o século XVIII, a elite quando adoecia era preferencialmente tratada em seus lares, por seus familiares. No século XIX há uma inversão no conceito dos cuidados e valores, levando a elite aos hospitais. Por fim, a partir do século XX busca-se um equilíbrio de cuidados para os doentes, entre hospital e família. As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) ganham destaque em meados do século XX, com o avanço da tecnologia, da ciência e das minúcias das especializações como apresentado no terceiro capítulo.

O quarto capítulo mostra como o profissional psicólogo deve estar preparado e os desafios que enfrenta para que possa atuar numa UTI. Sua atuação faz uso de um conjunto de saberes de sua própria área, trabalhando lado a lado com outro conjunto de saberes de outras áreas, configurando-se como um fazer multidisciplinar. Somando-se a essa condição, o fato de dialogar com diferentes conjuntos de saberes, acresce ao fazer deste psicólogo o caráter interdisciplinar. Ambas, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, e a utopia de, por meio do diálogo, proporcionar a construção de novos saberes, constituem-se na transdisciplinaridade, ampliando assim todos os conjuntos de saberes, e em decorrência beneficiando tanto ao paciente, quanto seus familiares e a própria instituição.

O quinto capítulo contextualiza a pesquisa e apresenta seu objeto de estudo na especificidade de seu *lócus*.

O sexto capítulo fundamenta esta pesquisa com a Teoria do Apego e entrelaça a compreensão do momento da separação compulsória do familiar.

Em seguida, são apresentados os objetivos deste estudo, que justificam a escolha pelo método qualitativo, e por fim os resultados e discussão dos elementos que contribuem para uma melhor condição de saúde dos familiares de pacientes internados em UTIs.

CAPÍTULO 1 - A FAMÍLIA

E Deus criou o homem à sua imagem; à imagem de Deus ele o criou; e os criou homem e mulher. E Deus os abençoou e lhes disse: Sejam fecundos, multipliquem-se, encham e submetam a terra; dominem os peixes do mar, as aves do céu e todos os seres que rastejam sobre a terra.

Gênesis 1:27-29

1.1 Um breve histórico

O termo família origina-se do latim *famulus*, que pode significar criado, servidor ou escravo doméstico. Esta terminologia começou a ser utilizada na Roma Antiga para denominar um conjunto de empregados de um senhor. Estes escravos domésticos dedicavam-se principalmente ao trabalho agrícola em suas terras. Segundo Ariès (1973) o aparecimento do tema família na iconografia se dá, ainda que timidamente, a partir do século XV, porém avalanches de imagens podem ser vistas a partir do século XVI, sendo que a representação destas imagens por meio da pintura aponta para retratos de famílias. Já o sentimento de família na iconografia só é possível ser visto a partir do século XVII.

O sentimento de família pauta-se nos valores que surgem da coabitação, da intimidade na vida da casa. Portanto, a família enquanto linhagem não necessariamente se encontra num espaço comum.

Os historiadores do direito e da sociedade mostram que um grupo social, chamado de família, pode estar unido tanto pelos laços de sangue, quanto pela coabitação ou ainda por ambos os motivos.

No século XVI, a capacidade de domínio da mulher, já enfraquecida ao longo do tempo, entrou em decadência substituindo o conceito de família matriarcal, pois outros valores começaram a entrar em cena.

O poder paterno, que aflorou a partir do século XVI, destituiu não somente a mulher, mas também a exaltação dos laços de linhagem que vigoravam na época medieval.

No século XVII, entra em questão a importância da religião. Na iconografia das famílias aparecem cerimônias de batismo dos filhos com a presença de padres nestas pinturas.

No século XVIII, as famílias começaram a se preocupar em resguardar a intimidade familiar, a discricção, o isolamento, enfim, a distinguir o público do privado. Há uma transformação arquitetônica das casas, aparecem os cômodos e suas especificidades. A família é primordialmente o casal e seus filhos e as relações jurídicas dela resultantes, levam-se em consideração também, que o casal já é fruto de duas descendências (ARIÈS, 1973).

No século XIX e início do XX o modelo de família conjugal, das famílias do século XVIII, é ainda o mais visível. A preocupação com a educação e saúde dos filhos é tema central destas famílias. A família moderna se preocupa também com a igualdade entre os filhos.

Na Modernidade além da socialização primária que acontece no seio familiar, surge a socialização secundária que é adquirida pelas crianças principalmente nos internatos e escolas. Neste sentido, pode-se questionar: Os laços existentes entre a família moderna e a escola, as preocupações socioeducativas, de saúde e de justiça social, podem vir a ser um pilar norteador da família pós-moderna? Ou será a união dos casais, independente dos sexos envolvidos, baseada no amor e na solidariedade, o pilar norteador?

A partir de 1960 até os dias de hoje a história se refere à família pós-moderna. A família pós-moderna estampa um aumento gradual da aceitação do divórcio, um declínio da Instituição do casamento formal, o incremento do casamento consensual, baixa taxa de fecundidade nos casamentos formais, fecundos de “produção independente” ou extraconjugais. Na contemporaneidade é fato: o aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho e sua independência financeira, os novos métodos contraceptivos e conceptivos, as relações homoafetivas com adoção de crianças, formando assim famílias homoparentais. A sexualidade exercida fora da esfera do matrimônio, o exame de DNA, o incremento nos direitos da criança, do idoso, dentre outros.

Cervený (2007) nos convida a refletir sobre o conceito por ela desenvolvido de família em movimento e nas inúmeras contingências que não estavam presentes na família de Adão. O social, o econômico, o ecológico, o cultural, o tempo, o espaço, são algumas das inúmeras variáveis, afirma ela, que na contemporaneidade perpassam as famílias.

A visão sociológica de Singly (2007) argumenta que a família contemporânea é relacional, é pública e privada e, é individualista. A família contemporânea define-

se mais pelas relações internas travadas no âmbito familiar, e menos como instituição. Segundo este autor, pode-se atribuir à família um futuro incerto, pois, independente dos entraves e constrangimentos sociais a que esteja sujeita, os indivíduos ainda constroem suas próprias histórias.

Na visão sócio-histórica é das próprias mudanças internas das famílias da contemporaneidade que surgem novos contextos, que se articulam entre si, tecendo uma trama essencialmente dialética na qual afloram novas formas de ser e estar enquanto família (ROMAGNOLI, 2007).

1.2 Conceitos de família

Todo ser humano pertence ou já pertenceu a uma família, ainda que não a conheça ou não esteja se relacionando com a mesma. Existem diversos conceitos para estabelecer o que é uma família. Esta pesquisa apoiou-se nos princípios do pensamento sistêmico, e acredita que todo conceito é relativo, não absoluto e suas definições são incompletas e condicionadas.

Para Minuchin (1990), família é um conjunto invisível de exigências funcionais que ordena a interação dos membros da mesma, considerando-a, igualmente, como um sistema, que opera por meio de padrões transacionais. Deste modo, no interior da família, seus membros têm a possibilidade de construir subsistemas, com a capacidade de serem formados por função, geração, sexo ou interesse. Para o autor a família é determinada numa dimensão social, cultural e universal.

De acordo com Andolfi (1981), família é um sistema entre sistemas, e é necessário o estudo das relações interpessoais e das regras que regulam a vida dos grupos significativos a que o sujeito pertence, para a compreensão do comportamento de seus membros e para a proposta de intervenções eficazes.

Lidchi; Eisenstein (2004), Relvas (1996), assim como Minuchin (1990), reconhecem que a família é uma unidade de funcionamento que é maior que a soma das partes individuais. O funcionamento, a estrutura, as normas e crenças que determinam os padrões repetidos de comportamentos devem ser analisados de forma holística.

Segundo Romagnoli (2005), família exige regras internas que a diferencia de classes distintas, assim como modelos que diferenciam formas familiares dentro de

uma mesma classe social, em seu conceito a família é determinada numa dimensão sócio-histórica e cultural.

Para Hintz (2007), família deve ser compreendida dentro do contexto cultural, pois, família é composta por indivíduos, seres biopsicossociais, inseridos num meio cultural com suas particularidades e modos de vincularidade. Cerveny (2007) aponta que, historicamente, a família continua descendendo de outra família, mantendo uma herança intergeracional de crenças e mitos que funcionam como mantenedores do passado.

Na contemporaneidade o conceito judaico-cristão de família vem sendo desafiado em virtude do maior poder de opção das relações interpessoais, a sociedade está mais flexível, o que, relativamente, aproxima a família do próprio desejo de cada um e vice-versa, em contraponto com conceitos pré-determinados de ideal de família ou de família ideal. Portanto, o conceito de família na atualidade, além de complexo, necessita estar em permanente construção (SOUZA; RAMIRES, 2006).

1.3 Estrutura e dinâmica familiar

A estrutura e a dinâmica de uma família caracterizam a configuração da mesma. As características objetivas tais como número de componentes, religião, idade, sexo, escolaridade, profissões e nível econômico configuram a estrutura familiar. As características subjetivas referentes à maneira de se relacionar e da comunicação intramembros configuram a dinâmica familiar (CERVENY; BERTTHOUD, 2002).

Estrutura familiar é um conjunto de códigos que organiza a família. São padrões que mantêm a coerência familiar, até que uma necessidade maior aconteça e seja imprescindível alguma transformação (LIDCHI; EISENSTEIN, 2004).

Para Hintz (2007), a estrutura da família contemporânea reproduz em seu micro contexto a ampla transformação que está ocorrendo no macro contexto sociocultural. Assim pensando, se o grupo familiar tiver uma estrutura mais flexível, poderá se adaptar ao contexto biopsicossocial e cultural no qual está ocorrendo a transformação.

A Idade Média, por sua vez, privilegiava a estrutura ampla, dos laços sanguíneos, que se modificou para estrutura conjugal orientada para um casal e seus filhos na Idade Moderna.

Na Pós-Modernidade observa-se uma diversidade de constituições. Dentre elas a de casal sem filhos, a monoparental, a homoparental, a comunitária, também coexistindo com a conjugal clássica, o casal heterossexual e seus filhos.

Esta constatação significa que a família pós-moderna é desestruturada, ou ela sustenta uma diversidade de estruturas? Esta pesquisadora acredita que toda família possui uma estrutura, que lhe é própria e singular, sendo que qualquer tentativa de normatização seria uma ação preconceituosa. De acordo com Calil (1987, p.20), “[...] ao lado da necessidade de se manter estável, a estrutura familiar precisa também adaptar-se a mudanças”.

A Pós-Modernidade e suas inúmeras e efêmeras transformações sociais acabam por produzir transformações nas estruturas e dinâmicas familiares.

Na contemporaneidade, observam-se fenômenos que implicam em reestruturações. Um deles é a maior longevidade dos indivíduos, os recasamentos e a luta pela formalização do casamento entre indivíduos do mesmo sexo.

Conforme reflexões de Calil (1987), cada família possui organização e estrutura específica dependendo da forma como seus subsistemas interagem entre si e com os sistemas comunitários.

Segundo Minuchin (1990), a maneira como o sistema familiar interage internamente (intramembros) e com o meio sociocultural num dado contexto histórico demonstra o tipo de fronteiras que a tipificam. A função macro destas fronteiras é a de proteger a diferenciação de cada sistema familiar e/ou internamente (micro) permitir a individuação de seus membros.

Nas famílias que giram em torno de si mesmas, as fronteiras são difusas e seus membros podem ter dificuldade de individuação, prejudiciais às habilidades cognitivo-afetivas e sociais.

Nas famílias em que as fronteiras são excessivamente rígidas, seus membros podem ter dificuldade de compartilhar do sentimento de pertencimento, além de exigir um nível elevado de estresse nos momentos em que é necessário o apoio intramembros.

Logo, famílias com fronteiras excessivamente rígidas ou com fronteiras difusas seriam os dois extremos de uma linha imaginária de normalidade, que não existe.

A funcionalidade ou disfuncionalidade de uma família não está necessariamente imbricada com o tipo de fronteira e, sim com a eficácia, eficiência e efetividade em responder às pequenas e/ou grandes crises que, inevitavelmente, aparecerão ao longo do caminho. Portanto, funcionalidade ou não funcionalidade é uma característica dinâmica que toda e qualquer estrutura familiar enfrentará em momentos específicos como, por exemplo, nos casos de doença de um de seus membros com internação hospitalar numa unidade de terapia intensiva.

A estrutura familiar evoca também a condição de papéis sociais e suas respectivas funções. Neste sentido, o funcionamento desse sistema estaria necessariamente ligado à rigidez da posição de um papel e sua expectativa de comportamento? De acordo com Mello Filho (2004, p. 59) “Na Pós-Modernidade, a família, apesar de tudo, se mantém com suas estruturas e funções e, por outro lado se atrofia e desvaloriza”.

Tal pensamento pode conduzir à seguinte questão: Seria possível, no século XXI, pensar em papéis familiares estanques, sem múltiplas funções?

1.4 Funções da família

Assim como os papéis, a função é igualmente implícita à família. A família como conjunto social, ao longo do tempo, assume ou renuncia a funções de proteção e socialização de seus membros, como respostas às necessidades da sociedade as quais pertencem. Nesta perspectiva, as funções da família são norteadas por dois objetivos, um interno para a proteção psicossocial de seus membros, e outro externo para a acomodação da cultura e sua propagação. A família necessita responder às mudanças externas e internas a fim de atender às novas nuances que se apresentam, porém, sem perder sua função de transmissão das referências para seus membros (MINUCHIN, 1990).

No mundo atual, compreendendo-se a função familiar sem o referencial apenas biológico (função reprodutora), destaca-se a importância da mesma como um grupo afetivo de cuidado e apoio para seus membros. A maior longevidade dos indivíduos, em grande parte devida aos avanços da Medicina, alterou não somente a

estrutura do grupo familiar, mas também funções. Uma notável mudança é o cuidado das crianças pelos avós e vice-versa, diminuindo a distância entre os dois polos do ciclo vital. Outra importante mudança é a ajuda financeira dos idosos, haja vista a instabilidade econômica em que vivem os jovens casais no contexto atual. Muitas vezes, são também os idosos que mantêm o elo entre as gerações com o aumento do número de divórcios e dos recasamentos (FÉRES-CARNEIRO, PONCIANO; MAGALHÃES, 2007).

À família cabe também a função de educar seus integrantes e, conseqüentemente, quando lançá-los no contexto social estará cumprindo uma função social. Sob esta perspectiva, a proteção carinhosa como função familiar não pode ser perdida, pois com isto corre-se o risco dos membros de uma mesma família, ao invés de aliados, tornarem-se inimigos (COSTA, 1989).

A transmissão geracional vai além da unidade familiar, estendendo-se aos elos socioculturais. A família continua tendo um papel central no processo de vinculação psíquica e sociocultural, que constitui a formação de cada sujeito. (FÉRES-CARNEIRO, PONCIANO; MAGALHÃES, 2007)

Excluindo-se valores e preconceitos, é possível afirmar que a família continua transmitindo às futuras gerações a informação de que se relacionar ainda é fundamental para seres humanos, o que nos leva a indagar: Seria função de uma família cuidar de um dos membros que adoecer?

1.5 Família e doença

Segundo Osório (2004), não é necessário conhecer os processos intrapsíquicos de uma família para poder manejá-la. Observando-se a dinâmica de seus comportamentos, suas reações emocionais, suas formas de comunicação e suas doenças, é possível saber muito sobre ela.

O(s) sintoma(s) patogênico(s) de um membro da família pode estabelecer a expressão de uma disfunção familiar, mesmo que isto seja um consenso entre todos os membros da família. Geralmente famílias rígidas escolhem um membro para ser o problema e assim manter a estrutura familiar inadequada (MINUCHIN, 1990).

O doente pode ser o que emerge da situação conflitante do seio familiar o qual pertence ou no qual está imerso. Muitas vezes, é este doente que dá sentido e significado deste poder existir familiar. Ele, doente, pode ser um pedido de ajuda

para toda uma família doente, proveniente da incapacitação de verbalização da mesma. O adoecer como a teatralização do conflito intrafamiliar onde o doente é o protagonista da peça.

Mello Filho (2004) enfatiza a importante relação entre o doente, a família e as possibilidades mórbidas daí decorrentes. O autor é enfático na afirmação que existe uma tríade doente-doença-família que não é possível dissociar, então a família é parte integrante de qualquer tratamento de saúde e necessita de assistência tanto quanto seu ente em situação de doença.

Para Scliar (2007), o conceito de doença dependerá de valores dos indivíduos, de concepções religiosas, filosóficas e científicas num dado momento histórico, cultural e social.

Pensando o contexto familiar como habitat do ser humano, é nesse meio em equilíbrio/desequilíbrio que ele precisa se sustentar para não deflagrar patologias orgânicas, psíquicas e comportamentais. Estas patologias por sua vez não se dissociam e, além disto, se entrelaçam com o meio social onde a família está inserida.

Observa-se como a doença emerge frequentemente de configurações familiares patológicas que propiciam a descompensação de um ou mais membros desta família. Ao mesmo tempo, a doença é função de configurações ainda mais amplas, como as estruturas socioeconômicas e culturais, dentro das quais se desenvolve (MELLO FILHO, 2004), o que nos leva a refletir sobre se a família exerce função terapêutica ou iatrogênica para o doente.

O familiar iatrogênico tem medo que o doente verbalize a doença em que se encontra a dinâmica familiar e/ou é aliado do doente para que se mantenha o *status quo*. Conforme elucida Mello Filho (2004, p.51) “É preciso compreender que vezes há em que o paciente e acompanhante formam uma configuração tão íntima e imbricada que só lentamente pode ser dissolvida”.

Costa (1989) e Campos (2004) consideram que o sujeito num momento de desamparo, que é inerente à situação de doença, necessita de proteção amorosa e, vai além, indicando a necessidade de respeito e da comunicação da verdade sobre o que de fato está ocorrendo.

Ao se considerar as reflexões de Campos (2004, p.141) de que “[...] a cada momento, o homem, mesmo que adulto precisa do outro para sentir-se amado, estimado, valorizado, compreendido, informado e cuidado”, pode-se compreender

que o ser humano em sua essência é um ser gregário, em sua evolução, e que dentro do Ciclo Vital Familiar é capaz de atingir uma situação de independência e autonomia, o que não inclui sua independência emocional. Assim, a necessidade do suporte social inicia-se no nascimento, no momento de dependência materna absoluta, e estende-se durante todo o ciclo vital individual nas diferentes redes sociais nas quais o sujeito circula.

O sistema familiar evolui durante o tempo, apresentando-se em estágios. Para cada estágio observam-se tarefas intrínsecas ao mesmo. De acordo com Minuchin (1990), quando se passa de um estágio para outro, ocorrem transformações estruturais e funcionais na família.

Em cada etapa do ciclo da vida, a família precisa lidar com algumas situações que lhe são intrínsecas. Quando uma situação de doença se instala em um de seus membros, a(s) tarefa(s) daquela etapa do ciclo da vida é superposta por mais uma variável que precisa ser manejada (MAZUTTI; GARCIA, 2010).

O adoecimento pode ser considerado um acontecimento não esperado no *script* familiar, esteja ela em qualquer momento do ciclo vital. A superproteção do membro adoecido ou a indiferença pelo mesmo podem afetar uma das importantes funções familiares que é a estimulação da adesão ao tratamento recomendado.

Burd; Mello Filho (2004) destacam que a falta de um suporte social satisfatório aumenta a incidência de doenças físicas, emocionais e psicossomáticas, e diminuem a aderência aos tratamentos de saúde, levando-se em conta também as condições socioeconômicas. Por conseguinte, aumentando as morbidades e a mortalidade.

Um paradoxo se apresenta: a família ao mesmo tempo em que funciona como o primeiro suporte social de um sujeito no momento de doença, pode por outro lado, ser um gerador de doença no sujeito. Qualquer quebra na estrutura familiar ou desarranjo em seu funcionamento transforma-se em fator altamente estressante em seus membros.

A história de vida de cada família, a história de vida de cada membro, pode (m) nortear os recursos de enfrentamento do acontecimento doença que está sendo vivenciado. Neste sentido, o equilíbrio entre a coesão familiar e a autonomia emocional de cada um de seus membros, assim como a rigidez ou a flexibilidade intrafamiliar e intersocial, podem determinar a funcionalidade da mesma nos momentos de crise, como no caso da doença.

De acordo com Burd; Mello Filho (2004), a doença aguda, além de súbita e inesperada, pode disparar ansiedade nos familiares, seja pelo fato de que seu ente sentirá dor, ou que irá ficar afastado de casa pela necessidade de uma internação hospitalar, ou ainda que poderá ficar incapacitado por uma sequela ou evoluirá para o óbito dentre outras. Ao se considerar tais fatores, a ausência deste sujeito no seio da família, por internação hospitalar, necessitará de transformações na estrutura e funcionalidade familiar.

A doença crônica, em oposição à aguda, também acarreta ansiedade na família só que com um caráter permanente, sendo que também necessitará de transformações em sua estrutura e funcionalidade. As repetidas situações de crise e tensão, as incertezas quanto ao futuro, abalam os membros da família e o sistema em sua totalidade. O doente crônico coloca persistentemente a funcionalidade de sua família em cheque (BARROS, 2004).

Em consonância com os estudos de Dórea; Lopes (2010), a procura, às vezes desenfreada, por informações e tratamentos possíveis e impossíveis podem aumentar a ansiedade e a insegurança familiar, não só pela grande quantidade ou escassez, como também pela contrariedade intrínseca das mesmas.

O pacto do silêncio, segundo Ismael (2004), é a decisão da família ou do doente de manter a doença e/ou prognóstico em segredo com a intenção de proteger algum(s) de seu(s) membro(s), ou mesmo o doente pela crença de que não suportarão a verdade. Formam-se, assim, duas frentes intrafamiliares, os “fortes” que detêm as informações e os “fracos” que não podem sabê-las. Segundo Burd (2004), desta forma a dor emocional não pode ser expressa por quem tem a doença ou por se ter alguém que se ama com a doença, prejudicando o enfrentamento da situação e obstruindo o compartilhamento da dor.

Para Burd (2004), assim como o doente, a família também aciona mecanismos de defesa e passa pelas fases descritas por Kübler-Ross (1998), quando algum membro da família é diagnosticado com uma doença com prognóstico desfavorável.

Na primeira fase, com o impacto da notícia, vem a negação total passando à parcial, em seguida a raiva com seus deslocamentos, que culpa alguém ou alguma coisa. A terceira fase, da barganha, na qual os familiares negociam com suas crenças. Nesta fase o grande perigo é a superproteção ao doente, ou o início do pacto do silêncio, tido como um mecanismo de defesa negativo. Na fase de

depressão, vista como um mecanismo de defesa, neste caso torna-se positiva, pois encaminha os familiares para a última e quinta fase que é a de aceitação. Aceitação no sentido de compreensão para melhorar a qualidade de vida do sistema familiar aí incluso o doente, prevenindo o adoecimento de toda a família e sua não funcionalidade.

Por fim, a doença pode acabar se tornando o foco da família, enquanto todas as outras questões que envolvem o contexto familiar acabam também por girar em torno da mesma. Então, quando a doença ou o doente se tornam o controlador do sistema familiar, o mesmo pode estar fadado a rupturas e ser um meio propício para o surgimento de novas doenças (BALIEIRO; CERVENY, 2005).

As mesmas autoras concluem que doença e família apresentam-se como uma relação difícil tanto de ser vivida como explicada, pois ambas estão imersas em uma história antiga, inseridas em culturas e realidades diversas, entrelaçadas com outros sistemas que as englobam. Portanto, a reflexão do binômio doença-família deve considerar todas estas variáveis, numa dimensão interdisciplinar.

Logo é importante considerar quem adoeceu na família, se o provedor financeiro, se o provedor emocional, ou ambos. Qual era o papel que o, agora doente, exercia na família? Qual será o grau de implicação desta ausência no cotidiano do sistema familiar? Existirá alguém que possa assumir este papel?

Enfim, a família necessita se reorganizar, redistribuir papéis, enfrentar múltiplas transformações em vários âmbitos da vida. Muitas vezes recursos de enfrentamento que em outras situações adversas da vida foram suficientes, desta vez podem não surtir efeito ou serem insuficientes para o manejo da situação. Buscar novas estratégias se impõe e não é tarefa fácil, visto que não é possível encobrir o foco “presença de doença” para encontrar novos caminhos, há que se conciliar a “presença de doença” e flexibilidade, criatividade, carregando a dor emocional, na construção/desconstrução de novas formas de fazer para suprir as demandas que se apresentam.

CAPÍTULO 2 - A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

A presença de doença interfere não apenas na vida de pacientes, mas também envolve familiares, profissionais, instituições e, em última instância, a sociedade.

Gouveia-Paulino; Franco (2008)

2.1 Uma breve evolução histórica do hospital

Apesar de a primeira Instituição hospitalar datar de 360 d.C., na Itália, as internações hospitalares tornam-se mais visíveis a partir do século XV.

Logo em seu início, o hospital era uma Instituição de cunho principalmente assistencial, focado na pobreza, faltando-lhe recursos técnicos. Também por este motivo, foi usado como critério de exclusão social. As doenças infectocontagiosas, que começavam a ser identificadas, estavam então relacionadas com pobreza, assim como a loucura: dois perigos iminentes de extermínio das classes sociais mais abastadas (BALLONE, 2008).

Logo, até o século XVIII as pessoas que adoeciam e pertenciam às classes mais abastadas eram cuidadas em seus lares, por seus familiares, que obtinham orientações sobre os cuidados a serem prestados, principalmente, pelos sacerdotes cristãos em visitas domiciliares, enquanto os pobres eram reclusos em Instituições hospitalares. Hospital era, então, visto como uma instituição assistencialista católica e não como terapêutica das doenças, sendo que seus recursos humanos eram formados principalmente por religiosos.

O primeiro hospital da América do Sul, a Santa Casa de Misericórdia, foi construído no Brasil, na cidade de Santos (SP), no ano de 1543¹, por Brás Cubas.

No século XIX, com o avanço do conhecimento e das técnicas científicas houve uma inversão brusca de valores. A “cura” se sobrepõe aos cuidados humanos

¹ Braz Cubas, fidalgo português e líder do povoado do porto de São Vicente, posteriormente vila de Santos, auxiliado por outros moradores, iniciou em 1542 a construção da Santa Casa da Misericórdia de Santos, o mais antigo hospital brasileiro, inaugurando-a em novembro de 1543. D. João III concedeu-lhe o alvará real de privilégios em 2 de abril de 1551. A construção do segundo prédio foi concluída em 1665, no Campo da Misericórdia, atual Praça Visconde de Mauá. O terceiro, inaugurado pelo Dr. Claudio Luiz da Costa em 1836 junto ao morro de São Jerônimo, atual Monte Serrat, foi parcialmente destruído por um deslizamento de terra em 1928. O conjunto atual, único remanescente, foi inaugurado pelo Presidente Getúlio D. Vargas em 1945, com 1400 leitos. Sinópsese Histórica - Santa Casa da Misericórdia de Santos. Disponível em: <<http://www.scms.org.br/noticia.asp?codigo=42>>. Acesso em: 09 Jan. 2015.

e espirituais. O hospital passa a ser mais acessível aos detentores do poder econômico (BALLONE, 2008).

Em 1955, entra em vigor o Decreto nº 37.773, o qual entende hospital como a Instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica e cuidados constantes de enfermagem.

De acordo com o documento “Conceitos e definições”, o Ministério da Saúde conceitua hospital como sendo:

[...] parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centros de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. (1977, p.9).

2.2 Família e hospital

Segundo Dallalana (2003), a Instituição hospitalar já nasceu com regras e normas dentre elas a de detentora do saber, e principalmente com a crença de remediar as doenças com a prática da internação, que continua observada e sentida pela sociedade na contemporaneidade.

Sendo assim, diante de uma internação hospitalar, a família perde a exclusividade do papel de cuidadora do paciente em seu processo de doença e, conseqüentemente, da glória de, se houver, de sua cura. Começam a surgir questões nas inter-relações família-equipe de saúde-instituição hospitalar.

Profissionais que trabalham com a família como um todo necessitam habilidades de compreensão e manejo, e ainda a percepção de qual o sentido e significado da doença, se o propósito é integração ou desintegração, proporcionar tensão ou tranquilidade e verificar se existe um líder.

Utilizar a compreensão da doença pela própria família, de modo empático, pode facilitar na busca de estratégias para uma aliança entre família e equipe de saúde em prol do tratamento do binômio doente-doença.

Segundo Alves (2004) existem duas famílias: uma que, porventura, pode propiciar função terapêutica, e outra, a função iatrogênica. A primeira une-se à assistência, solidariza-se com o doente, doença e equipe de saúde, busca recursos para a situação enfrentada. A outra, cobra sem colaborar, exige sem doar, projeta

suas culpas com agressividade na equipe de saúde. Cabe à equipe de saúde fazer a leitura da família iatrogênica que, para além da doença objetiva, pode haver também uma doença intrafamiliar e, além disto, buscar meios para minimizar este entrave.

Diagnósticos graves ou prognósticos desfavoráveis, comunicados à família, podem causar projeção da culpa ou responsabilidade, na figura de algum membro da equipe ou algum membro da família, pois muitas vezes é insuportável a dúvida da gênese da doença (DÓREA; LOPES, 2010).

Mello Filho (2004) sugere também que desde o início de uma internação hospitalar, a família seja acionada para conhecer as reais condições de saúde do paciente, os tratamentos possíveis e/ou propostos, o prognóstico, e receba também tarefas para poder ajudar a cuidar do paciente. Esta atitude funciona como um dos fatores preventivos na desavença instituição versus familiares.

A verticalização da comunicação impede o diálogo entre os saberes científicos dos médicos e o valor dos saberes culturais dos familiares, dificultando ou até mesmo impedindo, o entendimento tanto cognitivo quanto emocional do que está acontecendo com o paciente. Esta é uma questão institucional importante que aponta para a ausência do lugar da família no hospital.

A parceria da equipe de saúde com a família pode ser muito útil neste momento de crise, principalmente diante da habilidade da comunicação assertiva e eficaz por parte de toda equipe, associada à certificação de ter sido possível a compreensão e do que foi dito pelos familiares, justamente para que ambos os grupos se rearranjem diante da nova realidade.

Dalallana (2003) pontua que as diferenças nas expectativas entre hospital e família interferem na relação considerada como ideal. Segundo a mesma autora, a expectativa do hospital é a de que a família compreenda e aceite a necessidade da internação hospitalar de seu familiar pelo tempo que for necessário. À família também cabe entender que informações sobre diagnóstico/prognósticos e consequentes tratamentos podem não ser viáveis em curto espaço de tempo. Já a expectativa da família é principalmente pela informação, de preferência em curto espaço de tempo após a internação, sobre diagnóstico/prognóstico de seu familiar, assim como pela alta hospitalar, o que por vezes não é possível. Logo, as diferenças nas expectativas, podem ser uma das fontes de embate e descontentamento para instituição e familiares.

Segundo Chazan (2004), a família (um ou dois membros) de um paciente internado em Instituição hospitalar deve ser informada regular e claramente pelo médico sobre achados diagnósticos e opções de tratamento. O médico deve escutar atentamente as dúvidas e preocupações da família, fornecer aconselhamento sobre como lidar com o binômio doença-doente, identificar disfuncionalidade familiar que esteja interferindo no tratamento médico e, então encaminhar família e/ou alguns membros para um psicólogo.

A internação de um membro da família em Instituição hospitalar é um acontecimento que pode gerar estresse. Se este acontecimento for sentido como ameaçador e, além disso, abalar a homeostase familiar instaura-se uma crise. A crise mostra-se como uma família adoecida que precisa ser cuidada neste mesmo contexto. Muitas vezes a família precisa encontrar novas soluções e resoluções para este acontecimento, o enfrentamento da hospitalização de seu ente, porém não quaisquer soluções e resoluções e, sim as que forem possíveis, considerando-se o contexto hospitalar e a relação com a equipe de saúde (ROMANO, 2007; DÓREA; LOPES, 2010; GIBAUT *et al.*, 2013).

Logo, diálogo entre família e hospital é base, e é fundamental para que a família possa se sentir acolhida. Enfim, uma conversa entre duas ou mais pessoas na qual existe envolvimento, escuta e percepção recíproca, para que a interação ocorra de forma genuína, estabelecendo-se, por conseguinte uma relação.

E aí..., o hospital, na pessoa do médico fala para a família: “É grave! Precisamos levá-lo para a Unidade de Terapia Intensiva”.

CAPÍTULO 3 – A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

É nas UTIs que os opostos se encontram, de um lado a necessidade de cuidados urgentes e prementes, além da apreensão, de outro lado, a esperança e o sucesso do restabelecimento da saúde e da vida.

ZAHER, 2010; p.175.

3.1 Breve evolução histórica da UTI

Em 1854, Inglaterra, Turquia e França declararam guerra à Rússia, trata-se da Guerra da Criméia. No hospital local (Scutari) a mortalidade chegava a 40%. Evidencia-se neste período a italiana Florence Nightingale de 34 anos, filha de ingleses, poliglota, Irmã de Misericórdia da Ordem Católica de Enfermeiras.

De acordo com os estudos de Padilha; Mancina (2005), por ter nascido em uma família rica e educada, viveu a adolescência participando de uma sociedade aristocrática, na qual teve a oportunidade de estudar diversos idiomas, matemática, religião e filosofia. Extremamente religiosa, desejava ajudar os pobres, os doentes e os menos favorecidos, amenizando-lhes o sofrimento e a degradação. É bem provável que mobilizada por sentimentos de compaixão e caridade, recrutou e treinou 38 voluntárias (leigas e religiosas) e com elas seguiu para a Guerra da Criméia.

De lanterna na mão, essas novas enfermeiras, percorreram as enfermarias diuturnamente tratando os doentes a beira do leito. Surpreendentemente, a mortalidade caiu para 2%.

Segundo estudos de Knobel *et al.* (2006), Florence Nightingale é hoje considerada a primeira enfermeira intensivista, precursora da enfermagem moderna, que mostra as vantagens de separar os pacientes graves em Unidades de Tratamento Intensivo.

A Sociedade Americana de Terapia Intensiva (Society Critical Care and Medicine - SCCM) descreve que em 1914, Dr. Walter Dandy estabeleceu nos Estados Unidos a primeira UTI, no Hospital Johns Hopkins, sendo esta de três leitos pós-operatórios neurocirúrgicos. Portanto estabelecendo o modelo inicial de Unidade de Terapia Intensiva.

Logo, UTIs têm sua origem em unidades de recuperação pós-anestésica (URPA), onde pacientes que foram submetidos a procedimentos anestésico-

cirúrgicos tinham suas funções vitais (cardiológicas, respiratórias e neurológicas) monitoradas.

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira aponta que a partir de 1943, com a demanda, principalmente, das cirurgias de traumatologia e ortopedia pelos feridos na segunda Guerra Mundial (1939-1945), foi observado um incremento das Unidades de Recuperação Pós-anestésica (URPAs).

Peter Safar nascido austríaco em 1924, filho de médicos, migrou para os Estados Unidos quando liberto de um campo de concentração nazista, lá cursou e formou-se médico anestesista. Na década de 1950, estimulou e priorizou o atendimento de urgência-emergência, criando a técnica de respiração boca a boca com massagem cardíaca externa para reverter situações de parada cardiorrespiratória. Por meio de experimentos concretizou para o paciente crítico as técnicas de manutenção de métodos extraordinários de vida. Na cidade de Baltimore (EUA) programou a primeira UTI para pacientes em pós-cirurgia.

A Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB) também aponta que em 1962, na Universidade de Pittsburgh (EUA), este mesmo médico criou a primeira disciplina de *critical care medicine* e, elaborou o projeto de ambulância-UTI de transporte. Peter Safar é considerado pela SCCM o primeiro médico intensivista e o precursor das UTIs americanas.

No Brasil, as UTIs, também se originam das URPAs, preteritamente falando de hospitais universitários, do início dos anos de 1970. O contexto histórico e social daquele momento fomentava as pesquisas científico-tecnológicas. Tanto a matriz estrutural e conceitual como os equipamentos destas UTIs eram importados dos E.U.A.

Porém, desde o início podia se observar a UTI estruturalmente como uma unidade fechada, com os melhores equipamentos disponíveis no contexto, assim como vários profissionais integralmente disponíveis para as tarefas. O caráter da tarefa, portanto, era essencialmente remediativo.

Hoje a Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI) informa que o pressuposto fundamental da Unidade é monitorizar as funções orgânicas e perceber alterações das mesmas logo no início e, assim intervir transformando o prognóstico de doentes graves, que sem estes cuidados, talvez não tivessem grandes possibilidades de vida.

A AMIB complementa as informações da SOBRATI e, considera que além dos doentes graves os doentes com risco de complicações devem também ser tratados em UTIs.

Nas UTIs os cuidados intensivos deveriam ser oferecidos apenas para pacientes cuja condição é potencialmente reversível e com chances de sobreviver, entretanto nelas coexistem doentes à beira da morte que mesmo passando por intervenções acabam por falecer.

Para Senra; Guimarães (2010) a palavra intensiva indica a ideia de intensidade, no caso particular da UTI, da intensidade dos recursos disponíveis para tratar os pacientes ali internados.

De acordo com Knobel (2010), a sociedade ainda relaciona a UTI com a morte por desconhecimento, pois, segundo ele 90% dos pacientes que passam pela UTI sobrevivem e o período médio de internação é de quatro dias.

Contudo, apesar dos esforços atuais para descaracterização da UTI como local para morrer e da tentativa de mudança de paradigma para local de maior segurança para o paciente, o que se observa nos hospitais é os dois aspectos (recuperação e morte) convivendo no mesmo ambiente. Segundo Fonseca *et al.* (2012), este fato se deve, principalmente, ao envelhecimento populacional, ao aumento da frequência de doenças crônicas, e à deficiência de unidades específicas para cuidados paliativos. Com isso, os pacientes com doenças crônicas, e que já foram submetidos a longas terapias, ainda morrem em hospitais, em particular nas unidades de terapia intensiva. Nestes casos, o objetivo de encaminhar pacientes terminais para a UTI é disponibilizar os mais modernos recursos tecnológicos para a manutenção da vida, porém o prognóstico mais provável é a morte e não a recuperação do estado de saúde prévio.

3.2 Conceito e estrutura

As UTIs nasceram da necessidade de se oferecer suporte de vida avançado para pacientes críticos ou agudamente doentes, com instabilidade clínica, mas que, se intensivamente tratados, poderiam sobreviver. Hoje, como discutido anteriormente, a UTI tem caráter preventivo, remediativo e paliativo.

A UTI é uma unidade fechada no ambiente hospitalar, que requer espaço físico diferenciado, equipamentos de alta tecnologia e equipe interdisciplinar. É uma

unidade que faz parte do setor da alta complexidade em saúde, na qual seus serviços são caracterizados por um conjunto de procedimentos, cujo objetivo é proporcionar ao paciente o acesso a serviços de alta densidade tecnológica e profissional especializado (DI BIAGGI, 2001; SENRA; GUIMARÃES, 2010; NOGUEIRA et al, 2012; COSMO et al, 2014).

Logo, tudo é muito urgente, tudo precisa ser preciso e, além disso, a conotação de unidade fechada pode alimentar nos familiares a ideia de que o isolamento do paciente, combinado com tratamento terapêutico intensivo incrementa a garantia da vitória pela vida.

Na contemporaneidade, o isolamento é relativo, e visa principalmente à proteção e segurança tanto dos pacientes, quanto dos visitantes em relação, por exemplo, à contaminação infecciosa quando este for o caso.

O contexto ambiental difere de instituição para instituição, mas geralmente não se tem janelas, algumas hoje já têm o simbolismo janela de vidro. Só que preferencialmente não devem ser abertas, pois é mais um risco para infecção além do risco de desestabilizar a aparelhagem. A temperatura precisa ser minimamente constante para garantir a precisão dos sensíveis aparatos tecnológicos.

Nos dias de hoje pode-se observar UTIs em instituições particulares com televisores individuais, apartamentos independentes inclusive com banheiros. Os familiares podem acompanhar os pacientes em período integral ou períodos estendidos.

A Pós-Modernidade não foi capaz, pelo menos ainda, de extinguir a poluição sonora dos equipamentos. Característica que torna o ambiente irritante, assustador e iatrogênico para o ciclo circadiano².

O paradoxo: O local que se propõe a curar é também um local que pode disparar doenças?

Romano (2007) considera que as estruturas das UTIs são facilitadoras da deflagração de quadros psicopatológicos, nos quais até mesmo os pacientes conscientes podem perder as referências fundamentais para seu equilíbrio. Devido ao objetivo do benefício do equilíbrio eletrolítico, eletrocardiográfico, eletroencefalográfico, da pressão arterial dentre outros, exclui-se o benefício da

² De acordo com Panda, S. *et al.* (2002), com a rotação da Terra, todas as espécies de vida na superfície do planeta estão expostas ao padrão de 24 horas de luz e escuridão. Em resposta a essa variação regular do ciclo claro/escuro, os seres vivos desenvolveram um ritmo (ou ciclo) circadiano endógeno que se repete a cada 24 h.

utilização pelo paciente com condições físicas e/ou psíquicas, de equipamentos tecnológicos, como telefone celular ou computador com internet. Com isso, o bem estar psíquico do paciente na unidade pode ficar prejudicado. A Organização Mundial de Saúde (OMS) já reconhece que o desequilíbrio psíquico é uma comorbidade.

Na rotina diária observa-se que a temporalidade objetiva do estar na UTI é inversamente proporcional a temporalidade subjetiva e espacial do sujeito. Após o segundo dia de internação já é possível observar em alguns pacientes uma desorientação espacial e/ou temporal causada principalmente pelas características ambientais.

É fato que o avanço da Medicina, os recursos tecnológicos e a especialização continuada dos recursos humanos aumentaram significativamente a expectativa de vida. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2013) a expectativa de vida para ambos os sexos está em 74,9 anos. Portanto, apresenta-se aqui um desafio: conciliar esses parâmetros pós-modernos e a qualidade psíquica dos sujeitos.

É necessário na UTI considerar, prioritariamente, o cuidado orgânico dos pacientes, o que acaba desfavorecendo involuntariamente o equilíbrio psíquico dos mesmos, devido às características intrínsecas do aparato tecnológico.

Todavia, conforme estudos de HABERKORN; BRUSCATO (2008, p.125) “Tecnologia e manutenção da dignidade não são antagônicos, mas ações que se sobrepõe no processo do cuidar”.

3.3 Recursos tecnológicos

Desde a Antiguidade, têm-se relatos históricos da realização de traqueotomias³. A mais antiga referência é um hieróglifo encontrado em uma pirâmide egípcia, simulando a realização de traqueotomia (TQT). No entanto

³ O vocábulo traqueotomia origina-se do grego e significa a abertura cirúrgica da traquéia, feita com o intuito de melhorar a insuficiência respiratória do paciente. É um dos métodos de acesso à via respiratória. Os outros são a intubação traqueal e a laringotomia. Traqueostomia acrescenta o sufixo os, referindo-se à existência de uma boca ou abertura para o exterior. Traqueostoma caracteriza a fixação da traquéia à pele, como nas laringectomias. Na literatura, os termos traqueotomia e traqueostomia são usados indistintamente. International Archives of Otorhinolaryngology. Disponível em: <http://www.internationalarchivesent.org/additional/acervo_port.asp?id=40>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

somente em 100 a.C., é que a TQT foi mencionada pela primeira vez, por Asclepiades, na Grécia. A primeira TQT bem sucedida foi realizada em 1546 (MEIRELLES; NEVES-PINTO; TOMITA, 2005).

O desenvolvimento tecnológico do século XX possibilitou suporte a órgãos humanos e funções vitais na UTI, com a ilusão da possibilidade da imortalidade, que ainda não foi alcançada. A consciência da morte e o temor que ela deflagra é sofrimento exclusivo do ser humano. O temor da morte é universal e atinge todos os seres humanos (KOVÁCS, 2002).

Em 1927, Philip Drinker cria o “pulmão de aço”⁴, na Universidade de Harvard, para tratamento de insuficiências respiratórias graves, decorrentes de diversas patologias.

Arquivos fotográficos mostram imagens assustadoras de crianças e adultos com o corpo dentro do pulmão de aço que mais parece um *réchaud* pronto para ir à mesa, somente com a cabeça do paciente para o lado de fora. Hoje, poderíamos pensar como humanização a colocação de espelhos retrovisores, os mesmos eram colocados logo acima da cabeça do paciente, na extremidade deste tipo de *réchaud*, para que aumentasse o campo de visão e, o paciente pudesse estabelecer algum contato com o mundo.

Em 1957, o primeiro ventilador mecânico invasivo⁵ à pressão foi criado pelo engenheiro e médico Forrest Bird.

Em 1989, Bill Griggs realiza o procedimento de intubação orotraqueal (IOT)⁶, para proteção das vias aéreas superiores.

Com a entrada do século XXI já são encontrados pacientes se beneficiando da oxigenação extracorpórea (ECMO)⁷ como suporte respiratório dentro das UTIs. (BASSI *et al.*, 2011)

⁴ Drinker comprova sua hipótese a qual a caixa torácica submetida a pressão negativa externa, haveria o seu deslocamento permitindo a ventilação pulmonar. PHILIP DRINKER - O PULMÃO DE AÇO. Disponível em: <www.medicinaintensiva.com.br/philipdrinker.htm>. Acesso em 10 Jan. 2015.

⁵ Aparelho microprocessado valvular que permite a entrada e saída de ar dos pulmões, oxigenando-os e mantendo estabilidade e segurança do sistema respiratório. A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA GUIA PRÁTICO PARA FAMILIARES. Ferrari, D. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/uti-guia.htm>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

⁶ Segundo Yamanaka *et al* (2010), em pacientes críticos a intubação orotraqueal (IOT) é considerada como um dos principais procedimentos potencialmente salvadores de vida. Sua principal indicação é em situações nas quais haja prejuízo na manutenção da permeabilidade das vias aéreas. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000200002>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

Nas cabeceiras dos leitos de UTI observa-se além do ventilador mecânico uma gama de artefatos tecnológicos, como por exemplo: bomba de infusão e monitor cardiovascular. Estes artefatos são programados para emitir alarmes sonoros diante de quaisquer alterações nos parâmetros previamente definidos.

Começa a despersonalização, pois estes aparelhos precisam ser ligados aos pacientes mediante fios, tubos, cateteres, sondas e afins para dentro e para fora de seu corpo. Foi-se o contorno que delinea e singulariza um corpo e, que nos define como sujeito único. Para isto a tecnologia ainda não encontrou meios mais modernos ou mais discretos.

A maioria dos exames de rotina e procedimentos já é feita à beira leito, como por exemplo, os hematológicos, gasométricos, radiológicos, diálise e hemodiálise, endoscopia, colonoscopia, ultrassonografias, eletroencefalograma, eletrocardiograma, drenagem torácica, cateter de pressão intracraniana (PIC), cateter venoso central periférico (PICC) na subclávia, jugular ou femoral.

Ainda estão impossibilitados de serem realizadas beira leito as tomografias e ressonâncias magnéticas principalmente pelas dimensões do equipamento.

Pelo descrito anteriormente nota-se que o desenvolvimento tecnológico do último século alavancou as possibilidades das funções vitais e de vários órgãos humanos nas UTIs, porém a tecnologia não pode se dissociar das possibilidades de sofrimento humano, e nem desconsiderar o aperfeiçoamento dos recursos humanos, pois serão eles os principais gerenciadores destas tecnologias avançadas.

3.4 Recursos humanos

A UTI requer uma imensa gama de profissionais que atuam ininterruptamente, 24 horas por dia, 365 dias por ano. Os especialistas em cuidados intensivos são chamados intensivistas. A equipe geralmente é formada por médicos, assistentes sociais, biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos,

⁷Técnica que efetua a circulação de sangue através de catéteres permitindo a circulação sanguínea, através de bombas, onde o sangue sofre oxigenação artificial de forma direta (membrana em contato com oxigênio ofertado diretamente no circuito) . Indicada em pacientes com grave comprometimento na oxigenação decorrente do colapso funcional pulmonar. Na foto, Recém Nascido Pré-Maturo. ECMO NA LESÃO PULMONAR((EXTRA CORPÓREA MEMBRANA OXIGENAÇÃO). Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/ecmo.htm>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

nutricionistas, psicólogos, variando em especificidades e quantidade de instituição para instituição (SENRA; GUIMARÃES, 2010).

Dentre os compromissos destes profissionais, segundo a SOBRATI, estão: a dedicação e a vontade de superar a morte, trazer a vida, respeitar os preceitos que norteiam a dignidade humana e sua vontade.

Portanto, a equipe de profissionais de uma UTI é uma equipe formada por muitos profissionais de distintas áreas do conhecimento que precisam atuar juntos, junto do paciente, junto de sua família e junto da instituição na qual está inserida.

Dentre essa gama de profissionais destaca-se o médico intensivista. O médico intensivista é advindo de diversas áreas de atuação e que posteriormente faz uma especialização complementar de mais três anos, que o capacita para esta área, tão complexa e específica.

Já o psicólogo que faz atua nesta área tem primeiramente uma formação hospitalar geral, complementada com a específica em urgências e emergências. De acordo com Dra. Raquel Pusch Souza, presidente da AMIB⁸ (Gestão 201/2011), a Psicologia aplicada à Medicina Intensiva propõe desafios epistemológicos e técnicos que levem à constituição de um corpo de conhecimento próprio, favorecendo o surgimento da prática psicológica aplicada à medicina intensiva, mediante projetos e pesquisas relevantes, tomando como objeto de estudo as relações interacionais entre equipe de saúde e clientela.

⁸ Psicologia – AMIB. Psicologia Intensiva – uma especialidade. Disponível em: <http://www.sbph.org.br/csrbph8/apresentacoes/psicologiaintensiva_20110812_10h30_pusch.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

CAPÍTULO 4 - O PSICÓLOGO INTENSIVISTA

*Não tenho pressa. Pressa de quê?
 Não têm pressa o sol e a lua: estão certos.
 Ter pressa é crer que a gente passa adiante das pernas,
 Ou que, dando um pulo, salta por cima da sombra.
 Não; não sei ter pressa.
 Se estendo o braço, chego exatamente
 aonde o meu braço chega ...*

Alberto Caeiro

4.1 Definição, funções e atribuições

Denomina-se psicólogo intensivista, o psicólogo hospitalar que atua na Unidade de Terapia Intensiva. A inserção do psicólogo nas Unidades de Terapia Intensiva foi regulamentada pela Portaria Ministerial nº 1071, de 04 de julho de 2005, a qual prevê a obrigatoriedade de um psicólogo disponível em UTI.

Já o reconhecimento da especialidade intensivista para o psicólogo se deu por meio do Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva (IBRATI), Portaria de nº 17 de 28 de agosto de 2009 e do MS (Nº 3432 de 12 de agosto de 1998 – RDC de julho de 2010).

Reconhecer e autorizar a presença de um psicólogo na equipe da UTI é tornar possível para pacientes e familiares à expressão do mundo interno, mais do que isto, é ratificar que existe emoção concomitante à doença física e a hospitalização.

Dar escuta a família, conhecer seu passado, como também seu histórico pregresso de doença e perdas, favorece o entendimento e a ação ou novas ações de enfrentamento e elaboração do momento atual vivenciado. Tal postura suscita a transformação e ressignificação para uma dor mais amena e a favor da adaptação que se faz necessária no aqui e agora, caracterizando-se como medida preventiva de transtornos psicológicos, sendo que esta assistência psicológica à família pode ser realizada de forma individual e/ou grupal.

Uma das mais importantes funções do psicólogo intensivista é propiciar um preparo para que as limitações advindas da doença não tragam ao paciente sentimento de menos valia para si e para o mundo (PEREIRA; FELICIANO, 2012). Ademais, aplicar instrumentos de avaliação psicológica quando necessários para incrementar intervenções em sua atuação clínica.

O psicólogo inserido na UTI deve ter condições de compreender as condições clínicas do paciente, os objetivos e as condutas médicas estabelecidas, a fim de poder participar das decisões tomadas em reuniões com a equipe de saúde, contribuindo para o alcance de objetivos e metas, com isto, favorecendo reações psíquicas adaptativas e colaborativas do paciente e seus familiares para os procedimentos propostos.

A orientação para a alta hospitalar deve planejar uma reinserção social com foco na adesão ao tratamento necessário, sem crenças disfuncionais, preparando os familiares para que participem do processo de cuidados pós-alta hospitalar.

Realizar estudos e pesquisas, ter o compromisso de participar de transformações sociais, viabilizar campo para estágio, contribuindo com a formação de novos profissionais, sem perder de vista a qualidade da assistência e o cuidado humanizado para com *pacientes* e familiares, são alguns dos privilégios do psicólogo intensivista (KITAJIMA *et al.*, 2014).

Das atribuições de rotina dos psicólogos se faz presente, o registro do histórico e intervenções com pacientes e familiares em evoluções no prontuário. A participação diária nas passagens de plantão da equipe, como ferramenta de aprendizagem e posterior utilização das mesmas na avaliação da percepção do paciente e familiar sobre diagnósticos e prognósticos.

Da atribuição pontual, identificar e avaliar a necessidade, assim como, a possibilidade da visita para menores de 12 anos. Proporcionando suporte psicológico para os mesmos antes e após a visita.

Para tantos fazeres, Souza *et al.* (2010), elenca várias competências que os psicólogos intensivistas devem possuir, tais como: autocontrole, flexibilidade, aptidão para lidar com adversidades, capacidade para avaliar e intervir de forma rápida, facilidade para se comunicar e ser proativo.

Portanto, o passaporte de entrada para o psicólogo na UTI vai muito além de vestir o jaleco, é imprescindível a ampliação de sua formação, integrando os conhecimentos que ultrapassam os de sua própria disciplina em suas habilidades profissionais, sem perder a postura crítica, reflexiva e acolhedora.

A psicologia intensiva envolve todos os profissionais de saúde da unidade, como artesãos de sua construção, porém, a prática está inseparavelmente ligada ao psicólogo, sendo que a construção teórica de sua abrangência e limites não poderá deixar de levar em conta os recursos de todas as especificidades profissionais.

Logo, todos os profissionais da Unidade devem ter uma formação especializada e qualificada para a tarefa. O grande desafio é que, apesar de toda esta formação, estes profissionais deveriam imprimir à sua prática uma visão holística do paciente, considerando-o em sua integralidade, e que nunca se esqueçam de que junto a um paciente recebe-se também uma família. Trata-se, portanto de um binômio, que não deve ser visto de forma dicotomizada.

A inter-relação entre os diferentes profissionais é imprescindível para que o paciente possa ser visto como um todo e, isto é uma atitude humanizada, embora cada profissional deva ter clara sua função, assim como seus objetivos muito bem definidos.

4.2 A interface do psicólogo intensivista e a equipe da UTI

*A arte de viver é simplesmente arte em conviver...
Simplesmente, disse eu? Mas como é difícil!
Mário Quintana*

Segundo Romano (2007) o primeiro sinal de que a equipe é multidisciplinar é a possibilidade de seus integrantes perceberem que o conhecimento não é algo isolado ou fragmentado. Assim como o paciente também não é algo que se possa isolar ou fragmentar. Todos devem ter conhecimento das atividades de todos e da importância das mesmas, a troca de informações deve ser constante tendo em vista o paciente e sua família.

Para a Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP, 1997), a interdisciplinaridade vai além da multidisciplinaridade enquanto tentativa de evitar a fragmentação das disciplinas, ranço herdado das especialidades, porém deve estar associada a uma atitude que impeça a supremacia de certa ciência em detrimento de outras, visando integrar os diversos saberes científicos das especialidades de uma equipe em benefício do paciente.

No ambiente intensivista, a relação do psicólogo com os demais profissionais da equipe de saúde deve abranger todas as possibilidades de interação. O profissional psicólogo deve estar sempre atento para intercorrências que possam ocorrer durante o desenvolvimento de suas atividades, sem esquecer que deve ser um dos incentivadores emocionais dentro da instituição hospitalar.

Neste sentido, deve haver tanto na equipe multidisciplinar, quanto na interdisciplinar o desenvolvimento do trabalho e saberes aplicados de cada área, pelo acompanhamento do trabalho em equipe. Tal concepção traz à baila a questão da transdisciplinaridade, termo cunhado por Jean Piaget em 1970 num encontro científico em Nice, na França. Nesta ocasião ele afirmou que transdisciplinaridade é uma etapa superior a interdisciplinaridade (MANFREDO, 2012).

Para Nicolescu (2008) transdisciplinaridade é a transgressão das fronteiras entre as disciplinas. Este físico-matemático nos instiga a refletir que no século XXI precisamos de alguma forma propiciar a vinculação entre as diversas disciplinas. Segundo ele, enquanto a multidisciplinaridade é o estudo de uma dada disciplina na visão das outras e, na interdisciplinaridade transmite-se os métodos adotados por uma disciplina a outra. Na transdisciplinaridade, ele propõe estar-se ao mesmo tempo no campo disciplinar, entre as diversas disciplinas, e ir além delas, procurando-se a compreensão por meio da unidade do conhecimento formado pela multi, inter e transdisciplinaridade, ultrapassando assim o pensamento clássico. De acordo com sua percepção, a transdisciplinaridade deve ser considerada como nível multidimensional da nova realidade de pesquisa.

Além disso, cada profissional deve estar sempre adquirindo novos saberes referentes à sua área de atuação numa educação continuada, e indo mais além como nos ensina Mário Quintana: simplesmente conviver sem a capa do profissional como escudo, simplesmente como seres humanos.

CAPÍTULO 5 - O PACIENTE, A FAMÍLIA, O PSICÓLOGO E O CONTEXTO DA UTI

*Que minha solidão me sirva de companhia.
Que eu tenha a coragem de me enfrentar.
Que eu saiba ficar com o nada.
E mesmo assim me sentir.
Como se estivesse plena de tudo.*

Clarice Lispector

5.1 Paciente e UTI

Os pacientes admitidos na UTI podem vivenciar uma ameaça de vida, dentro deste contexto tão complexo, há muitos aspectos que não são agradáveis. A estrutura arquitetônica impessoal deste ambiente pode gerar ansiedade, depressão e estresse, pois pode estar representando uma situação limite (FUMIS, 2004; COSMO *et al.*, 2014)

O profissional da equipe de saúde ao entrar na UTI veste e despe o paciente, ou melhor, ele é despido e destituído de quase tudo. No momento da entrada na UTI, normalmente a primeira ação da equipe é a retirada das roupas do paciente, inclusive as íntimas, os símbolos que incluem aliança, adornos de proteção (peruca, solidéu, chador) ou superstição não importa, em nome dos procedimentos. Esse processo de admissão remete a outras perdas, a da saúde e a dos direitos (SENRA; GUIMARÃES, 2010).

Na Pós-Modernidade e em nome da humanização em algumas UTIs já é possível negociar e até estimular a presença dos objetos citados e incluir outros, como por exemplo, fotos de familiares, retirando-os, quando necessário no momento de algum procedimento.

Na escala filogenética, o homem é o único animal que se sabe mortal. A consciência da morte faz parte das conquistas constitutivas do homem (OLIVEIRA, 1998).

Porém, na UTI quando esta condição é sentida pelo sujeito do morrer, é possível assistir à representação do pavor que isto provoca. O colorido do sofrer, a negação, a barganha, a subjetividade do desamparo.

Para evitar a síndrome da UTI os pacientes hoje são convidados a utilizar suas próteses auditivas, visuais e dentárias, enfim as que possuem, quando possível.

Síndrome da UTI, segundo Romano (2007) é a desorientação alopsíquica do paciente em virtude principalmente das condições arquitetônicas, ambientais e pessoais pelas quais os mesmos passam em UTIs tradicionais. Geralmente, a desorientação temporal acontece primeiro, sendo precedida ou não pela desorientação espacial.

Para amenizar estes problemas algumas instituições já estão se adequando, reformulando e reformando, numa sobreposição de qualidade de vida e humanização dentro das UTIs.

O estar na UTI do paciente é um critério médico, a qualidade deste estar é o caráter da tarefa do psicólogo junto com toda a equipe da unidade.

Em muitas condições clínicas do paciente ainda não é possível ir além do estar deitado em decúbito dorsal ou lateral até 30 graus de angulação em relação ao chão. Se todo paciente deitado com uma camisola parece igual, todo profissional com um jaleco ou vestido com um uniforme, tipo pijama, da mesma cor (a cor depende da instituição), parece igual.

Aos psicólogos cabe adotar o que Romano (2007) chama de práticas terapêuticas, que devem incluir toda a equipe, não é uma prática exclusivamente psicológica, porém mostra-se eficaz no combate a síndrome da UTI.

Então, em prol do paciente internado na UTI cabe aos profissionais, relacionarem-se com ele, chamando-o pelo nome, pelo nome que ele gosta de ser chamado. A este profissional cabe ainda identificar-se e informá-lo de sua respectiva função. Cumprimentá-lo com bom-dia, boa-tarde, boa-noite, boa-madrugada, pedir licença, por favor, agradecer e sorrir, já que o trabalho não para por 24 horas. Ser criativo e espontâneo nas orientações do dia, mês, ano, estação do ano, trazer notícias do mundo e conversar.

Além disso, existe a ansiedade reativa sobre o próprio estado de saúde, a alteração do ciclo circadiano, a movimentação da equipe de saúde, a falta de privacidade, os gemidos e a visão, às vezes não muito agradável, dos outros pacientes.

As práticas terapêuticas citadas acima, assim como os esclarecimentos sobre os procedimentos, necessitam ser repetidas diuturnamente, pois, como os saberes psicológicos nos ensinam, numa situação de estresse a memória e a compreensão do sujeito podem ficar algo prejudicadas.

No século XXI, ainda não há desenvolvimento tecnológico capaz de minimizar algumas condições iatrogênicas em relação ao paciente, as quais já eram citadas por Oliveira (1998) na década de 1990. Assim, os intensos e ininterruptos ruídos dos aparelhos tecnológicos, os barulhos fisiológicos, os gemidos, as conversas entre os membros da equipe de saúde, a temperatura constante do ambiente, as condutas terapêuticas, muitas vezes invasivas e dolorosas e que não tem hora para acontecer, os odores dos remédios, dos desinfetantes e da fisiologia humana ainda se fazem sentir.

Com os pacientes que possuem condições clínicas e psíquicas favoráveis, além do atendimento psicológico propriamente dito podem ser utilizadas atividades lúdicas ou artesanais não infantilizadas, mas adequadas e singulares, respeitando-se as orientações do Serviço de infectologia da instituição e a vontade do paciente. Também se as condições clínicas forem favoráveis já é possível ver o paciente num “footing” com o fisioterapeuta, utilizando o banheiro sob a supervisão do técnico de enfermagem para as necessidades fisiológicas e para o banho no chuveiro.

Contudo o toque que acolhe, às vezes, necessita vir intermediado por uma luva estéril, e o sorriso que convida para o convívio, com o anteparo da máscara de proteção.

O toque terapêutico como sugere Souza *et al.* (2010) precisa ser avaliado com cautela tendo em vista valores, crenças e o desejo, tanto do paciente como do familiar. Sob este ponto de vista é necessário contextualizá-lo.

Nas Ciências Exatas trabalha-se com algum referencial concreto para quantificar, na UTI o referencial é o paciente e suas habilidades para qualificar. E quando tudo isto não é possível pelas condições clínicas do paciente?

Então ele estará deitado em decúbito dorsal ou lateral, com no máximo 30 graus de angulação em relação ao chão, num leito com as grades levantadas, usando fraldas, sendo banhado por alguém, necessitando de auxílio para se alimentar, como num berço com um bebê.

As condições críticas pelas quais um paciente passa na UTI podem desencadear reações psíquicas e comportamentais que, paradoxalmente, não podem ser consideradas inadequadas para um adulto visto as dificuldades pelas quais eles passam para serem cuidados (DI BIAGGI, 2001).

A prática mostra que não mais o *quantum* de tempo de permanência na UTI, e sim a qualidade do tempo inter/intra relacionada com a condição psíquica do

paciente, seus recursos para enfrentamento do processo e as medidas preventivas da unidade, determinarão o aparecimento ou não de desordens psíquicas.

Na tentativa de manejar o estresse desencadeado pela internação em UTI é possível observar várias repercussões psicológicas no paciente tais como: agressividade, ansiedade, depressão, regressão, agitação, anorexia, insônia, *delirium*, dentre outras (SEBASTIANI, 2003; COSMO *et al.*, 2014).

Se em 1998, Oliveira dizia que o bom paciente na UTI permanecia sedado, quase morto, mesmo que estivesse buscando vida. Hoje o bom paciente é aquele que mesmo intubado ou traqueostomizado fica quase sem sedação e se mantém calmo e responsivo. Segundo os médicos é uma profilaxia não farmacológica para diminuir o *delirium* e o tempo de permanência em ventilação mecânica. Para a equipe resta a responsabilidade de ser criativa para possibilitar maneiras de se comunicar com os pacientes e acalmá-los.

Para Simoni; Silva (2012) a comunicação satisfatória entre o paciente e os membros da equipe de saúde deve ser uma preocupação constante e importante na humanização da assistência. A habilidade de se comunicar com o outro é uma das importantes qualidades dos membros da equipe, que deve demonstrar também, sensibilidade à comunicação não verbal e ter capacidade de ouvir atenciosamente, sabendo o que falar e quando falar, numa linguagem acessível e clara.

O *delirium*, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da American Psychological Association (APA, 2013) que pode acometer o paciente é causado por diversas etiologias, dentre elas: distúrbios eletrolíticos, endócrinos, nutricionais, insuficiência renal ou hepática, infecções, traumatismo craniano, convulsão e pelo uso estendido de certos sedativos. Segundo estudos de Senra; Guimarães (2010, p.116) “O *delirium* tem sido na prática reconhecido como o sexto sinal vital sendo recomendado que o diagnóstico rotineiro desta síndrome seja incorporado à rotina de tratamento em UTI inclusive de forma multiprofissional”.

No *delirium* é comum uma fala desconexa, disgrafia, gemidos de dor, pouca lucidez e principalmente à noite agitação psicomotora. A prevalência do *delirium* é mais frequente em pacientes idosos que já podem ser acometidos por demência crônica, sobrepondo sintomas, ou terem uma demência deflagrada pelo prolongamento deste quadro.

Como o paciente com *delirium* pode manifestar emoções como tristeza, raiva ou apatia, sem um diagnóstico diferencial, essas manifestações podem ser confundidas com depressão, ansiedade ou mania.

Então um dos aspectos fundamentais da atuação do psicólogo é reconhecer e fazer o diagnóstico diferencial das manifestações comportamentais decorrentes de patologias orgânicas (ROMANO, 2007).

Para o paciente, fazer parte de um universo de ritmo próprio como a UTI amplia a dimensão de crise, podendo tornar-se contexto de distúrbios emocionais graves, com conseqüentes sequelas. O que ele vivencia na unidade intensiva é a necessidade de cuidados emergenciais. De lá, raramente se retorna o mesmo, a repercussão desta experiência poderá ser marcante e profunda. O significado desta experiência será singular e subjetivo, marcado por sua característica psíquica, circunstâncias sociais e pela própria natureza de sua patologia e/ou de seu tratamento (DI BIAGGI, 2001; SENRA; GUIMARÃES, 2010).

Se o estar na UTI foi um acontecimento traumático, o pós-estar poderá vir a ser um Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O TEPT pode se manifestar como um conjunto de reações físicas, psíquicas e comportamentais que se encontra associado à memória de um acontecimento traumático. A experiência de estar na UTI pode ser traumática, não apenas pelo sentir a ameaça de morte, mas também, pela falta de privacidade, pela dor objetiva e/ou subjetiva, pelos procedimentos invasivos, pela intensidade dos ruídos, pela solidão. Então a qualidade de vida pós-alta pode ser prejudicada mesmo na inexistência de um fator físico. Os sintomas do TEPT podem aparecer tanto de um a três meses após a vivência traumática como tardiamente, após seis meses (CAIUBY, ANDREOLI; ANDREOLI, 2008).

A experiência da solidão sentida pelo paciente, um dos fatores possíveis do TEPT pós-internação em UTI, permite instigar a reflexão do paradoxo da ausência na presença, ou seja, muitas vezes estar só na presença de muitos desconhecidos é sentir-se invadido, perseguido e desconfortável. Ao mesmo tempo um dos maiores recursos de enfrentamento do humano é a capacidade de estar só na presença de outras pessoas. Objetivamente na UTI o paciente não está só, pois dentro do ambiente hospitalar, a UTI é a unidade mais povoada de multiprofissionais, 24 h por dia, apesar de parecerem um só, pois o uniforme não distingue a função de cada um. Além disso, a visita aberta ou estendida já é uma realidade, assim como horários de visita mais flexíveis. Então, o abstrair das especificidades inóspitas deste

ambiente e a possibilidade de se concentrar em algum fazer, nem que seja o não fazer, é muitas vezes o que resta ao paciente, e que pode funcionar como um fator de proteção para o risco de sequelas emocionais, como o TEPT.

Ir para a UTI pode ser a primeira experiência do paciente independentemente de sua idade cronológica e de separação da família. Isto pode surtir a repercussão psicológica do desamparo. A história de vida da pessoa, a possibilidade de se responsabilizar por ela, a disponibilidade para transformação, pode encontrar vicissitudes para os transtornos psicológicos.

Segundo Costa (1989) desamparo é aquilo que desperta no ser humano a necessidade de proteção amorosa. Desamparo não é entendido apenas como um abandono, mas como a ausência de defesas para lidar com uma angústia que invade. A primeira ansiedade que o humano sente quando lançado ao mundo.

Compreender os medos, as angústias, as ambivalências, algumas das reações emocionais que podem ser observadas em pacientes internados na UTI é, portanto, dar proteção amorosa ao paciente. Dar proteção amorosa ao paciente internado na UTI reflete a busca do saber continuado por toda a equipe.

O respeito pelo paciente internado na UTI, por si só, é uma atitude amorosa que nada mais é que humanizar as relações. Além disto, a postura empática para com o paciente não exclui a postura simpática do profissional que pode ser muito bem vinda, porém simplesmente uma postura simpática não inclui a empatia, entendendo-se aqui empatia como o se colocar no lugar do outro, para melhor compreendê-lo, já que o sentir do outro nunca será alcançado.

Orientar o paciente, para desmistificar a UTI como local para morrer, e da tentativa de mudança de pensamento para local de maior segurança para ele, é tarefa difícil.

Logo, é profissionalmente indicado explicar para o paciente que estar na UTI significa poder estar monitorado, que procedimentos executados mais rapidamente podem evitar sequelas ou até mesmo a morte, portanto trata-se de uma atuação positiva.

No entanto, ainda se observa a morte e a recuperação convivendo no ambiente da UTI, o que pode causar muito desconforto emocional para o paciente. A morte que em seu interior, muitas vezes, é impessoal, asséptica, silenciosa, sem cor, sem cheiro, sem suspiro, quase imperceptível, não fosse o alarme, o traçado do monitor e a falta que é sentida e observada pelo outro paciente, o que não morreu.

Portanto, se o paciente não foi para a UTI por condições viáveis de recursos para viver, não necessariamente para cura, mas para dali sair com algum tipo de vida, foi para viver o processo do morrer.

No mundo pós-moderno a sociedade não tem tempo objetivo e/ou faltam recursos subjetivos para esperar ao lado de seu ente o exato momento da morte, então o processo do morrer, intervalo entre o fim da vida e o exato momento da morte, diversas vezes é vivido dentro de uma UTI, com vida.

No contexto focalizado a reflexão do processo vida-morte está latente, o desenvolvimento tecnológico e farmacológico é veloz, a autonomia do sujeito que vivencia o processo vida-morte nem sempre é possível. Mesmo quando há a autonomia, o sujeito faz parte de um sistema familiar, sociocultural, espiritual e religioso que se entremeia com a biologia da cura/tratamentos propostos (GAMINO; RITTER, 2008).

Entram, então, em cena as questões bioéticas e os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia concomitante aos dilemas da distanásia, eutanásia e ortotanásia (KITAJIMA *et al.*, 2014).

A distanásia não é o prolongamento da vida, mas sim do processo de morrer, os recursos tecnológicos podem fazer o processo vida-morte ficar muito longo, o paciente vai se tornando estranho para si mesmo, para sua família e para equipe de saúde, impera a obstinação terapêutica ou como também é chamada futilidade terapêutica (PESSINI, 1995; ERLICHMAN; AKAMINE & KNOBEL, 2008)

A ortotanásia é a morte no seu tempo certo, com dignidade e respeito, levando-se em conta os princípios da não maleficência, autonomia e justiça. O processo de morrer humanizado sem a utilização das futilidades terapêuticas (PESSINI, 1995).

A eutanásia, do grego '*eu*' – bom – e '*thanatos*' – morte, definida como boa morte, na atualidade tem o sentido de adiantamento da morte e, por definição necessita do consentimento explícito e voluntário do paciente, pela legislação Brasileira (1988) eutanásia é considerada crime. Em 2006, o Conselho Federal de Medicina publicou uma resolução que determina: na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levem ao sofrimento, na perspectiva de

uma assistência integral, respeitando a vontade do paciente ou de seu representante legal (ERLICHMAN; AKAMINE & KNOBEL, 2008).

A sociedade, os pacientes internados na UTI e seus familiares, nem sempre possuem informações necessárias, suficientes, claras e precisas sobre distanásia, ortotanásia e distanásia. Antes mesmo da morte em si, com o avanço tecnológico e dos vários conceitos que rondam a contemporaneidade para a determinação da finitude, os familiares deverão ser convocados para tomada de decisões importantes que irão nortear o processo de final de vida de um ente querido. Numa sociedade na qual assuntos de morte são desconfortáveis, estas decisões são empurradas para depois. Quando chega o depois, muitas vezes o tempo hábil é mínimo e verifica-se que a família não conhece os desejos e vontades daquele que pode vir a falecer e, nem o mesmo conhecia. Além disto, o desconhecimento dos avanços tecnológicos e farmacológicos para a manutenção da vida, para determinação do momento da morte, para o que fazer com o corpo no *post-mortem* dentre outras questões que venham a se impor. É muitas vezes assim, com esta sobrecarga de emoções e, talvez, conflitos que a equipe de saúde receberá a família do paciente na UTI.

5.2 Família e UTI

Se a internação hospitalar pode significar um acontecimento estressante para a família do paciente, sua ida para uma UTI potencializa este sofrimento.

Da mesma forma que o paciente sentiu com sua entrada na UTI uma enorme ruptura em sua vida, a família também a sente. Na história familiar um novo e assustador capítulo, e porque não inédito, precisará ser escrito.

Di Biaggi (2001); Ismael (2004); Dórea; Lopes (2010); Gibaut *et al.* (2013), concordam que a ida de um familiar para a UTI poder ser sentida como evento avassalador, e com isso modificar a homeostase desta família. Então, a internação em UTI de um de seus membros é vivenciada pela família como uma crise devido à incerteza e insegurança que este evento provoca. Dentre os vários desconfortos que esta realidade provoca é possível elencar a privação do convívio com o familiar adoecido, a possibilidade de perdê-lo, a mudança na rotina da vida familiar, a carência de informação acerca do estado de saúde do paciente e a necessidade de se adequar às rotinas impostas pela instituição onde se processa o atendimento.

Com isto, várias reações psicológicas na família podem ser observadas e, não muito diferentes daquelas que se observa no próprio paciente dentro da UTI.

As reações psicológicas de ansiedade, estresse e depressão reativa tanto podem acometer os familiares durante a internação, como podem permanecer ou surgir após a internação, como TEPT, pela própria natureza do ambiente da UTI, e são independentes do fato de ser ou não, a primeira internação do paciente, como também, do resultado da internação, sobrevivência ou óbito do paciente (FUMIS, 2004; McADAM *et al.*, 2012; CHOI *et al.*, 2013).

A revisão sistemática da literatura, dos artigos científicos, no período de 2009 até 2014, na base de dados da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) possibilitou o levantamento dos indicadores para a satisfação dos familiares dos pacientes internados em UTI, num período igual ou maior que dois dias de internação. (NEVES *et al.*, 2009; GARROUSTE-ORGEAS *et al.*, 2010; HENRICH *et al.*, 2011; KARLSSON *et al.*, 2011; DAVIDSON *et al.*, 2012; HOGHAUG *et al.*, 2012; HUNZIKER *et al.*, 2012; SUNDARARAJAN *et al.*, 2012; BLOM *et al.*, 2013; DI GANGI *et al.*, 2013; GIBAUT *et al.*, 2013; SCHWARZKOPF *et al.*, 2013).

Os resultados encontrados nas pesquisas apontam os seguintes indicadores:

- Percepção da competência da equipe de saúde;
- Preocupação e carinho dispensado pela equipe de saúde para o paciente e para a família;
- A clareza, a completude, a frequência e a gentileza das informações sobre o estado de saúde do paciente fornecidos pela equipe de saúde;
- O clima relacional da equipe de saúde;
- O conforto da sala de espera dos familiares dos pacientes internados na UTI;
- A inclusão dos familiares nos cuidados dos pacientes;
- Flexibilidade nos horários de visita.

Fundamentando esses resultados, Davidson *et al.* (2012), indicam que os fatores determinantes de satisfação dos familiares durante a internação em UTI, estão relacionados à possibilidade de surgimento de TEPT, depressão e/ou luto complicado, apresentados pelos mesmos pós-internação em UTI, e que estes sintomas poderão afetar a qualidade dos cuidados fornecidos ao ente egresso da UTI.

A UTI ainda é vista como um local para morrer, o ambiente é impessoal, a movimentação da equipe em contraponto com a paralisação do paciente traz um

descontrole emocional. O aparato tecnológico que rodeia a cabeceira do leito do paciente ou os artefatos nele instalados pode ser uma imagem assustadora para os familiares.

O entendimento de cura do adoecer pelo senso comum não engloba, por exemplo, o sentido de jejuns prolongados, o sofrimento pelas dores crônicas, o aparecimento de sequelas físicas e/ou psíquicas, a necessidade de imobilização e/ou contenção, dentre tantas outras.

Então, a percepção da competência da equipe de saúde, no manejo do sofisticado aparato tecnológico, assim como a confiança nas medidas, aparentemente cruéis, adotadas como sendo um cuidado com o objetivo na recuperação da saúde do paciente é um dos fatores que facilitam a satisfação dos familiares (NEVES *et al.*, 2009; HENRICH *et al.*, 2011; KARLSSON *et al.*, 2011; HUNZINKER *et al.*, 2012; BLOM *et al.*, 2013; Di GANGI *et al.*, 2013)

No entanto, a percepção da competência da equipe de saúde pelos familiares, não exclui para eles o carinho dispensado pela equipe de saúde para o paciente e para eles mesmos (HENRICH *et al.*, 2011; KARLSSON *et al.*, 2011; HOGHAUG *et al.*, 2012; HUNZINKER *et al.*, 2012; SCHWARZKOPF *et al.*, 2013).

Contudo, a urgência de um fazer tecnológico imediato a favor do paciente pode tornar inviável um contato inicial com os familiares, o que pode fomentar a ideia de UTI como um local em que predominam a frieza, atuação desumana e distante por parte da equipe. Via de regra, proximidade é entendida pelos familiares como sinônimo de acolhimento, o que dada à urgência dos procedimentos, geralmente não acontece. (KHALAILA, 2013).

De acordo com Silva; Andreoli (2008) e Haberkorn; Bruscatto (2008), os familiares exercem papel fundamental na UTI, por isso, a aliança com os mesmos pode facilitar o conforto e a qualidade de vida do paciente dentro da UTI e alavancar o trabalho da equipe, facilitar a tomada de decisões importantes e ajudar na compreensão do caso clínico. Se os familiares percebem o desconforto e a insatisfação do paciente, o paciente também percebe, no momento da visita, as reações emocionais de seus familiares, o que interfere não somente em sua estada na UTI, como pode vir a interferir em sua qualidade de vida psíquica pós-alta.

Di Biaggi (2001) recomenda que a cada visita os familiares precisam se reestruturar cognitivamente e emocionalmente, devido à instabilidade e as incertezas que permeiam o quadro clínico do paciente.

Para Fumis (2004), a equipe de saúde precisa dar atenção aos aspectos físicos e também psicológicos, tentar satisfazer as necessidades dos familiares dos pacientes com o empenho de melhorar a comunicação, fator que pode humanizar a UTI e diminuir o estresse.

Entra em cena, um importante tema de satisfação dos familiares de pacientes internados em UTI: a informação por parte da equipe de saúde e a comunicação com a mesma.

Kitajima; Cosmo (2008) lembram que as primeiras horas de internação em UTI podem gerar angústia e ansiedade na díade paciente-família, a falta de comunicação, um dos pilares básicos, que norteiam a humanização precisa ser priorizada. Não só o conteúdo da informação, mas a forma da comunicação. A comunicação efetiva e afetiva tem papel fundamental na aquisição da confiança no tratamento, na equipe e na instituição e, como fim um decréscimo na angústia e ansiedade.

O estigma de morte que acompanha o paciente em sua entrada na UTI também é o conceito que sustenta o pensar dos familiares. A porta fechada e a entrada proibida instigam fantasias e falsos conceitos em quem ficou do lado de fora. Além disso, as primeiras informações sobre diagnóstico e prognóstico, por parte da equipe de saúde, podem demorar muito tempo para acontecer devido ao processo de admissão, resultados de exames, dentre outras providências inclusive burocráticas.

A comunicação deve ser via de mão dupla, com informações por parte da equipe sobre doença/paciente numa linguagem técnica acessível para os familiares e uma escuta atenta e ativa por parte da equipe para a história de vida/doença do paciente contada pela família.

Na Pós-Modernidade é fato a utilização da Internet como instrumento para buscar informações sobre saúde. Neste sentido, teoricamente o saber médico pode tornar-se compartilhado com paciente-familiar. Moretti, Oliveira; Silva (2012) alertam sobre a necessidade da utilização com cautela da Internet como acesso às informações médicas, principalmente devido à desinformação sobre o padrão de qualidade da informação obtida. Viabilizar a qualificação dos sites por profissionais especializados é uma estratégia para garantir informações seguras e de qualidade e não dúbias ou inconsistentes. Então, o questionamento seria o quanto, o quando e o como utilizar informações via Internet como promoção de saúde, possibilitando

tomadas de decisões mais criteriosas e incremento de autonomia ou como fonte de embate entre equipe de saúde/paciente-família. Como a intensificação e a massificação da Internet são inerentes à contemporaneidade, os autores sugerem que a utilização da mesma seja veículo de estreitamento da relação equipe de saúde-paciente-família, inclusive com sugestões de sites por parte da equipe.

As informações dadas aos familiares sobre o estado clínico do paciente, nem sempre são claras, os médicos utilizam termos técnicos em suas conversas diárias com os familiares, como por exemplo, o conceito instável-estável, que é informado pela equipe, sobre o estado de saúde do paciente, e que pode mudar em curto espaço de tempo. Porém, são informações sobre seu ente querido, que está sendo cuidado não mais por eles e sim por profissionais que precisam mostrar sua competência. (OLIVEIRA, 1998; KITAJIMA; COSMO, 2008; SABOYA *et al.* 2014).

Outra questão importante é o familiar ver pela primeira vez seu ente querido intubado ou traqueostomizado. Algumas situações estressoras podem provocar um aumento insuportável da ansiedade. Com isso pensamentos que remetem a finitude começam a rondar os familiares. Se por um lado é dever da equipe informar sobre a evolução do quadro clínico do paciente e até preparar os familiares para um possível óbito, por outro lado é necessário respeitar o sentimento de esperança destes familiares (GOUVEIA-PAULINO; FRANCO, 2008).

É sempre mais conveniente pelo menos do ponto de vista psicológico que os familiares sejam instruídos sobre o que irão ver antes de entrar na unidade e o que podem fazer, pois a presença da família é fundamental em sua função terapêutica para o paciente. A mesma pode e deve levar segurança emocional, tranquilizar e diminuir a tensão no paciente. Logo, orientações como: pode tocar e beijar, conversar, trazer notícias do mundo exterior serão bem-vindas.

Nesse sentido, as palavras de Urizzi resumem o exposto:

[...] continuei a observar como o familiar se aproximava do leito do paciente e vi que, caso o paciente estivesse dormindo ou de olhos fechados, muitos nem tocavam no leito, ficavam olhando de longe e, após alguns minutos, vinham perguntar sobre seu estado geral. Passei a comentar, antes de liberar a visita, que poderiam tocar e conversar com o familiar; ainda assim eram tímidas as aproximações. (URIZZI, 2005, p.20).

Segundo Souza *et al.* (2010), quando a ansiedade da família se tornar exacerbada haverá dificuldade de compreensão e retenção das informações fornecidas por qualquer membro da equipe. Uma técnica para verificação se a

escuta seletiva está ocorrendo é pedir para que a família conte as informações recebidas e observar se as mesmas estão condizentes com o que foi fornecido. A escuta seletiva é a possibilidade emocional de se assimilar o real conteúdo que foi passado.

Logo, o tema comunicação é fundamental e atinge a satisfação dos familiares dos pacientes quando engloba clareza, completude, frequência e gentileza nas informações fornecidas pela equipe de saúde (HENRICH *et al.*, 2011; KARLSSON *et al.*, 2011; HOGHAUG *et al.*, 2012; HUNZIKER *et al.*, 2012; SUNDARARAJAN *et al.*, 2012; GIBAUT *et al.*, 2013; SCHWAZKOPF *et al.*, 2013).

As pesquisas de Henrich *et al.*(2011), Karlsson *et al.* (2011), Hunziker *et al.* (2012) e Schwarzkopf *et al.* (2013), indicam que o conforto da sala de espera dos familiares de pacientes internados na UTI, incrementa a satisfação da família durante a internação.

A crise que vem acoplada à doença e/ou acidente grave e seu impacto costumam trazer um desequilíbrio familiar. Na observação e no diálogo com os familiares nas salas de espera da UTI é possível constatar que os mesmos não estão se alimentando, nem dormindo, nem trabalhando, nem nada. Segundo a teoria de motivação de Maslow (1999) para que as necessidades psicológicas sejam supridas as necessidades orgânicas precisam estar satisfeitas (ISMAEL, 2004; NOVAES; KNOBEL, 2008).

Então, a necessidade dos familiares por uma sala de espera confortável para atingir a satisfação dos mesmos deve ir além de um bom espaço físico e benesses contidas no mesmo.

Segundo Souza (2010) a sala de espera da UTI pode ser utilizada pelo psicólogo como um local que propicie conforto e orientações para a família. No intuito de promover acolhimento, a aproximação deve, de preferência, começar imediatamente após a internação. Neste momento é possível começar a obter informações sobre o paciente e seu sistema familiar, verificar se esta é primeira internação em UTI, se não, como foi a experiência anterior. Em contrapartida, deve fornecer explicações sobre a rotina da unidade, desmistificar o ambiente da UTI, esclarecer dúvidas quanto às visitas. Uma estratégia é fornecer informações impressas em forma de folhetos e/ou vídeos educativos que ajudem os familiares a compreender mais sobre os cuidados e o ambiente da UTI, enfim colocar-se à disposição (NEVES *et al.*, 2009; SIMONI; SILVA, 2012).

O distanciamento do paciente emerge nos familiares o medo de sua morte e o medo da perda de uma situação social e financeira já estabelecida, sobretudo nos casos em que o paciente é o único provedor de uma família.

Outra tarefa para toda a equipe de saúde é observar se a família é ausente ou presente nas visitas: com que frequência o paciente é visitado, se é superprotegido, como se sente após a visita. Esta observação deve ir além de uma simples constatação de fatos, pois, pode gerar a elaboração de estratégias terapêuticas visando o benefício da tríade família-doente-instituição.

A compreensão, por parte da equipe, do impacto do processo de doença do paciente na família, deve contemplar vários fatores: sua dinâmica, funcionalidade, estrutura, diagnóstico/prognóstico e sua fase no ciclo de vida (DALLALANA, 2003). Porém, Oliveira (1998) já propunha como reflexão o seguinte questionamento: “E as informações sobre o estilo de vida do paciente e as circunstâncias sócio psicológicas que não constam em prontuário?”

Kitajima *et al.* (2014) responde que a família é imprescindível na conduta médica e nos cuidados do paciente quando proporcionam informações importantes sobre a história clínica, social e psicológica do paciente.

Ademais, a família pode sentir-se relegada a segundo plano, paralisada pelo não ter o que fazer por seu ente, pelo não ser escutada pela equipe que ainda tem uma tendência de uniformizar os pacientes por diagnósticos ou sintomas (ISMAEL, 2004). Então, o processo do adoecer do paciente pode provocar deslocamentos e projeções por parte da família, e a exclusão dos familiares no tratamento, pode dificultar a compreensão do que está sendo feito pelo paciente (DI BIAGGI, 2001).

Sendo assim, a inclusão e o envolvimento dos familiares no cuidado do paciente podem facilitar o trabalho da equipe e melhorar a percepção dos familiares no cuidado dispensado pela equipe e nas dificuldades que envolvem este cuidado. (GARROUSTE-ORGEAS *et al.*, 2010; BLOM *et al.*, 2013).

Logo, as visitas dos familiares ao paciente internado na UTI devem ser estimuladas e também terem horários flexíveis, para que se possa contemplar a inclusão dos familiares nos cuidados (KARLSSON *et al.*, 2011; GIBAUT *et al.*, 2013)

No entanto, a proximidade dos familiares, com horários flexíveis e estendidos para a visita, visando à inclusão dos mesmos nos cuidados dos pacientes expõe o clima relacional da equipe de saúde, que é um dos indicadores de satisfação dos familiares (HUNZIKER *et al.*, 2012)

Sendo assim, cabe à equipe de saúde evitar discussões de cunho profissional e/ou pessoal, que possam ser presenciadas ou escutadas pelo paciente e seus familiares (KITAJIMA; COSMO, 2008).

Quando ao invés de benefício, as visitas trouxerem malefícios, por exemplo, por exacerbar a ansiedade em alguma das partes, a questão deve ser foco de trabalho de toda equipe, e não a mera exclusão da família, pois, as visitas fazem parte da estratégia de reintegração social do paciente (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010).

Junto com o descontrole emocional e, muitas vezes em consequência do mesmo, os familiares dos pacientes podem ser acometidos também por doenças orgânicas que será mais uma variável no sistema para ser manejada.

Para McAdam *et al.* (2012) e Choi *et al.* (2013), durante a internação em UTI, os familiares dos pacientes passam a prestar menos atenção às suas próprias necessidades de saúde física e emocional, o que pode influenciar no aparecimento de sintomas orgânicos e psicológicos e com isso prejudicar sua capacidade para prestar apoio ao paciente. Segundo os autores, estes sintomas podem ocorrer durante a internação ou até três meses após a estada independentemente do paciente ter ido ou não a óbito, pois a própria UTI pode ter sido um evento traumatizante.

Nesse sentido, é mister pensar na necessidade de humanizar o atendimento em UTI, destacando a atenção à família como importante variável que pode fazer diferença no cuidado. Atenção que necessita escuta na busca de aproximação da rotina que está sendo vivida por esta família. Da escuta atenta podem surgir questões importantes para serem pensadas pela equipe de saúde do setor. Dentre elas, a busca do significado da doença para cada família, ratificando a individualidade de cada paciente e cada família. A escuta atenta e empática permite a reflexão no profissional, que para perceber as necessidades do outro é necessário reconhecer as próprias necessidades.

Os familiares podem apresentar sentimentos ambivalentes, se em momentos de fragilidade, medo e carência querem a proximidade do seu ente internado, em outros parecem não desejar, pelo temor do sofrimento que cada novo afastamento possa provocar. A própria internação de um familiar na UTI pode ser ambivalente, pois, por um lado desperta sentimento de esperança, conforto e alívio, por outro, insegurança e medo.

Todavia, perceber a importância da presença da família na UTI, seja para conversar, tocar ou simplesmente observar seu ente querido, mesmo que esteja inconsciente é poder concretizar o que de fato está acontecendo. Se for preciso, o psicólogo além das orientações permanece junto com o paciente e a família na UTI pelo tempo que for necessário, até que perceba que estejam seguros. Além disso, elege-se junto com a família o membro mais fortalecido emocionalmente para ser o interlocutor da mesma junto à equipe e vice versa (ISMAEL, 2004; SABOYA *et al.*, 2014).

Se a superproteção ao paciente pela família pode ser considerada pela equipe como iatrogênica, o abandono também o é. Existem várias condições que podem levar o paciente ao abandono, uma delas pode ser realmente a falta concreta de familiares, por ser o último sobrevivente de uma família, paciente estrangeiro, dentre outras, ou principalmente a individualidade do mundo pós-moderno. Porém, o abandono pode mostrar também a dificuldade funcional de uma família anterior à hospitalização e que se mantém durante a mesma.

Considerando-se que a internação de um membro da família em UTI é uma crise, a mesma poderá requerer transformações em nível estrutural e funcional, com redirecionamento de papéis e modificações nos hábitos de vida. A crise da internação em UTI pode também vir superposta por uma crise pré-existente na família e eclodir no momento da internação, refletindo na equipe e na recuperação do próprio paciente (ALMEIDA *et al.*, 2009).

O exato momento da internação, aquele em que a porta da UTI se abre para o paciente, porém se fecha para o familiar, traz à tona a questão do rompimento inevitável do vínculo, pelo menos temporariamente. Entende-se rompimento do vínculo, no contexto da pesquisa, como a impossibilidade de manter o comportamento de apego entre a díade paciente-familiar, em razão da presença dos profissionais que exercerão o comportamento de cuidar.

CAPÍTULO 6 - O ROMPIMENTO DO VÍNCULO NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO NA UTI E A TEORIA DO APEGO

*A vida não é de brincar
porque um belo dia se morre.*

Clarice Lispector

6.1 A teoria de Apego

Bowlby (2006) denomina apego à tendência do ser humano se ligar afetivamente a outro(s) e seu conseqüente sofrimento quando involuntariamente uma separação ou perda deste elo se rompe.

Se o comportamento de apego humano denota manutenção de proximidade com outro que se tenha como preferido por se sentir proteção, o que se pode observar na perda ou separação do mesmo são comportamentos de raiva, agressividade, ansiedade, depressão, dentre vários outros.

O comportamento de apego acompanha o ser humano desde o nascimento até sua morte. Na primeira infância o comportamento de apego é bastante visível, pois, é inerente a dependência absoluta da criança. Normalmente a criança aciona seu vínculo de cuidado por meio do choro. No avançar do ciclo vital, o sujeito vai aprendendo outras formas de acionar o outro, assim como, modelando a intensidade dos chamamentos. Contudo em momentos de dificuldades é possível que o ser humano recorra aos comportamentos infantis para acionar o outro, um desses momentos, é o momento do adoecimento.

A ameaça de perda de alguém significativo emocionalmente produz ansiedade, já a perda real produz tristeza, em ambas pode se observar o sentimento de raiva (BOWLBY, 2006).

Quando um vínculo afetivo é mantido e renovado longitudinalmente no ciclo vital propicia aos sujeitos do vínculo, segurança e tranquilidade. Os percalços do caminho pela vida ficam mais fáceis de serem administrados. Então, vincular-se afetivamente não é um comportamento infantil nem patológico, e sim uma fonte de formação de sentidos e significados que é base para a vida emocional. A dependência emocional ao outro é fator de proteção e sobrevivência para os seres humanos.

Bowlby (2006) faz a correlação preditiva de uma criança que possuiu mãe e/ou substituta como, boa cuidadora, que oferece uma base segura e, a possibilidade do adulto trabalhar, relacionar-se, constituir uma família, separar quando se fizer necessário e, neste momento dentro do possível, permanecer emocionalmente equilibrado. Enquanto o contrário poderá predizer um adulto solitário. Nesse sentido, enfatiza a importância dos vínculos afetivos desde a infância no sentido do cuidar e, principalmente, do modo de cuidar, na vida emocional do adulto e em suas possibilidades de se comportar adequadamente, segundo padrões normativos da cultura na qual está inserido.

Uma importante contribuição desse autor para a Teoria de Apego é identificar a possibilidade do sujeito de se separar de outro com o qual tem um forte vínculo afetivo. O sofrimento neste caso, a ansiedade de separação, é coerente, contudo o que irá diferenciar o normal do patológico é o grau deste sofrimento tanto para mais como para menos.

O ponto fundamental da teoria de Bowlby é que existe uma forte relação causal entre as experiências de um indivíduo com seus pais e sua capacidade posterior de estabelecer vínculos afetivos. Se isto foi efetivo, eficaz e eficiente o indivíduo é capaz de ajudar outros indivíduos e, ser merecedor de receber ajuda.

6.2 O apego

Para o bebê da espécie humana não há escolha, ele nasce com absoluta dependência do outro, de alguém que possa cuidá-lo para que sobreviva. Com estes primeiros e fundamentais cuidados básicos para a sobrevivência do bebê humano, nasce também a figura do cuidador, a figura de apego (BOWLBY, 2006).

Esta ligação é baseada não somente nas necessidades básicas de sobrevivência, como também na segurança e proteção do bebê. Diferentemente dos vínculos afetivos entre adultos que são simétricos, o bebê num primeiro momento não tem condições para estabelecer cuidados básicos com sua figura de apego, ou seja, é uma relação assimétrica por pura incapacidade prática do bebê humano.

O apego primário do bebê pode ser estabelecido instintivamente, não necessariamente com a mãe biológica, mas sim com quem cuide dele com a finalidade de sobreviver e, em última instância para a preservação da espécie (BOWLBY, 1992)

Além da sobrevivência, este cuidado oferece também o que é cultural. O cuidado integral abrange a esfera do físico e do psíquico e, com isto ambos os aspectos vêm imbuídos de amor e afeto.

Bowlby (1992) lança a hipótese do Darwinismo social, na qual a sobrevivência dos humanos estaria relacionada com uma melhor adaptação social. Os bebês humanos nascem com as ferramentas universais, mas não sabem lançar mão das mesmas, então precisam ser cuidados e ensinados por um humano que já sabe manejá-las.

6.3 O apego numa perspectiva evolutiva moderna

Segundo Simpson (1999), Bowlby reconhece Darwin como inspirador para o desenvolvimento de sua Teoria do Apego. No entanto, ela não é apenas uma teoria evolucionista do comportamento humano. Bowlby (2006) reconhece que concomitante ao desenvolvimento físico, os ensinamentos da figura de apego vêm imbuídos de afeto e o bebê é sensível a este afeto. Araújo (2011) e Rios (2011) complementam: o bebê além de amado precisa ser compreendido e sentir a continência física e emocional que lhe é oferecida.

O bebê emite sinais de que algo não vai bem e recebe respostas que não seriam apenas mecânicas. Logo, não receber as respostas, receber a resposta que não corresponde ao sinal emitido ou simplesmente receber a resposta correta sem afeto não promoverá o mesmo efeito. Sendo assim, o entendimento do sinal do bebê por parte da figura de apego e sua resposta correta e com afeto mudará o curso das relações entre o que é cuidado e o cuidador.

O apego possui componentes biológicos, universais, culturais e singulares a cada par (cuidado-cuidador). O tipo de ligação na infância, do bebê com seu cuidador primário, poderá predizer as relações futuras na adolescência e na idade adulta. Contudo, seres humanos possuem a oportunidade de rever e reconstruir as ligações afetivas com as oportunidades e experiências advindas do percurso da vida. Os relacionamentos sociais na vida adulta por si só não determinam apego entre pares, para isto deve existir um algo a mais. Algo a mais que proporcione, por exemplo, segurança, conforto e desejo de estar junto em ambos. O par já possui ferramentas para trocar de papel, uma relação dinâmica e tanto quanto possível igualitária, compreendendo-se as possibilidades de cada um para a tarefa.

De acordo com Reppold (2012) resiliência é um construto que descreve a capacidade de um indivíduo superar, com relativo sucesso, condições adversas ou situações que envolvam riscos a seu bem-estar, desenvolvimento e saúde. Para Araújo (2011) isto por si só não basta, é necessária além da superação das adversidades, a reconstrução, a resignificação dos acontecimentos para que se possa seguir adiante com a vida, com qualidade de vida.

Nesta concepção de resiliência, um indivíduo resiliente, independentemente, de ter tido uma base segura possivelmente poderá conviver social e amorosamente sem muito sofrimento. Dentre outros fazeres, sobreviverá e reproduzirá garantindo a não extinção da espécie, mesmo num ambiente inóspito ou numa situação adversa. Como na infância, um adulto numa situação estressante ou de risco, deve ter ativado seu sistema de apego, que teoricamente será seguro ou inseguro, com seus diversos desdobramentos.

O apego seguro é um dos componentes da resiliência, assim como os traços de personalidade, flexibilidade e genética. Além do mais, a vida é um processo dinâmico onde se deposita e se recebe do meio social influência tanto positivas quanto negativas (CERVENY, 2006; ARAÚJO, 2011)

Portanto, nem tudo está perdido para o inseguramente apegado quando se acredita na vida como um processo dinâmico, repleta de possibilidades, talvez o que ocorrerá é um pouco mais de trabalho qualitativo no âmbito emocional.

6.4 O padrão de apego e a teoria evolutiva moderna

As ideias de Cerveny (2006) e Araújo (2011) ratificam as ideias de Belsky (1999) em que o desenrolar da vida pode promover chances aos que não puderam ter na primeira infância o cuidado que lhe fornecesse uma base segura. Segundo as autoras, o indivíduo resiliente poderá aproveitar indivíduos, situações e experiências positivas e/ou negativas que o decorrer da vida lhe proporcione e, armazenar esses recursos para lançar mão quando for necessário, principalmente nas situações de separações e perdas tanto objetivas quanto subjetivas.

Para Rios (2011), o padrão de apego na infância é um dos fatores importantes para o indivíduo apresentar comportamento resiliente no processo vital, contudo a plasticidade e a disponibilidade mental têm poderes transformadores.

A Teoria do Apego vista como um campo não somente psicológico, mas também evolutivo e etológico oferece a possibilidade do desenvolvimento social ser afetado tanto pelos vínculos do início da vida quanto pelos posteriores.

A teoria evolutiva moderna não foca especificamente nem a gênese do vínculo, nem a quantidade de vínculos, mas sua qualidade e a possibilidade de internalizá-los, como uma lembrança reconfortante.

No entanto, Bowlby (2006) discrimina o vínculo de apego do bebê com seu cuidador com os futuros vínculos, pois os mesmos não necessariamente envolvem uma dependência absoluta e a questão da sobrevivência objetiva.

6.5 Padrões de apego

Mary Ainsworth criou o Teste da Situação Estranha (TSE) para realizar pesquisas com crianças entre um e dois anos de idade e classificá-las quanto ao tipo de apego desenvolvido com seu principal cuidador. Encontrou dois grandes grupos: seguros e inseguros. O inseguro foi subdividido em três outros: ambivalente, evitador e desorganizado. O teste baseia-se na separação e posterior reunião do bebê com seu cuidador, num local estranho e na presença de uma pessoa estranha. Ainsworth (1978) enfatizou a possibilidade de exploração do meio pela criança seguramente apegada e, como a mesma demonstrou sua emoção com o retorno de seu cuidador. A separação não foi, obrigatoriamente, sem sofrimento, mas foi suportável e pode ser enriquecedora. As crianças que não apresentavam uma base segura demonstraram um maior sofrimento com a separação e, a impossibilidade de explorar o meio e, a reunião com o cuidador demandou algum tipo de protesto por parte desta.

Segundo Parkes (2009), no apego inseguro ambivalente/ansioso a criança normalmente não consegue sentir seu cuidador como uma base segura, então busca aproximações antecipando-se a um momento de separação. No momento da separação pode manifestar raiva pelo cuidador, no entanto também procura pelo mesmo e, no reencontro geralmente resiste à aproximação, porém depois aceita. No cuidador observam-se respostas ora apropriadas ora negligentes.

No apego inseguro evitador a criança aparentemente não esboça raiva no momento de separação de seu cuidador, nem busca pelo mesmo. No momento do

reencontro aparentemente não busca aproximação. No cuidador observa-se a falta de respostas, o não comprometimento com o cuidado.

No apego inseguro desorganizado a criança não tem um padrão de resposta ao afastamento do cuidador, ela está desconexa, suas atitudes são contraditórias com sua expressão corporal e vice versa. No momento do reencontro o padrão de respostas não é previsível, e muitas vezes são estereotipadas. No cuidador observa-se significativa alteração no estado psicológico ou psíquico geral.

Na teoria evolutiva moderna discute-se a não predição de que uma criança seguramente apegada se manterá assim durante todo seu ciclo vital, suportando melhor as separações e não desenvolvendo lutos complicados, ou sendo mais bem sucedida amorosa, parental ou profissionalmente.

A vida é dinâmica, acontecimentos catastróficos podem mudar o rumo predito tanto para crianças seguras, como para inseguras, talvez, aquelas com apego inseguro estejam mais bem preparadas para a vida real e suas intercorrências.

6.6 Padrões de apego/vínculo e a UTI

Em 1973, Bowlby já explanava que uma das funções do apego é poder contar com a pessoa que forneça segurança numa experiência que pareça inóspita, então, cabe refletir se o tipo de apego que foi construído na primeira infância com a figura materna predirá o comportamento e os recursos de enfrentamento da pessoa na idade adulta, como na internação de um ente querido em UTI.

A Medicina utiliza a técnica do isolamento à pessoa doente numa UTI para curá-la. Parkes (2009, p.13) afirma que: “Há evidências de que separações e perdas das pessoas que amamos têm efeitos significativos na saúde, chegando mesmo a aumentar o risco de mortalidade”.

Ao se estabelecer uma analogia entre o TSE e o ir para a UTI na idade adulta sendo essa a primeira situação de separação, em situação de doença, do paciente com sua família e vice-versa, cabe a compreensão das reações físicas, psíquicas e comportamentais apresentados nesta situação pela dupla.

Os estudos longitudinais mostram que crianças com padrão de apego seguro podem tornar-se adultas com mais estratégias de enfrentamento em momentos de vida adverso (PARKES, 2009).

Sendo assim, este ambiente a princípio desconhecido, povoado por pessoas desconhecidas, poderá ser explorado pela dupla para buscarem figuras substitutivas que possam representar um suporte positivo, ao invés de avaliarem as pessoas desconhecidas ali presentes como perigosas e invasivas, se os mesmos se constituíram com padrões de apego seguro.

Ademais, estar só subjetivamente, tanto do lado de dentro da UTI caso do paciente, como do lado de fora, caso do familiar, pode ser vivido com menos sofrimento se os mesmos tiverem uma relação baseada em apego seguro.

Parkes (2009) considera que o apego seguro pode dar origem a níveis elevados de confiança em si e no outro na fase adulta, porém adverte que isto pode não ser uma coisa positiva sempre. O discernimento do adulto precisa estar ativado para checar os acontecimentos e/ou pessoas nas diversas experiências da vida, confiar sempre em si mesmo e no outro nem sempre pode ser adequado. Por conseguinte, o equilíbrio ente confiança/desconfiança em si e no outro pode ser uma atitude de proteção.

Enfim, estar na UTI, pela primeira vez, pode ser um bom teste para se confirmar ou não no adulto a predisposição da manutenção das concepções e estratégias adquiridas com o padrão de apego infantil. Porém, fica a indagação se somente a qualidade do vínculo com seu par implicam na qualidade e quantidade de reações emocionais numa separação por imposições circunstanciais da vida.

Arbitrando-se que a internação numa Unidade de Terapia Intensiva é compulsória, não planejada e implica na falta de controle dos envolvidos no evento, o par pode experimentar uma ansiedade relacionada ao apego por indisponibilidade física e emocional. Então adaptações circunstanciais e não previsíveis se impõem.

Vale lembrar que a Teoria do Apego ensina que há de se considerar as diversas variáveis que englobam os relacionamentos, como: provisão, conforto, carinho, cuidados, segurança, amor e ódio.

6.7 Epílogo

A única certeza que se pode ter depois de uma internação na UTI é que ela acabará!

Como ela acabará... “E agora – agora só me resta acender um cigarro e ir para casa. Meu Deus, só agora me lembrei que a gente morre. Mas – mas eu

também?! Não esquecer que por enquanto é tempo de morangos. Sim.” (Clarice Lispector, trecho de “A hora da estrela”)

CAPÍTULO 7 – OBJETIVOS

7.1 Objetivo geral

- Compreender o impacto causado aos familiares pela comunicação da internação de um ente querido na UTI.

7.2 Objetivos específicos

- identificar as reações físicas, psíquicas e comportamentais advindas do impacto desta informação;
- Identificar qual o conceito que familiares de pacientes possuem sobre UTI.
- identificar as necessidades imediatas que emergem no familiar a partir deste tipo de internação.

CAPÍTULO 8 - MÉTODO

A partir do desejo da pesquisadora em contribuir no campo da pesquisa biopsicossocial para a compreensão de uma experiência vivenciada por sujeitos providos de subjetividade, e orientada por um projeto ético que visa à solidariedade para todos que estão envolvidos no local em que se passa este estudo a abordagem qualitativa foi a escolhida (POUPART *et al.*, 2012).

A pesquisa qualitativa busca compreender e verificar o universo dos sentidos e significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, dentre outros, os quais não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis (MINAYO, 2011).

O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada, precedida por ficha contendo itens referentes aos dados de identificação (Apêndice A). O roteiro da entrevista (Apêndice B) transitou por questões que permitissem elucidar e apreender o objetivo da pesquisa, contudo respeitou-se a dinâmica da entrevista, sem a rigidez da ordem descrita no roteiro. As entrevistas foram registradas em gravação sonora para que a pesquisadora não perdesse nenhuma informação que pudesse prejudicar a compreensão das entrevistas e garantisse a fidedignidade da mesma (MINAYO, 2011).

Segundo Bardin (2002) e Minayo (2011) para as pesquisas de cunho qualitativo não é necessário determinar *a priori* a quantidade de entrevistados, a inclusão de entrevistados cessará quando as ideias, sentidos e significados começarem a se repetir, pelo critério de saturação. Devido ao fenômeno de saturação, limitou-se a pesquisa em quinze entrevistas, pois as temáticas começaram a se repetir, fornecendo cada vez menos novidades.

A pergunta disparadora da entrevista: “Como foi saber que o(a) seu(sua) familiar seria internado numa UTI?”, acreditando que esta questão inicial poderia proporcionar ao participante da pesquisa entrar em contato com as manifestações psíquicas, físicas e comportamentais, que surgem a partir deste acontecimento e, a partir daí manifestá-las verbalmente e/ou não verbalmente.

A pergunta finalizadora da entrevista: “Como foi conversar comigo?”, acreditando que esta questão final permitiria ao participante refletir, verbalizar, organizar o momento que estava vivenciando e verificar se a entrevista foi ou não um instrumento terapêutico para si.

Como critério de inclusão, os participantes, maiores de 18 anos, possuem um vínculo familiar com o paciente. O paciente em questão deveria estar vivenciando pela primeira vez uma internação em UTI, até no máximo 24 horas, da data da entrevista, pois o objetivo da pesquisa era compreender o impacto do familiar após a notificação de internação em UTI.

A pesquisadora limitou ao familiar, como participante da entrevista, a condição de ser um dos cônjuges, pais, filhos ou irmãos do paciente, pois na prática profissional são esses que num primeiro momento se apresentam ou são chamados pela Instituição para serem responsáveis pela internação e/ou procedimentos que se façam necessários.

Após a etapa de coleta de informações, foi realizada uma análise das mesmas, que passou pelas etapas, a saber: as entrevistas foram transcritas, pré-analisadas, categorizadas, até ter sido possível o trabalho da análise de conteúdo das entrevistas e, a interpretação dos resultados obtidos com o auxílio da fundamentação teórica adotada. A pesquisadora utilizou a análise de conteúdo segundo Bardin (2002): “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (p.38)”. Tais procedimentos possibilitaram apreciar o significado das palavras mencionadas pelos familiares dos pacientes internados na UTI para se chegar à importância do sentido das mesmas.

8.1 Contextualizando as entrevistas

Todas as entrevistas foram realizadas na Rede D’Or São Luiz – Unidade Anália Franco.

Trata-se de uma rede de hospitais do setor privado que atende vários convênios e seguros de saúde, está localizado na zona Leste da Capital Paulista. Possui uma UTI – Geral com 60 leitos. Nesta Unidade são internados os pacientes acima de 14 anos, sem limite superior de idade. Disponibiliza-se, quando existe possibilidade e a critério do médico, a permanência diuturna do familiar para menores de 18 anos, idosos e portadores de necessidades especiais independentemente da idade. Em última instância é respeitada a decisão e a possibilidade dos familiares, não sendo estes critérios obrigatórios.

No momento de admissão do paciente, a entrada do familiar não é permitida até que todos os procedimentos médicos que se façam necessários sejam realizados. Não há um tempo estipulado para o término desta etapa da internação, ele varia de acordo com as necessidades impostas. Só então é permitida pela primeira vez a entrada do familiar.

As entrevistas foram realizadas após pelo menos um boletim informativo (BI) fornecido pelo médico intensivista para algum membro da família, em uma sala dentro da Unidade, sem a presença de outra pessoa que não pesquisadora e entrevistado.

8.2 Metodologia das entrevistas

As quinze entrevistas foram realizadas em novembro e dezembro de 2013, sendo que tiveram uma duração média de trinta minutos. Vale ressaltar que a pesquisadora respeitou a disponibilidade interna dos entrevistados, visto o momento que vivenciavam, o que justifica a duração média das entrevistas, assim como a profundidade alcançada com as mesmas.

O livro de entrada dos pacientes na unidade apontava para a pesquisadora os potenciais participantes da pesquisa, levando-se em conta o primeiro critério de inclusão, ter sido internado há no máximo 24 horas até o momento da entrevista.

Os participantes foram contatados na sala de espera dos familiares dos pacientes da Unidade e /ou beira-leito. Após apresentar-me, a finalidade da pesquisa era explicitada oralmente e, se aceita a participação voluntária, o familiar me acompanhava até a sala preparada para a entrevista. Verificávamos o segundo critério de inclusão, o paciente ter sido internado pela primeira vez na UTI, líamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE C), mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Maternidade São Luiz Beneficência Médica Brasileira S.A. (CAAE 23566613.0.3001.0087). Mantida a intenção de participar da pesquisa e nenhuma dúvida restando, o TCLE era assinado em duas vias, uma do participante e outra da pesquisadora. O sigilo das informações e da identidade do familiar e paciente foi ratificado, assim como seu direito de interromper sua participação. Em seguida, a ficha de identificação do participante era preenchida pela dupla para, posteriormente, o aparelho de áudio ser

acionado e a entrevista iniciada. Terminada a entrevista o participante era acompanhado pela pesquisadora para o local em que se encontrava quando contatado. Até o momento nenhum participante recorreu ao espaço terapêutico disponibilizado no TCLE.

A pesquisadora não encontrou resistência por parte dos familiares contatados para participar da pesquisa. A pergunta finalizadora da entrevista ilustra, dentre outras questões, esta indagação. Um receio da pesquisadora para o momento de dor pelo qual passavam.

8.3 Contextualizando os participantes

O **Quadro 1** apresenta os 15 participantes da pesquisa, sendo que todos os nomes que aparecem são fictícios.

Entrevistado(a)	Paciente	Idade		Instrução		Religião		Motivo da internação
Artur	Ana (Esposa)	24	24	ES	ES	BUD.	CAT.	Pré-eclâmpsia
Beatriz	Boris (Filho)	51	15	ES	EF	ESP.	ESP.	Convulsão
Claudia	Caio (Marido)	65	65	ES	ES	AGN.	ESP.	Arritmia
Davi	Danilo (Irmão)	54	42	ES	ES	MES.	EVG.	Infarto
Elvira	Elza (Mãe)	67	90	ES	EF	CAT.	CAT.	Fratura fêmur
Fernando	Fábio (Pai)	40	66	ES	ES	CAT.	CAT.	Infarto
Glória	Glaucia (Filha)	47	28	EM	ES	ESP.	ESP.	Sepse urinária
Henrique	Helena (Mãe)	43	65	EM	EF	CAT.	CAT.	Desnutrição
Iara	Ivo (Filho)	57	27	ES	EF	CAT.	CAT.	Sepse pulmão
José	Janaína (Esposa)	31	27	ES	EM	PRT.	AGN.	Int. exógena
Kleiton	Kátia (Esposa)	33	32	EM	EM	EVG.	EVG.	Hérnia de disco
Leandro	Leila (Esposa)	37	30	ES	ES	CAT.	CAT.	Catapora grave
Maria	Mariana (Filha)	50	30	EF	ES	EVG.	EVG.	Fratura coluna
Nair	Nelson (Filho)	50	15	ES	EF	CAT.	CAT.	Amnésia
Otávio	Olga (Esposa)	43	41	ES	SUP.	CAT.	CAT.	Intercorrência Cirúrgica

Legenda:

Agn. – Agnóstico
Bud. - Budista
Cat. - Católica
Evg. - Evangélica
Mes. - Messiânica
Prt. - Protestante
Esp. - Espírita

EF - Ensino Fundamental

EM – Ensino Médio

ES – Ensino Superior

Quadro 1 - Identificação dos participantes da pesquisa

BREVE RELATO SOBRE OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O conteúdo que consta nos relatos apresentados levou em conta o compromisso ético de não expor os participantes da pesquisa.

Artur (24 anos), marido de Ana (24 anos) encontrava-se sozinho no hospital, na beira do leito da UTI, quando a pesquisadora o abordou para a entrevista. Ana estava consciente e lúcida, porém, intubada. Artur contou que a primeira gravidez de Ana transcorria bem até que na véspera, sua esposa com 38 semanas de gestação sentiu-se mal, ao chegar no hospital a pressão arterial estava muito alta, sendo encaminhada para uma cesárea de urgência. Após o parto, Ana foi intubada e internada na UTI, a recém-nascida estava internada na UTI neonatal do mesmo hospital e também intubada. O casamento dos dois já estava planejado, mas, foi antecipado pela notícia da gravidez, estão juntos há quatro anos. Segundo ele, sua esposa sempre foi uma pessoa saudável. Há sete meses Artur passou por uma experiência de UTI com a internação de sua mãe por atropelamento, que se recuperou e está viva. Segundo ele, as duas famílias são muito unidas e presentes, no momento do parto haviam 30 familiares/amigos no hospital. O casal trabalha junto, são sócios em um restaurante, junto com o pai dela e o irmão dele. Artur estava com o tom de voz baixo, muito emocionado, chorou bastante durante a entrevista, desorientou temporalmente e espacialmente (ora como se ontem fosse um passado longínquo, ora se referindo à UTI onde se encontrava como lá).

Beatriz (51 anos) mãe de Boris (15 anos, que é gêmeo), arquiteta, divorciada. Encontrava-se sozinha no hospital, no momento que a pesquisadora a interpelou para a entrevista estava na beira do leito de seu filho na UTI. Boris estava consciente e orientado e respirava sem auxílio de aparelhos. Senhora Beatriz contou que seu filho saía da escola quando teve um desmaio e ficou inconsciente, veio para o hospital com uma ambulância do SAMU. Segundo ela, nem Boris nem seu irmão gêmeo nunca tiveram maiores problemas de saúde. No prontuário constava como hipótese diagnóstica: Crise convulsiva conversiva. Durante a entrevista, gaguejou, pensou antes de falar, várias

pausas, tentou manter-se racional, não se permitiu entrar em contato com a emoção.

Cláudia (65 anos) esposa de Caio (65 anos), estão casados há 40 anos, possuem três filhos. São pernambucanos, residem em Olinda, são advogados e aposentados. Estavam visitando uma das filhas que mora em São Paulo, quando Sr.Caio subitamente sofreu uma arritmia e foi submetido a um cateterismo. Sr.Caio estava consciente, orientado e respirando sem ajuda de aparelhos. No momento da entrevista sua filha também se encontrava no hospital. Senhora Cláudia estava muito emocionada, voz baixa, falou pausadamente, monossilábica, tensa, contorcia as mãos.

Davi (54 anos) irmão de Danilo (42 anos) é pastor. Senhor Danilo é casado e tem dois filhos. Contou que na família, pais e irmãos têm vasta história de doenças, problemas cardíacos, câncer e depressão, por enquanto ele é o único que ainda não teve problemas de saúde. Quando a pesquisadora o abordou para a entrevista estava à beira do leito do irmão (consciente e respirando sem a ajuda de aparelhos) e encontrava-se sozinho no hospital. Estava muito assustado, gaguejou, desorientou temporalmente e espacialmente, confundiu-se com as histórias familiares.

Elvira (67 anos) filha de Elza (90 anos). Sra. Elvira é funcionária pública aposentada, casada, três filhos. Contou que sua mãe viúva, três filhos, apesar da idade nunca teve maiores problemas de saúde. Sra. Elza, lúcida, mora em sua própria casa na companhia de uma cuidadora que se reveza com Sra. Elvira. Acidentalmente sofreu uma queda em casa naquela manhã, foi trazida ao hospital pela filha e pelo filho. Os exames por imagem feitos no pronto socorro indicaram, segundo Sra. Elvira, fratura do fêmur em três lugares e necessidade de procedimento cirúrgico. Devido à idade avançada o pré-cirúrgico e o pós-cirúrgico serão na UTI. A entrevistada estava na sala de espera dos familiares em frente a UTI, enquanto seu irmão fazia companhia à mãe, que segundo ela estava consciente e respirava sem a ajuda de aparelhos. Muito assustada, tentou manter-se calma, fez várias pausas, ora se emocionou, ora foi racional nas respostas.

Fernando (40 anos), filho de Fábio (66 anos). Sr. Fábio, casado, um casal de filhos, de origem libanesa, comerciante assim como o filho, trabalham juntos. Sr. Fernando, casado, uma filha, contou que estudou Medicina, abandonou no segundo ano para junto com o pai gerir o comércio da família. No ano passado, o entrevistado foi internado na UTI por infecção pós-cirúrgica grave. Sr. Fernando estava ao lado do leito do pai, que estava consciente e respirava sem o auxílio de aparelhos. Mostrou-se agitado e verborrágico na entrevista, porém gentil e solícito, referiu-se ao infarto do pai que havia acontecido na véspera como algo já muito distante.

Glória (47 anos), mãe de Glaucia (28 anos). Sra. Glaucia, casada, um filho de dois anos, foi internada na UTI por infecção urinária grave, trabalha como publicitária. Sra. Glória, casada, duas filhas, secretária. Glaucia é sua filha mais velha, a caçula é solteira e mora com a entrevistada e seu marido. Contou que perdeu a mãe logo após o nascimento de Glaucia, num acidente automobilístico, no qual sua mãe faleceu na hora. Entrou em contato com uma UTI devido à internação de sua sogra há quatro anos, sua sogra está bem. A pesquisadora interpelou a entrevistada na sala de espera dos familiares da UTI, em companhia da filha caçula, seu marido naquele momento estava com a filha na UTI. Começou a entrevista contida, mãos entrelaçadas contorcidas, ao longo da entrevista, aumentou o tom de voz, soltou o corpo e as mãos e chorou.

Henrique (43 anos) filho de Helena (65 anos). Sra. Helena, divorciada, dois filhos, mora ora com um filho, ora com o outro, ajudando as noras na criação dos netos. Foi faxineira e agora está aposentada. Sr. Henrique, casado, dois filhos, caminhoneiro encontrava-se ao volante de seu caminhão quando seu irmão telefonou avisando sobre o estado de saúde da mãe. Quando a pesquisadora aproximou-se estava ao lado do leito da mãe e sozinho no hospital. Sra. Helena foi internada por desnutrição grave, segundo Henrique, a mesma está acometida de depressão severa e não se alimentava há quinze dias, não estava intubada. No momento da entrevista, Sr. Henrique estava tenso, corpo contraído, mãos fechadas, apertadas, chorou bastante, longos silêncios após as perguntas.

Iara (57 anos), mãe de Ivo (27 anos). Sr. Ivo, estudante, solteiro, Síndrome de Down, internado por sepse pulmonar, não se encontrava intubado. Sra. Iara, casada, três filhos, professora universitária. Os dois filhos mais velhos são casados, dois netos, reside com seu marido e Ivo. Contou que seu filho, passa os dias na escola, participa dos passeios e eventos e apesar da síndrome nunca esteve internado em UTI. No momento da entrevista encontrava-se sozinha no hospital. Falou pouco durante a entrevista, de forma lenta e racional, tentava a aprovação da pesquisadora para suas respostas, ria entre as falas aparentando estar nervosa e ansiosa.

José (31 anos) marido de Janaína (27 anos). Sra. Janaína, do lar, casou com José há três anos quando engravidou de sua filha, hoje tem também um filho de um ano. Não tem vínculos com a própria família. Sr. José é funcionário do Metrô, contou que o casamento está em crise há seis meses e sua família é contra a separação. Na véspera da entrevista, Sra. Janaína ingeriu abusivamente medicamentos não psiquiátricos. Segundo ele, é a primeira tentativa de suicídio da esposa que nunca fez tratamento psicológico nem psiquiátrico. A pedido dela não contou para nenhum familiar o acontecido, as crianças estão na casa de uma vizinha. Quando a pesquisadora o interpelou estava ao lado do leito da esposa na UTI, a mesma estava consciente e respirando sem ajuda de aparelhos. Durante a entrevista mostrou-se muito envergonhado, cabisbaixo, falou baixinho, não tirou as mãos do joelho.

Kleiton (33anos) marido de Kátia (32 anos). O casal trabalha junto num salão de beleza do qual são donos, Kleiton como cabeleireiro e Kátia como manicure. Estão casados há 10 anos e possuem um casal de filhos. Sra. Kátia precisou ser operada de hérnia de disco após uma dor muito forte que não respondeu à medicação, está em pós-cirúrgico na UTI. A paciente estava consciente, respirando sem ajuda de aparelhos, porém, com muita dor. Os filhos estão com os avós. Sr. Kleiton estava muito tenso no início da entrevista, esfregava as mãos, pensava antes de responder, longas pausas, foi se tranquilizando ao longo da entrevista.

Leandro (37 anos) marido de Leila (30 anos). O casal está junto há três anos, uma filha de um ano e meio. Ambos trabalham, ele como químico e ela como publicitária. Leila é do sul do país e não tem nenhum familiar em São Paulo, a filha fica na creche. Segundo Sr. Leandro a esposa estava com catapora, no prontuário constava catapora grave com suspeita de meningite. Leila estava consciente e respirando sem auxílio de aparelhos. Sr. Leandro estava preocupado também com a filha que estava gripada e iria ficar sob os cuidados de um casal de amigos. Durante a entrevista mostrou-se a vontade, falante e organizado.

Maria (50 anos) mãe de Mariana (30 anos). Sra. Maria é casada, possui um casal de filhos, trabalha como empregada doméstica, o filho é solteiro e mora com ela. Sra. Maria contou que Mariana, pedagoga, estava no primeiro dia da lua de mel em Fortaleza quando caiu de um brinquedo chamado balança e fraturou a coluna lombar. Foi trazida no avião do convênio e acabava de passar por uma cirurgia, estava consciente e respirando sem a ajuda de aparelhos, segundo os médicos não houve sequelas, a cirurgia foi um sucesso. Sra. Maria estava muito assustada, pois há um ano, sua irmã caiu da laje de casa, fraturou a coluna lombar, foi para cirurgia e lá faleceu. Sua experiência em UTI foi com o padrasto que ficou intubado, o que a deixou muito mal impressionada. Durante a entrevista ainda estava muito tensa, agitada, falava com os braços, mãos, cabeça, demonstrou aflição para voltar logo para o lado da filha.

Nair (50 anos) mãe de Nelson (15 anos). Sra. Nair é oriental, casada, trabalha num escritório de contabilidade, possui um casal de filhos, Nelson é o caçula, terminou o Ensino Médio. A entrevistada contou que seu filho sempre foi saudável. No dia anterior a entrevista, estava no segundo dia de férias escolares jogando bola com os amigos no play do prédio onde moram quando levou uma bolada na cabeça, desmaiou e foi trazido inconsciente pelo pai para o hospital. A entrevistada estava guiando o carro na volta do trabalho para a casa e sua filha lhe deu a notícia pelo celular. Há alguns anos passou pela experiência de UTI com a internação de sua irmã por pancreatite, sua irmã acabou falecendo e deixando três filhos pequenos. A pesquisadora interpelou Sra. Nair na beira do leito de seu filho que já estava consciente, lúcido e

respirava sem o auxílio de aparelhos. O adolescente incentivou a mãe a dar a entrevista. No início da entrevista pediu licença para usar o banheiro e demorou muito para retornar. Durante a entrevista mostrou-se agitada, estabanada, verborrágica, ria alto, mexia as mãos, foi simpática e engraçada.

Otávio (43 anos) marido de Olga (41 anos). Otávio e Olga são bancários formados em Administração de Empresas, casados há 10 anos possuem um único filho de 7 anos. Sr. Otávio contou que se organizaram para a cirurgia (perfuração de tímpano) de Olga, pois segundo os médicos seria rápida e simples. Logo após a administração da anestesia geral a paciente teve arritmia e queda de pressão, a cirurgia foi suspensa por risco de parada cardíaca e Olga removida para a UTI. O casal já havia passado por experiência de internação em UTI com a mãe de Olga por problemas cardíacos e com o filho por ter nascido prematuro. Abordei o Sr. Otávio na sala de espera dos familiares dos pacientes da UTI, pois a paciente estava passando por exames. Segundo ele, sua esposa estava consciente e não respirava com auxílio de aparelhos. No momento da entrevista estava sozinho no hospital. Durante a entrevista mostrou-se contido, fez várias pausas no discurso, pensava antes de falar, porém bastante solícito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a transcrição fidedigna e literal das entrevistas, leituras e releituras atentas foram realizadas. Por motivos éticos, as transcrições completas das entrevistas não estão presentes neste texto. Numa pré-análise, os conteúdos das entrevistas foram categorizados. A categorização se deu a partir de sete temáticas pré-estabelecidas, advindas da literatura e da experiência da pesquisadora nesse campo de atuação. No entanto, a pesquisadora não se restringiu a essas temáticas, admitiu a possibilidade do surgimento de novas categorias:

- Primeiras reações físicas, psíquicas e emocionais do familiar, após a informação da necessidade de internação de seu ente na UTI.
- UTI como local para morrer ou local de maior segurança para o paciente.
- O rearranjo da rotina diária familiar em função da internação em UTI.

- A importância da rede de apoio familiar, social e profissional.
- A informação sobre o estado de saúde, diagnósticos e prognósticos do paciente oferecida pela equipe de saúde da unidade.
 - O rompimento do vínculo entre paciente e familiar no momento da entrada na UTI.
 - A escuta atenciosa como acolhimento para o familiar.

As informações coletadas nas entrevistas foram tratadas e interpretadas pela análise de conteúdo, como apresentado no método, a fim de compreender os sentidos e significados que o participante da pesquisa possuía a respeito do acontecimento que havia vivenciado.

A pergunta disparadora da entrevista permitiu que os entrevistados manifestassem suas reações físicas, psíquicas e emocionais:

ARTUR [...] foi a pior notícia do mundo; [...] o meu mundo desabou [...] sai daqui chorando; [...] minha pressão subiu e comecei quase desmaiar; [...] os meus dedos começaram a endurecer (silêncio, olhos marejados); [...] como pessoa estou quebrado [...]

CLÁUDIA [...] muito preocupada, muito tensa e muito triste [...]

DAVI [...] preocupado [...]

ELVIRA [...] assustada; [...] muito preocupada; [...] com medo [...]

FERNANDO [...] preocupado; [...] aflito; [...] na parte emocional realmente abalado; [...] não consegui dormir direito; [...] me alimentar direito [...]

GLÓRIA [...] muito medo [...], uma sensação horrível [...], sem dormir; [...] travei; [...] almocei agora; [...] não consegui tomar café da manhã; [...] durante a noite inteira eu fiquei acordada; [...] se eu falar para você quantas vezes eu me ajoelhei; [...] (pausa, choro).

HENRIQUE [...] um choque; [...] um baque; [...] uma tristeza; [...] preocupadíssimo, não dormi, não comi; [...] você sente tudo [...]

IARA [...] você leva um susto [...]

KLEITON [...] foi muito complicado; [...] primeiramente o que vem é medo! [...] muito apreensivo; [...] mexe muito com seu lado da emoção, acho que é o lado que mais afeta [...]

LEANDRO [...] fica um receio; [...] apreensão; [...] uma angústia [...]

MARIA [...] horrível; [...] ruim demais; [...] angústia demais; [...] muito medo; [...] muito pavor; [...] muito desespero [...]

OTÁVIO [...] não fiquei nada confortável [...]

Os relatos acima remetem para o que foi exposto na literatura, que o evento *internação de um familiar em UTI* pode se tornar uma condição de estresse total para a família, provocando várias reações psicológicas, dentre elas, nas primeiras horas ansiedade e angústia. Ansiedade de que o paciente sentirá dor, poderá ficar com alguma sequela, evoluirá para o óbito ou que o mesmo se sentirá sozinho. Alguns entrevistados expuseram também a dificuldade de dormir e se alimentar, o que vai de encontro com a afirmativa de Maslow (1999); McAdam *et al.*, (2012) e Choi *et al.*, (2013), que para um possível enfrentamento emocional é necessário que as condições básicas do ser humano sejam supridas. Este cenário sugere que os familiares dos pacientes são passíveis de atendimento psicológico e, algumas vezes, médico tanto quanto os pacientes, tomando-se a definição de saúde pela OMS como norteadora desta pesquisa. Ratificando o que foi discutido na fundamentação teórica por: Oliveira (1998); Di Biaggi (2001); Burd; Mello Filho (2004); Fumis (2004); Ismael (2004); Kitajima; Cosmo (2008); Novaes; Knobel (2008); Dórea; Lopes (2010); Gibaut *et al.* (2013); Kitajima *et al.* (2014).

As reações emocionais e/ou comportamentais explicitadas pelos participantes da pesquisa podem estar implícitas no significado atribuído pelos mesmos para UTI. O conceito de UTI como local de maiores cuidados e/ou maior segurança para o paciente como aponta o mundo científico atual ainda concorre com local para morrer e/ou de paciente grave, como mostra o discurso dos entrevistados:

ARTUR [...] UTI é para você ganhar uma nova vida; [...] para passar por ali você tem que estar ruim [...]

BEATRIZ [...] UTI é para amparar os pacientes; [...] com atenção redobrada; [...] na UTI você vai ter médicos e enfermagens muito mais atentos no paciente [...]

CLÁUDIA [...] na UTI fica a expectativa que tudo dê bem e também tem aquela expectativa que poderá acontecer o ruim; [...] UTI é para um tratamento intensivo, um tratamento mais efetivo; [...] por causa de um problema mais sério e mais grave [...]

DAVI [...] é só para monitorar; [...] para ficar em observação; [...] um negócio mais atento; [...] ficar melhor atendido; [...] a UTI ainda tem essa coisa que é grave; [...] você vai para UTI para ficar mais seguro [...]

ELVIRA [...] UTI para mim serve para estabilizar a situação; [...] é um lugar de confiança; [...] que está cuidando dela [...]

FERNANDO [...] você imagina que a pessoa que está aqui na UTI adoentada está com muito risco [...]

CLÁUDIA [...] UTI não significa um péssimo lugar que a pessoa tá quase morrendo, significa que vai ser tratada com mais atenção [...]

HENRIQUE [...] eu acho que UTI é um caso grave; [...] quando a pessoa está muito debilitada ou inconsciente [...]

IARA [...] aqui é bem monitorado; [...] bem acompanhado; [...] um acompanhamento mais personalizado; [...] mais minucioso; [...] um acompanhamento mais completo; [...] quando vai para UTI é mais para lá do que para cá [...]

JOSÉ [...] eu não tenho essa questão que, porque tá na UTI tá péssimo, tá para morrer; [...] a UTI é criada para que as coisas funcionem [...]

KLEITON [...] o nome UTI já te deixa com medo; [...] medo que a pessoa entre e não saia mais; [...] antigamente era isso que acontecia; [...] a pessoa só ia para UTI nos seus últimos minutos; [...] hoje é uma precaução do médico [...]

LEANDRO [...] acredito ser algo grave e em face disso sempre cria uma expectativa do que acontece para que ela esteja num local tão chamativo e acredito ser algo mais grave [...]

IARA [...] ir para UTI é terminal [...]

No entanto, uma experiência prévia do familiar com o evento internação em UTI, quando a experiência foi positiva, parece ter funcionado como um fator de proteção emocional, quando auxiliou na perspectiva de mudança de significado para os participantes da pesquisa.

CLÁUDIA [...] eu tive minha sogra internada em UTI há quatro anos; [...] porque a gente tinha uma ideia; [...] eu vi que ela estava mais bem assessorada, monitorada, então eu gostei muito da forma que ela estava sendo tratada; [...] então hoje, não... se fosse outros tempos, ontem ... meu genro chegar e falar, ela ficou na UTI; [...] nossa eu acho que já enfartava e caía dura, mas não, eu falei, graças a Deus [...]

JOSÉ [...] já tive com minha avó; [...] tive tios também internados em UTI; [...] assim, pra mim foi bem normal; [...] não tenho muito problema com questão de UTI; [...] UTI é um centro onde todos os equipamentos estão disponibilizados com mais rapidez; [...] acompanhamento médico mais rápido; [...] as pessoas estão em volta, estão olhando; [...] aquelas pessoas que necessitam de um cuidado mais extremo [...]

FERNANDO [...] eu já passei por internação em UTI; [...] hoje eu estou do outro lado; [...] para quem não tem esse conhecimento; [...] UTI já significa pessoa que tá precisando de cuidados especiais; [...] risco de vida; [...] risco de morte na realidade; [...] necessariamente não é isso, a UTI é um cuidado diferenciado; [...] tem que passar um outro ar, um outro nome, uma outra visão para os parentes [...]

OTÁVIO [...] minha sogra; [...] quando ela fez a cirurgia do coração; [...] ela ficou na UTI 24h; [...] meu filho quando nasceu também foi para uma UTI; [...] e assim eu não tenho mais esse assim; [...] a pessoa tá na UTI porque está nas últimas; [...] aconteceu uma coisa muito grave, não é isso, às vezes é uma prevenção [...] é uma segurança para a pessoa [...]

Da mesma maneira, contrariando o dito popular “o que os olhos não veem o coração não sente”, a partir do momento que o familiar entrou em contato com o paciente e verificou com os próprios olhos a condição que o mesmo se encontrava, o conceito de UTI parece ter sido ressignificado. A ressignificação parece ter ocorrido, tanto quando não havia uma experiência prévia do participante da pesquisa com UTI, como quando a experiência prévia em UTI não havia sido positiva.

BEATRIZ [...] só o fato de falar UTI essa palavra já é complicada, então você imagina uma coisa muito séria e muito grave; [...] cheguei aqui e verifiquei que parecia um quarto e não parecia a UTI que eu tinha presenciado há 15 dias por conta de outro familiar [...]

DAVI [...] então te tranquiliza muito, quando o vi assim deitado; [...] tranquilo [...] ah! já me tranquilizei [...] porque você chega aos hospitais por aí e a pessoa está toda intubada [...]

IARA [...] assim eu vejo que agora que eu estou aqui na UTI, é bem melhor que estar no quarto [...] é bem monitorado, bem acompanhado [...] meu filho está ligado num aparelho de pressão [...] é um acompanhamento mais completo [...]

KLEITON [...] quando você está dentro [...] vivendo uma história dentro da situação, as coisas mudam, você já começa a ver os médicos tratando [...] você já começa a ter uma nova impressão, não mais de medo e sim de cuidados [...] quando você entra e convive com a situação, você já fica mais sossegado [...] é um cuidado a mais que o paciente tem [...]

MARIA [...] eu vi o meu padrasto na UTI, o meu padrasto foi horrível [...] eu imaginava que ela ia ficar intubada com o negócio na boca [...] mais graças a Deus quando a gente a viu não estava com nada [...] estava até lúcida [...]

NAIR [...] devia ser mais divulgado o que quer dizer uma UTI [...] depois que você entra já é capaz de ver outra coisa [...] a gente vê que eles fazem exame de sangue, faz todos os exames, ver o que tem realmente [...]

Os relatos acima ratificam a afirmação de Knobel (2010) de que a sociedade ainda relaciona UTI com morte por desconhecimento. Contudo, no discurso dos entrevistados fica explícita a condição do paciente estar consciente e não estar respirando com a ajuda de aparelhos, para que seja possível, pelo menos num primeiro momento, a mudança de pensamento para local de recuperação ou maior segurança para o paciente, sem a indecisão cognitiva e/ou sem experimentar ao mesmo tempo sentimentos opostos. Logo, disponibilizar um profissional da equipe, para discorrer sobre o plano terapêutico, a função da aparelhagem invasiva que está sendo utilizada, sua necessidade com objetivo último de reverter à situação pela qual está passando o paciente, pode ser útil para modificar a percepção dos familiares. Ademais, acompanhar o familiar na visita a seu ente, quando necessário, com objetivo de desmistificar o aparato tecnológico ao qual estiver submetido o paciente.

Logo após o impacto da informação *internação compulsória em UTI*, os familiares além de lidar com as reações físicas, psíquicas e comportamentais advindas, como também enfrentar a contradição do conceito de UTI, deparam-se com mais uma variável, pois, parece não haver escapatória para o rearranjo na rotina diária dos familiares.

ARTUR [...] a gente é comerciante, a gente tem um restaurante; [...] eu, ela, o pai dela e meu irmão; [...] eles estão assumindo; [...] vieram para cá, mas chega uma hora que tem que ir para lá, não pode deixar lá sozinho [...]

BEATRIZ [...] eu sou arquiteta; [...] coisas que eu tinha que resolver com clientes; [...] eu estou resolvendo aqui por telefone; [...] se tivesse alguma coisa urgente ou bater ponto aí; [...] eu trabalhei quase 30 anos em empresas, aí já ficaria

complicado; [...] como eu estou trabalhando por conta, também é complicado, porque aí sou eu e eu; [...] eu tenho prazos e se eu tivesse algum prazo para atender, eu teria que atender e atender, não tem jeito, eu teria que largar ele com outra pessoa; [...] tem o meu outro filho que ficou sozinho, mas aí a minha mãe já está preparando a comida para ele [...]

CLÁUDIA [...] a vida fica desarrumada, desajeitada; [...] como está hoje [...]

DAVI [...] eu deixei a minha filha com a minha irmã; [...] ontem trouxe a minha outra prima, que são duas irmãs dela e minha madrinha; [...] que é madrinha dos quatro porque somos quatro; [...] minha madrinha tem Alzheimer, então uma cuida da minha madrinha e outra cuida da minha filha que eu deixo lá para trabalhar; [...] aí eu trouxe a minha outra prima, ela passou a noite aqui; [...] eu fui para casa, aí de manhã a minha mulher foi trabalhar e eu consegui dispensa no serviço; [...] aí eu vim para cá, levei a minha filha lá para a casa da minha prima [...]

ELVIRA [...] Ah vai mudar tudo na minha vida e de todos; [...] muda tudo em já sair de casa, então muda tudo [...]

FERNANDO [...] então você acaba não trabalhando, e ficando aqui ao lado da pessoa; [...] a família faz um revezamento [...]

CLÁUDIA [...] hoje eu não fui trabalhar, meu marido se desesperou e falou que não ia conseguir trabalhar; [...] e a outra (filha) foi trabalhar preocupada, falou que queria voltar; [...] mudou; [...] ninguém está trabalhando feliz hoje [...]

HENRIQUE [...] muda tudo; [...] o trabalho; [...] a gente tem que resolver os problemas fora; [...] vou ter que trabalhar; [...] então tem que ir lá; [...] mais tarde vem meu irmão aí para ficar até mais tarde com ela; [...] vamos revezar [...]

IARA [...] é muda assim; [...] hoje não fui trabalhar; [...] ele não foi para escola; [...] meu marido foi trabalhar, mas, está toda hora ligando [...]

JOSÉ [...] ela é dona de casa, assim ela que cuida dos meus filhos e ficou um pouco complicado; [...] porque eu já não fui trabalhar; [...] provavelmente amanhã não vou; [...] estou segurando um pouco a bronca das crianças porque a gente não tem com quem deixar inclusive meus filhos estão na casa de amigos agora porque eu vim para ver ela, daqui a pouco volto para pegá-los [...]

KLEITON [...] mudou, mudou totalmente; [...] porque mãe é mãe; [...] quando é um pai que se interna a mãe sabe controlar a situação, agora quando é uma mãe que se interna já sai um pouco do padrão do homem; [...] agora ficou assim; [...] quem fica com eles é minha mãe ou minha sogra; [...] à noite eu vou embora e vou ficar com eles; [...] igual amanhã, sábado é um dia que salão enche; [...] então vou ficar trabalhando e minha sogra que vai ficar aqui com ela [...]

LEANDRO [...] a filha é muito novinha; [...] nós temos uma rotina de alimentação, até de medicação porque ela está gripada; [...] a esposa estando aqui e eu também, a gente acaba dependendo de terceiros para que ela possa estar recebendo estes cuidados; [...] não que estas pessoas não vão fazer; [...] poxa eu queria tá lá dando carinho e nem sempre a gente vai conseguir em virtude desta internação [...]

MARIA [...] a vida muda, muda tudo [...] eu não consegui ir trabalhar; [...] não ia trabalhar como se deve; [...] o meu patrão falou que se eu precisar ficar [...]

NAIR [...] a rotina muda bastante! [...] meu marido tinha os compromissos dele que não podia faltar; [...] eu também trabalho; [...] mas eu sou mãe eu tenho que cumprir [...]

OTÁVIO [...] eu não pude trabalhar hoje; [...] mudou minha rotina [...]

A partir dos relatos acima foi possível constatar que a necessidade de rearranjo da rotina familiar contemplou mudanças de papéis, adequação na estrutura e na dinâmica familiar e, está explicitamente imbricada com a necessidade objetiva do apoio da rede familiar, social e/ou profissional. Como ressaltado por: Calil (1987); Di Biaggi (2001); Dallalana (2003); Barros (2004); Ismael (2004); Romano (2007);

Gouveia-Paulino; Franco (2008); Dórea; Lopes (2010); Mazutti; Garcia (2010); Gibaut *et al.* (2013).

Além disto, o apoio das redes também tem função de suporte subjetivo para os familiares do paciente:

ARTUR [...] se eu te falar que tem mais de 30 pessoas, familiares e amigos; [...] está todo mundo; [...] as enfermeiras são a união; [...] todos os profissionais; [...] você chega elas te dão bom dia, tipo faz levantar seu ânimo; [...] essas meninas daqui e de onde está minha filha, na UTI – neonatal, parecem uma família, porque é uma unida na outra; [...]

BEARTIZ [...] Com certeza! Com certeza! Com certeza! [...] minha mãe que estava aqui e a minha irmã que me ajudou; [...] então isso já é um facilitador; [...] minha mãe e minha irmã, pessoas que acompanharam meus filhos ao longo da vida; [...] tem que ter o apoio da família; [...] continuei tendo apoio e vou ter apoio [...]

CLÁUDIA [...] porque ele fica sempre acompanhado; [...] dos familiares ou da filha, da esposa, da irmã; [...] é muito importante; [...] traz um conforto para o doente e para a família sem dúvida; [...] se não o doente fica com muita gente e sozinho; [...] isolado da família; [...] não falta companhia para ele; [...] acho muito importante o apoio da família; [...] para os familiares e para o próprio doente [...]

DAVI [...] a união é tudo [...] quando um precisa [...] o apoio familiar é tudo [...]

ELVIRA [...] é todo mundo muito junto; [...] é muito importante; [...] tanto é que todo mundo já tá sabendo, todo mundo liga; [...] tem um que mora no Rio que vem amanhã já; [...] então é todo mundo junto; [...] facilita porque dá apoio um para o outro e a gente não se sente sozinho [...]

FERNANDO [...] a gente sabe que não necessariamente não adianta só médico, não adianta medicamento se você não tiver um apoio da família; [...] se você não tiver um carinho à pessoa também não melhora; [...] o próprio instinto de parente; [...] você acaba sendo solidário; [...] você fica sensibilizado de falar: Poxa, fulano veio me visitar. Com certeza no dia, tomara que não aconteça nada, mais se

acontecer você vai fazer a visita também, a coisa é recíproca; [...] ele sempre foi a vidraça; [...] ele sempre foi a pessoa forte; [...] ele que segurou e apoiou os demais quando tinha algum ente da família na UTI e hoje é ele que tá na UTI então ele acaba passando essa responsabilidade para mim que sou o filho maior; [...] ao falar com minha mãe e com minha irmã, então acabo eu segurando as duas, pode ficar despreocupada que o pai está bom, eu já conversei com o médico do mesmo jeito que ele fazia quando eu estava na UTI [...] as empresas deveriam ter esse cuidado de saber que a pessoa não está trabalhando direito; [...] não está produzindo direito; [...] e dar esse apoio de fazer a extensão da visita ao trabalho; [...] a pessoa visitar o parente dele, que com certeza quando ele volta ao trabalho, ele volta melhor para fazer a produção dele [...]

HENRIQUE [...] de apoio; [...] dos próprios parentes; [...] vai vim bastante parente visitar ela aí; [...] muito importante; [...] o pessoal (equipe de saúde) está fazendo de tudo; [...] bom o atendimento [...]

KLEITON [...] eu estou tendo um apoio muito grande; [...] primeiramente dos familiares e depois do meu pastor; [...] então isso é muito importante, amigos e parentes; [...] nos enfermeiros eu estou bem atendido; [...] até em relação a aquelas pessoas que vem e traz um café [...]

LEANDRO [...] eu acredito que eu acho que na vida, independentemente de uma pessoa estar na UTI ou não, acho que o ser humano tem que entender que a gente precisa de um apoio, às vezes pode ser sei lá, um conselho, qualquer coisa que puder acrescentar é sempre importante para que a gente cresça, a gente sempre aprende com o outro, independentemente de questões culturais ou intelectuais, eu acho que cada um tem sempre uma informação a acrescentar e, a gente sempre cresce como pessoa quando ouve isso; [...] claro que atenção ao paciente e atenção ao acompanhante [...]

MARIA [...] ela conhece bastante gente e, todo mundo que ela conhece a gente pediu oração e muita gente orou; [...] foi muito bom! [...] apoio de quem puder ajudar; [...] amigos, parentes; [...] que nem a mãe do marido dela foi muita boa, o marido dela então! [...] não tenho palavras para agradecer; [...] a Deus primeiro,

porque é Deus que põe as pessoas boas na vida da gente; [...] as enfermeiras são legais, são atenciosas, as enfermeiras tratam com carinho; [...] é bom; [...] importante é esse apoio mesmo; [...] união, amor [...]

NAIR [...] o apoio familiar, apoio no serviço, principalmente no serviço; [...] eles têm que apoiar, não tem jeito; [...] eu acho que tem que ter apoio! É o mais importante; [...] não é dinheiro, não é nada; [...] é mais apoio [...]

OTÁVIO [...] recebi várias ligações; [...] todo mundo preocupado; [...] perguntando como tá? [...] tem que ter; [...] ninguém é de ferro; [...] as pessoas têm que está apoiando você; [...] eu tenho minha família; [...] fui criado numa família bem humilde mesmo; [...] que valoriza a questão da família que ninguém vive no mundo sozinho; [...] a família é fundamental porque apoia; [...] procura um entender o outro; [...] o profissional é difícil; [...] hoje eu trabalho numa empresa de grande porte; [...] não tive problema nenhum em me ausentar hoje; [...] percebo que mesmo estando fora; [...] você ver um apoio da empresa; [...] na hierarquia que são seus superiores, eles me dão [...]

Alguns entrevistados incluíram a importância do apoio da equipe de saúde e da religiosidade/espiritualidade neste rol.

Enquanto o apoio das redes parece funcionar como um fator de proteção a falta delas pode vir a ser um fator de risco:

JOSÉ [...] minha família não sabe [...] a família dela não sabe [...] então eu tô meio assim que segurando tudo [...] eu acho muito importante quando você tem uma família presente para esses momentos [...] muito importante [...]

LEANDRO [...] minha esposa é do Sul [...] então uma parte da família já está distante [...] não tem esse apoio [...] a outra parte que é do meu lado [...] têm os compromissos deles [...] a gente fica um pouco dependente dessas pessoas que nem sempre estão disponíveis para isso [...]

Concomitante à importância do apoio objetivo e/ou subjetivo por parte da equipe de saúde, seja para explicar sobre o ambiente e aparatos tecnológicos da

UTI, seja para acompanhar os familiares na visita, surge à relevância da informação por parte da mesma equipe, em relação ao estado de saúde do paciente, diagnóstico e prognóstico:

ELVIRA [...] eu acho que o quê a família mais precisa é de informação do que está acontecendo [...]

FERNANDO [...] a maior importância de uma pessoa que está fora da UTI é ter informações do paciente que se encontra internado em uma UTI; [...] você precisa de notícias; [...] de como está a saúde desse parente; [...] vou voltar a falar novamente; [...] precisa de informações para as pessoas que estão fora; [...] precisa de informações do parente que está na UTI [...]

CLÁUDIA [...] precisa pelo menos saber o que está acontecendo aqui; [...] cientes do que está acontecendo; [...]

HENRIQUE [...] poder perguntar tudo; [...] a gente se sente assim mais à vontade [...]

IARA [...] de informações médicas, (...) de notícia do que está acontecendo; [...] de notícia; [...] está indo bem o tratamento; [...] não está indo; [...]

JOSÉ [...] que os médicos possam me falar alguma coisa sobre o estado de saúde dela [...]

LEANDRO [...] a informação é muito importante; [...] acaba confortando os familiares e o paciente [...]

NAIR [...] informação assim de alguém; [...] avisar; [...] falar; [...] pelo menos falar se é grave, se é muito grave; [...] está, mas; [...] está em observação; [...] é importante [...]

OTÁVIO [...] a informação acho que é necessária; [...] para esclarecer para as pessoas; [...] se tem dúvida tem que perguntar [...]

FERNANDO [...] são pessoas leigas na área médica; [...] quando você faz uma visita; [...] você vê aquela pessoa com um monte de aparato em volta dele; [...] equipamentos que você desconhece; [...] então você precisa de informações; [...]

IARA [...] o explicar dos médicos; [...] das enfermeiras; [...] explicar pra gente; [...] que a gente não entende os aparelhos; [...] não entende termos técnicos; [...] então eles explicarem pra gente; [...] a gente fica mais tranquila; [...] porque está acontecendo aquilo; [...] quem está dando remédio; [...] que remédio que é; [...] para que aquele remédio está servindo [...]

ARTUR [...] eu acho que eles não conseguiram me passar a palavra certa do que aconteceu; [...] uma doutora me chamou de canto e falou que ela estava com um probleminha no coração e no pulmão; [...] mas, ela chegou e usou a palavra; [...] que ela estava com derrame; [...] tipo ela poderia ter falado que o derrame é o líquido no coração que foi derramado; [...] entendi que era aquele derrame da cabeça [...] um AVC [...]

LEANDRO [...] minha esposa foi pra UTI e eu fiquei fora uma hora e quarenta minutos; [...] alguém poderia, por exemplo, ter chegado e falado; [...] faltou uma informação [...]

LEANDRO [...] não ficou claro pra mim; [...] porque pra mim catapora é uma doença de criança; [...] o médico ainda não passou todas as informações pra que eu pudesse me inteirar e acreditar; [...] porque ela está aqui; [...] para falar a verdade não ficou claro ainda; [...] então talvez ouvindo o médico, eu vou ter uma reação tanto positiva quanto negativa; [...] é difícil pra alguém que é leigo; [...] deveria existir um pouco mais de clareza na condução; [...] para que realmente pudesse entender o que acontece; [...] quem não tem uma cultura tão privilegiada; [...] acaba não entendendo uma linguagem técnica [...]

OTÁVIO [...] informação bem transparente; [...] passar o que aconteceu mesmo; [...] isso é fundamental; [...] se tiver qualquer intercorrência a pessoa avisar [...]

As falas dos entrevistados confirmam que as informações por parte da equipe de saúde precisam ser priorizadas, e vão além quando afirmam que estas precisam ser acessíveis e claras, ou seja, o conteúdo da informação necessita estar alinhada à forma de comunicação, como ressaltado por Kitajima; Cosmo (2008); Henrich *et al.* (2011); Karlsson *et al.* (2011); Hoghaug *et al.* (2012); Hunziker *et al.* (2012); Saboya *et al.* (2012); Sundararajan *et al.* (2012); Schwarzkopf *et al.* (2013); Costa; Medrado (2014).

Os participantes HENRIQUE e OTÁVIO trouxeram a questão do diálogo, o familiar como um ser não apenas passivo no recebimento das informações, mas, com a possibilidade de perguntar e, com isso ser estabelecido um diálogo. Há que se considerar que é um momento de ansiedade e angústia pelo qual estão passando os familiares então, a retenção e a compreensão das informações, segundo Souza *et al.* (2010) pode ficar comprometida.

O familiar LEANDRO aponta para a importância da informação efetiva e afetiva (FUMIS, 2004; KITAJIMA; COSMO, 2008) e, como o tempo da angústia da espera por informação não pode ser mensurado, porém, pode humanizar a relação com a equipe de saúde/instituição e diminuir o estresse quando proporciona um decréscimo na angústia e na ansiedade. No entanto, a expectativa da informação sobre diagnóstico/prognóstico pelo familiar em curto espaço de tempo pode não ser viável, e isto pode se tornar uma fonte de embate e descontentamento, como afirma Dallalana (2003).

A fala de BEATRIZ ilustra a discussão acima.

BEATRIZ [...] a conversa inicial que eu tive com o médico; [...] ele me explicou exatamente o que ia acontecer e tudo mais; [...] já me passou segurança e confiança; [...] todos os exames; [...] qual o resultado esperado; [...] então foi bem tranquilo [...]

Reafirmando Kauffman (2012), a *expertise* cognitiva da situação vivida parece ter proporcionado uma base para o enfrentamento emocional de BEATRIZ.

OTÁVIO sugere a eleição do membro da família mais fortalecido emocionalmente para ser o interlocutor da mesma junto à equipe de saúde. O risco neste momento é o surgimento do pacto do silêncio, caso este familiar não

compartilhe posteriormente de maneira adequada às informações que recebeu para o restante da família e, com isso acabe prejudicando e obstruindo o enfrentamento da real situação por todos e o compartilhamento da dor. (ISMAEL, 2004; BURD, 2004)

OTÁVIO [...] é fundamental também saber na família; [...] quem vai lidar com a situação; [...] às vezes pode ser que é uma pessoa fraca; [...] que não ouve; [...] que não quer ouvir; [...] tem que ser uma pessoa mais equilibrada; [...] a verdade é essa; [...] para receber qualquer tipo de informação; [...] seja ela boa ou ruim [...]

E aí a porta fechou... E com isso a separação compulsória pela internação em UTI aconteceu.

Nas situações adversas da vida o comportamento de apego é ativado e evidenciado. (BOWLBY, 2006)

ARTUR [...] perder a minha companheira de vida; [...] de dia a dia; [...] sem ela eu não vou ser nada; [...] não posso perder ela; [...] ela me conforta; [...] ela é meu chão; [...] a gente tem que viver junto; [...] eu só vou embora quando for levar ela e minha filha para casa; [...] eu estou aqui desde que ela entrou; [...] eu não saio daqui de dentro; [...] eu não saio! (Chorou) [...] a gente só vivia juntos; [...] eu preciso dela; [...] eu preciso que ela fique bem; [...] eu preciso ouvir; [...] ela vai tirar aquele tubo da boca e falar; [...] me deram alta a gente vai pra casa; [...] se eu precisar dar o meu pulmão pra ela eu vou dar; [...] eu tiro do meu e dou pra ela [...]

A separação, pela internação na UTI de sua esposa, provocou em ARTUR ansiedade e raiva. O entrevistado chorou durante a entrevista, comportamento considerado normal quando fundamentado na Teoria do Apego, em momentos de dificuldade. A fala de ARTUR evidenciou o vínculo de amor por sua companheira quando evocou a satisfação pela proximidade da mesma e clamou pelo sentido e significado de sua vida emocional. Sua dependência emocional pela esposa parece ser um fator de proteção em sua vida. O sofrimento que apresentou na entrevista, ansiedade de separação, foi coerente com a situação que estava sendo vivenciada. Suscitando a ideia que ARTUR e sua esposa possuem um vínculo baseado em apego seguro.

BEATRIZ [...] enfim pra mim é sempre duro; [...] porque eu sou extremamente familiar; [...] leoa mesmo; [...] pra mim é sempre complicado me separar [...]

BEATRIZ por sua postura rígida na entrevista e pela afirmação “*sempre é complicado me separar*” sugere uma relação de apego inseguro em sua primeira infância, que se repete na relação com seu filho quando afirmou ser “leoa”, já que possibilitar ao outro explorar o mundo é um dos fatores que prediz uma figura de apego seguro. Segundo Bowlby (2006) não é apenas o cuidar, mas, principalmente o modo de cuidar que determina a qualidade do vínculo.

ELVIRA [...] porque ir embora e deixar a mãe sozinha (paciente de 90 anos) é muito complicado; [...] foi um alívio saber que poderia ficar junto [...] pra gente foi muito confortante [...] que a gente está junto [...] estava muito aflita de ir embora [...]

ELVIRA demonstrou tristeza, preocupação e ansiedade com a possibilidade da perda de sua mãe. Seu comportamento de ligação com a mãe denotou a manutenção de proximidade com a mesma quando expressou a necessidade de proteção de sua figura de apego, reação esperada para a situação que estava sendo vivenciada. Este caso ilustra a afirmação de Bowlby (2006) de que o comportamento de ligação acompanha o ser humano desde o nascimento até sua morte. Manter o vínculo afetivo pela proximidade física com sua mãe provocou em ELVIRA segurança e tranquilidade. A disponibilidade emocional de ELVIRA pelo cuidar de sua mãe sugere que este vínculo esteja baseado num apego seguro e pode ser renovado longitudinalmente.

FERNANDO [...] existe essa separação; [...] foi muito forte porque eu trabalho com ele; [...] então você acorda de manhã e você já não consegue ver aquela pessoa; [...] você já fica preocupado; [...] esse laço é realmente cortado; [...] por mais sabendo que a pessoa está sendo bem cuidada; [...] você não consegue desvincular, [...] você tem esse laço cortado [...]

O grau dos comportamentos observados em FERNANDO no momento da entrevista, ansiedade exacerbada, sofrimento exagerado, verborrágico, movimentos corporais intensos e insegurança, mostravam a dificuldade de administrar a ansiedade de separação. A própria experiência como paciente de UTI, revela um

não aproveitamento por ARTUR, como armazenamento de recursos para lançar mão neste novo momento adverso em sua vida, a internação de seu pai em UTI. ARTUR deixou transparecer um sistema de apego inseguro, quando o mesmo precisou ser ativado pela internação de seu pai em UTI.

GLÓRIA [...] só vinha na minha cabeça que eu não me imaginaria sem minha filha; [...] somos muito ligadas; [...] somos muito amigas; [...] eu perdi minha mãe quando ela tinha oito meses; [...] de acidente de carro e ela tinha acabado de fazer 37 anos; [...] Deus tirou minha mãe, mas me deu uma filha que eu pude contar; [...] quando eu voltei a trabalhar ela tinha apenas 11 anos; [...] ela cuidava dela, da irmã; [...] punha a irmã na perua escolar; [...] fazia o “arroizinho” para as duas; [...] ela me ajudou; [...] a gente é muito amiga e confidente; [...] ela depende de mim e eu dela; [...] de manhã ela já liga; [...] a gente é muito unida; [...] ela é meu apoio emocional; [...] perder o familiar tão querido; [...] tão importante; [...] essa é a grande questão, é o que dá mais trabalho assim psicologicamente nos familiares; [...] não ter mais aquela pessoa do seu lado; [...] é difícil você imaginar o dia-a-dia sem aquela pessoa; [...] é triste; [...] é deprimente [...]

GLÓRIA apresentou um grau exacerbado de desamparo e angústia pela internação de sua filha na UTI. A intensidade como clamava subjetivamente pela proximidade da filha demonstrou poucos recursos para o enfrentamento da situação. A dependência emocional dela em relação à filha sugeriu uma inversão de papéis, que parece se repetir na história da díade, inclusive neste momento em que a filha deveria ser a receptora de cuidados pela condição de adoecimento, pois segundo Bowlby (1973) uma das funções do apego é poder conter com o cuidador numa experiência inóspita. Talvez, o acontecimento de morte abrupta e violenta que a entrevistada viveu em relação à própria mãe tenha abalado sua capacidade de desenvolver uma relação de apego seguro com sua filha. A dependência absoluta com sua filha, que já é uma adulta sugere um tipo de apego inseguro entre elas.

IARA [...] a gente está junto sempre; [...] só se separa quando ele vai pra escola; [...] algum passeio; [...] o que me deixou mais tranquila é poder está ficando aqui; [...] a médica liberou por ele ser especial; [...] mesmo que ele não fosse

especial; [...] eu não ficaria sossegada; [...] tranquila de estar longe; [...] vir só no horário de visita [...]

IARA apesar do sofrimento demonstrou segurança e equilíbrio em suas reações comportamentais e emocionais. Pode-se concluir, por ter mais dois filhos não especiais, que a proximidade é um fator de proteção emocional numa relação em que existe um vínculo de amor, independentemente de este filho ser especial ou não. Contudo, permite que seu filho explore o mundo enquanto mantém ativa sua vida profissional, quando o mesmo frequenta a escola e participa dos passeios oferecidos. A entrevista apontou que IARA proporcionou dentro do possível uma adaptação social satisfatória para seu filho e motiva a ideia que o tipo de apego da dupla é seguro.

KLEITON [...] é uma separação; [...] querendo ou não você se separa; [...] é uma nova realidade em nossa vida; [...] o casal foi constituído para estar junto; [...] em toda situação que acontece dentro de um relacionamento você aprende; [...] eu estou aprendendo um pouco a viver separadamente dela; [...] há uma palavra que se torna um medo; [...] você fica apreensivo; [...] mexe muito com a emoção [...]

KLEITON foi enfático em considerar a questão da separação como uma situação que causa sofrimento, medo e apreensão. Porém, verbalizou o entendimento da necessidade de separação pela situação que se impunha, e mostrou ser possível se manter emocionalmente equilibrado, como foi constatado pelo seu comportamento durante a entrevista (BOWLBY, 2006).

O entrevistado trouxe também a possibilidade e a oportunidade de aprendizagem para talvez fortalecer a ligação afetiva com sua esposa, torná-la mais igualitária, mesmo advinda desta experiência adversa que a vida lhe proporcionou. A possibilidade da ressignificação do que seja uma relação marital, e a flexibilidade de KLEITON sugere que o casal tenha uma ligação baseada no apego seguro.

LEANDRO [...] apreensão; [...] angústia; [...] ansiedade; [...] como se fosse abandonado ali; [...] sem qualquer tipo de respaldo [...]

LEANDRO verbalizou o sofrimento pela separação involuntária, e denominou como apreensão, angústia e ansiedade os sentimentos que experimentou naquele momento. Porém, em seguida trouxe o desamparo pela separação quando se sentiu abandonado e sem qualquer tipo de respaldo. Bowlby (2006) faz a correlação preditiva que se a criança possuiu base segura existe a possibilidade de separação quando compulsória, não sem sofrimento, mas sem tanto desamparo quanto apresentou o entrevistado. Então a reação de, LEANDRO sugere, pelo grau de sofrimento que vivenciou a situação, recursos de apego inseguro.

NAIR [...] do lado de fora da porta, eu estou mais desesperada que quando estou aqui dentro; [...] dá uma insegurança enorme; [...] é horrível; [...] eu comecei a chorar; [...] pensei um monte de coisa; [...] não tem idade para perder, né!; [...] é um sentimento; [...] acho que é um sentimento único [...]

NAIR é objetiva quando diz não suportar a separação do seu filho, se sente insegura e desesperada. Apresentou intensa ansiedade, alternou risos e choro, estava inquieta, verborrágica. Bowlby (2006) aponta que em momentos de dificuldade é possível que o adulto recorra a comportamentos infantis, como é o caso de uma internação em UTI, o que irá diferenciar o normal do patológico é o grau de intensidade dos mesmos. NAIR não estava tranquila, nem tão pouco segura, este percalço em seu caminho não foi fácil de administrar. A dependência emocional com seu filho não estava, naquele momento, sendo um fator de proteção e sim fator de risco emocional. Revelando uma relação de apego inseguro entre NAIR e seu filho.

OTÁVIO [...] essa rigidez é um pouco complicada; [...] deveria ser mais flexível; [...] eu vou ficar preocupado; [...] vou pra casa; [...] falar que eu vou ficar confortável eu não vou; [...] você sabe que está do lado da pessoa, mas ao mesmo tempo está distante; [...] pra mim hoje está sendo uma experiência nova [...]

OTÁVIO com muita tranquilidade não negou o sofrimento e a preocupação pela separação de sua esposa. No entanto, afirmou que apesar disto “irá para casa”, confirmando que tem recursos para enfrentar a separação imposta. Além disto, utilizou a nova experiência, separação compulsória pela internação em UTI, de sua

esposa, como uma oportunidade de aprendizagem onde poderá rever e se necessário reconstruir esta ligação afetiva. A entrevista com OTÁVIO apontou que o mesmo possui uma relação marital com recursos de apego seguro.

A pergunta finalizadora da entrevista revelou a importância da escuta atenta e empática como acolhimento. O que vem de encontro a uma dentre outras funções e/ou atribuições do psicólogo. Se por um lado, possibilitar a expressão do mundo interno poderá proporcionar ou auxiliar a reorganização cognitiva e/ou o entendimento emocional ao familiar, por outro poderá auxiliar o psicólogo no entendimento das primeiras questões que rondam o universo de cada família e na consequente possibilidade da criação de estratégias para um manejo clínico que auxilie esta família na nova realidade que está sendo vivenciada como afirmam Romano (2007); Souza *et al.* (2010) e Kitajima *et al.* (2014).

ARTUR [...] ótimo!; [...] às vezes a gente fica meio assim; [...] meu pai, minha mãe, minha irmã eles gostam de ouvir o que estou sentindo; [...] desabafar; [...] e agora por incrível que pareça não tem ninguém aqui; [...] com a senhora desabafei; [...] você sente um ar mais livre dentro de você; [...] eu acho que serve como um consolo; [...] você pode guardar mais coisas quando vir agora; [...] você solta tudo; [...] se você ficar acumulando você explode; [...] uma hora você não aguenta; [...] mas quando você solta as palavras; [...] como se fosse um saco; [...] se você esvaziar ele vai poder encher novamente [...]

CLÁUDIA [...] bastante positivo!; [...] organizou meus pensamentos [...]

DAVI [...] foi interessante!; [...] foi bom; [...]

ELVIRA [...] foi bom!; [...] é ajudou!; [...] ajudou muito!; [...]

FERNANDO [...] olha eu fui abordado de um jeito bem sucinto; [...] não fui obrigado a responder nenhum tipo de pergunta que eu não quisesse; [...] a resposta foi de livre e espontânea vontade; [...] foi um prazer enorme tá respondendo pra você; [...] a atenção no jeito de ter me abordado; [...] foi de um jeito muito delicado; [...] muito especial [...]

GLÓRIA [...] foi legal!; [...] gostei; [...] sei lá parece que a gente desabafa; [...] organiza o pensamento [...]

HENRIQUE [...] ah foi bom; [...] desabafou um pouco; [...] foi muito bom; [...] você se desabafa [...]

IARA [...] foi bom! ; [...] ajuda a ficar mais tranquila [...]

JOSÉ [...] foi bom; [...] a gente ter um apoio; [...] você sente uma segurança maior por ser por pessoa especializada; [...] que conhecem qualquer coisa que a gente fale [...]

KLEITON [...] é uma coisa boa; [...] esse é o momento que o que está dentro de você para soltar, você solta; [...] você conversa [...]

LEANDRO [...] é um alívio; [...] isso que eu tô falando pra você eu não vou ficar falando pro paciente que já está com problema; [...] então, eu acho que isso conforta; [...] não resolve o problema, mas, conforta; [...] é um alívio pelo menos poder falar; [...] desabafar; [...] eu acho que essa seja a melhor expressão desabafar! [...]

NAIR [...] eu achei que foi bom; [...] achei você muito simpática; [...] eu achei que é bom conversar [...]

OTÁVIO [...] foi tranquilo; [...] a sua abordagem foi super tranquila; [...] até a parabenizo por isso [...]

Os relatos apresentados acima condizem com a pesquisa de Gibaut *et al.* (2013) que identificaram que mais de 80% de familiares de paciente internados em UTIs sentem-se muito confortáveis com a prática do acolhimento pela equipe de saúde. Acolher, no contexto dos serviços de saúde, é receber bem, ouvir as demandas, buscar formas de compreendê-las e solidarizar-se com elas. Logo, o acolhimento pode gerar relações humanizadas entre os familiares e a equipe de saúde. O acolher como postura ética num processo contínuo durante a internação.

Este primeiro movimento de análise revelou que as categorias rearranjo da rotina diária, redes de apoio, informação e escuta atenciosa além de se relacionarem formam uma nova categoria que será denominada necessidades objetivas e subjetivas dos familiares dos pacientes, que já se apresentam nas primeiras 24h após a informação da internação compulsória em UTI. Ademais, a escuta atenciosa e empática realizada com postura ética, se revela como prática de acolhimento e se apoia na Teoria do Apego tendo em vista que respeitar o outro, interessar-se pelo outro, dar voz ao outro e escutá-lo, são comportamentos de apego, o que pode tornar possível que o profissional da equipe de saúde seja percebido como figura de apego seguro pelo familiar, a partir do rompimento do vínculo com seu ente, pela internação compulsória em UTI. Nesse sentido, a possibilidade do familiar delegar para os profissionais de saúde da unidade os cuidados de seu ente, o qual temporariamente está impossibilitado de realizar, uma relação de confiança poderá ser construída, e assim os mesmos escaparem da falsa imagem pejorativa de inimigos, frios e/ou duros, as quais muitas vezes lhe são imputadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O receio da pesquisadora quanto a metodologia utilizada, no que dizia respeito à recusa dos familiares em participar da pesquisa, devido ao reduzido tempo cronológico do momento da internação, como também do local escolhido para a entrevista, um espaço adaptado dentro da UTI, não se confirmou. Talvez o sucesso desta etapa da pesquisa tenha acontecido pelo fato da pesquisadora ter imprimido à interação uma postura empática, clara, firme e afetuosa ao abordar o potencial participante. Como também, pelo conhecimento prévio e pela intimidade com o ambiente, além do direito de transitar e do apoio incondicional dado por toda a equipe de saúde da unidade.

A partir da análise do conteúdo das entrevistas dos participantes da pesquisa, foi possível verificar que a notificação “informação compulsória em UTI” acarretou em todos os entrevistados, independente do sexo, grau de parentesco, religião, idade ou escolaridade, assim como, o motivo da internação, reações físicas, psíquicas e comportamentais. A compreensão da pesquisadora é a de que são reações psíquicas com um teor de sofrimento, e apesar de semelhantes, são particulares a cada sujeito. Cada familiar enfrentou esta situação com os próprios recursos adquiridos ao longo da vida, ademais, quando necessário o familiar pode ser beneficiado com intervenção psicológica. Da mesma maneira, em UTIs são previstas e atendidas, reações físicas que, por ventura, causem desequilíbrio orgânico e necessitem de cuidados médicos. As reações comportamentais de alguns familiares, que a princípio possam parecer inadequadas, ao invés de criticadas ou inibidas, necessitam ser compreendidas e acolhidas, visto a situação adversa que é focalizada nesta pesquisa.

A incerteza cognitiva da função da UTI, de local para morrer ou local para recuperação do paciente, parece ser uma das variáveis que contribuem para o estresse do familiar. Então, informações sobre a funcionalidade da unidade e seus artefatos tecnológicos podem funcionar como um fator de proteção emocional e assim, aumentar os recursos de enfrentamento e reduzir o estresse dos familiares. Contudo, a UTI, assim como, em todos os ambientes da vida, a morte é uma realidade.

Foi possível constatar com a pesquisa que o rearranjo na rotina diária da família é inevitável a partir da internação de um de seus membros na UTI, não

importando a etapa do ciclo vital em que se encontra o paciente e sua família e, nem qual a função familiar que o paciente ocupa no momento da internação. Com isto, surge a necessidade objetiva das redes de apoio, para que a família possa conciliar a vida que segue, em paralelo com a rotina hospitalar de um de seus membros que se encontra internado.

Esta pesquisa confirmou a importância, como exposto na literatura apresentada na pesquisa, da frequência, completude, clareza e afeto, na comunicação por parte da equipe da UTI, sobre o estado de saúde, planos terapêuticos, diagnósticos e prognósticos do paciente para os familiares.

O momento da separação de pacientes e respectivos familiares, por internação compulsória em UTI, apontou para um significado de desamparo, porém o grau de desamparo parece estar relacionado com o tipo de vínculo baseado em apego seguro ou inseguro da dupla.

Logo, a apresentação de algum membro da equipe de saúde aos familiares logo após o momento da internação, oferecendo uma escuta atenta e uma postura empática, é um ato de acolher. Considerando-se o acolhimento como um comportamento de apego, vale enfatizar que a possibilidade de algum membro da equipe ocupar a função de figura de apego substituta temporária, uma figura de apego delegada pelo familiar, pode viabilizar relações de confiança e humanizadas, e assim beneficiar pacientes, familiares, equipe de saúde e instituição.

Ademais, não é somente a separação compulsória pela internação em UTI, como mostrou a pesquisa que é dolorosa para os familiares, e nem a inevitabilidade desta, a grande dor parece ser a possibilidade da perda para a morte.

Em suma, esta dissertação preconiza a importância de novas pesquisas serem realizadas, e com isso serem encontrados novos indicadores que minimizem o sofrimento dos familiares, quando a internação em UTI, se torne uma realidade a ser enfrentada. Não bastando apenas encontrá-los, como também colocá-los em prática, compreendendo-se que, a generalização dos achados numa pesquisa qualitativa, podem ser utilizados como norteadores para particularizar cada caso.

Enquanto isso, esta pesquisa estimula a prática do braço e do abraço, o braço como apoio objetivo por parte das redes familiares, sociais, profissionais, da equipe de saúde, espirituais/religiosas, e o abraço como apoio subjetivo por parte das mesmas redes, não só para amenizar este momento adverso da vida, como também

para prevenir sequelas psicológicas advindas da internação seja qual for o desfecho da mesma.

Por fim, este estudo destaca que prevenir sequelas psicológicas é uma atitude de promoção de saúde para paciente-famíliares-equipe de saúde-instituição.

REFERÊNCIAS

AINSWORTH, M.D.S. *et al.* **Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation.** Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc, 1978.

ALMEIDA, A.S. *et al.* Sentimento dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2009, nov-dez; 62 (6): 844-9.

American Psychological Association. Disponível em:
<<http://www.apa.org/convention/>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

ALVES, J. G. A doença aguda e a família. In: MELLO FILHO, J; BURD, M (Orgs.). **Doença e família.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 245-249.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) – **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)**, fifth edition text revision. Washington, DC, 2013.

ANDOLFI, M. **A terapia familiar.** Lisboa: Editorial Veja, 1981.

ARAÚJO, C.A. Resiliência Ontem, hoje e Amanhã. In: ARAÚJO, C.A.; MELLO, M.A.; RIOS, A.M.G. (Orgs.). **Resiliência: teoria e práticas de pesquisa em psicologia.** São Paulo: Ithaca Books, 2011, p. 6-17.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família.** Tradução Dora Flaksman. 2ª Ed. Rio de Janeiro: LTC, 1973.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA INTENSIVA (AMIB). Disponível em:
<www.amib.com.br>. Acesso em: 02 Mar. 2013.

BALIEIRO, C.R.B.; CERVENY, C.M.O. Família e doença. In: CERVENY, C.M.O. (Org). **Família e ...** 2ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p.148-161.

BALLONE, G.J. **Humanização do atendimento em saúde.** 2008. Disponível em:
<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlink&ref=000148&pid=s0021-7557201200010000900018&lng=es>. Acesso em: 04 Mar. 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARROS, T.M. Doença renal crônica: Do doente e da dimensão familiar. In: MELLO FILHO, J; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.359-366.

BASSI, E. *et al.* Uso de suporte hemodinâmico e respiratório por meio de oxigenação extracorpórea por membrana (ECMO) venoarterial em um paciente politraumatizado. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, vol. 23, n.3, 2011.

BELSKY, J. Modern Evolutionary Theory and patterns of attachment. Cassidy & Shaver. **Handbook of attachment theory. Research and clinical application**. The Guilford Press, New York London, 1999.

BÍBLIA, Português. **A Bíblia Sagrada**. Edição pastoral, tradução, introduções e notas Ivo Storniolo, Sociedade Bíblica Católica Internacional e Paulus: São Paulo, 1991

BLOM, H. *et al.* Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients: a phenomenological study. **Intensive Crit Care Nurs**; 29(1): 1-8, 2013.

BOWLBY, J. **Charles Darwin. A new life**. Ww Norton & Company: New York London, 1992.

_____. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. Tradução Álvaro Cabral 4^a Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BRASIL. Poder Executivo. Decreto nº 37.773, de 18 de Agosto de 1955. Cria uma Comissão Especial para elaborar anteprojeto da Lei Orgânica de Assistência Médico Hospitalar no País e dá outras providências. Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-37773-18-agosto-1955-336277-norma-pe.html>>. Acesso em: 08 Jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. **Conceitos e Definições em Saúde**. Brasília, 1977.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1.071 de 04 de julho de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Disponível em: <<http://www.sobрати.com.br/ms-politicacritico.htm>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de tratamento intensivo. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Servicos+de+Saude/Assunto+de+Interesse/Legislacao/Unidade+de+Terapia+Intensiva>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

_____. MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO. Portaria Normativa/MEC nº 17, de 28 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Diário Oficial da União. Seção 1. Disponível em: <http://www.profmat.sbm.org.br/docs/Portaria_Normativa_MEC17_28_12_2009.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

BURD, M. Abordagem familiar e psicoterapia da família. In: MELLO FILHO, J; BURD, M. (Orgs.). Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 391-410.

_____; MELLO FILHO, J. Cardiopatias e família. In: MELLO FILHO, J; BURD, M. (Orgs.). Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.337-357.

CAIUBY, A.V.S.; ANDREOLI, P.B.A.; ANDREOLI, S.B. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes internados em UTI. In: KNOBEL, E; ANDREOLI, P.B.A.; ERLICHMAN, M.R. **Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 159-172.

CALIL, V.L.L. **Terapia familiar e de Casal**. 7ª Ed. São Paulo: Summus Editora, 1987, p.20.

CAMPOS, E.P. Suporte social e família. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.141-161.

CERVENY, C.M.O.; BERTTHOUD, C.M. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CERVENY, C.M.O. Resiliência: Introdução à compreensão do conceito e suas implicações no campo da psicologia. **Rev. ciên. hem, Taubaté.** v.12, n.2, 2006, p.21-29.

CERVENY, C.M.O. (Org.). **Família em Movimento.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p.9-16.

CHAZAN, L.F. Trabalhando com as famílias na atenção primária. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.111-122.

CHOI, J.Y. *et al.* Health Risk Behaviors in Family Caregivers During Patients' Stay in UCI: A pilot Analysis. **Am J Crit. Care**, 2013; 22:41-45 doi: 10.4037/ajcc 2013830. Disponível em: <<http://www.ajconline.org>>. Acesso em: 23 Jun. 2014.

COSMO, M. *et al.* O paciente em Unidade de terapia intensiva – critérios e rotinas de atendimento psicológico. In: KITAJIMA, K. **Psicologia em unidade de terapia intensiva: critérios e rotinas de atendimento.** 1ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar.** 3 ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal LTDA, 1989.

DALLALANA, T.M. **Na saúde e na doença: A família e suas relações com a Instituição hospitalar.** 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2003.

DAVIDSON, J.E. *et al.* Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. **Crit Care Med**; 40(2): 618-24, 2012.

DI BIAGGI, T. M. **A relação médico-família em unidade de terapia intensiva – um estudo sobre as percepções do médico intensivista.** 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2001.

DI GANGI, S. *et al.* A narrative-based study on communication by family members in intensive care unit. **J Crit Care**; 28(4): 483-9, 2013.

DÓREA, A.; LOPES, A.A.B. A criança portadora de cardiopatia congênita e o trabalho do psicólogo na UTI infantil. In: RIBEIRO, A.L.A; GAGLIANI, M.L. (Orgs.). **Psicologia e Cardiologia: Um desafio que deu certo**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2010, p. 7-16.

ERLICHMAN, M.R.; AKAMINE, N.; KNOBEL, E. O paciente terminal na UTI: Atuação da Equipe Multiprofissional. In: KNOBEL, E. **Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2008, p.343-348.

FÉRES-CARNEIRO, T.; PONCIANO, E.L.T.; MAGALHÃES, A.S. Família e casal: Da tradição à modernidade. In: CERVENY, C.M.O. (Org). **Família em movimento**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007, p. 23-36.

FONSECA, A.C.; MENDES JR. W.V.; FONSECA, M.J.M. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: Revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 2012; 24(2): 197-206.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO (FOSP). **Serviço Social em Oncologia**. Comitê de Serviço Social em Oncologia. São Paulo, 1997, p.23. Disponível em: <www.fosp.saude.sp.gov.br>. Acesso em: 21 Mai. 2013.

FUMIS, R.L.R. **As famílias dos pacientes da UTI do Hospital do Câncer: Suas necessidades e compreensão**. 2004. Dissertação (Mestrado em Oncologia). Fundação Antônio Prudente. São Paulo, 2004.

GAMINO, L.A.; RITTER JR, R.H. **Ethical Practice in Grief Counseling**. New York: Springer Publishing Company, 2008, p.1-186.

GARROUSTE-ORGEAS, M. *et al.* Opinions of families, staff, and patients about Family participation in care in intensive care units. **J Crit Care**; 2010, 25(4): 634-40.

GIBAUT, M.A.M. *et al.* Conforto de familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2013, 47(5): 1117-24.

GOUVEIA-PAULINO, F.; FRANCO, M.H.P. Humanização do processo assistencial: A família como cuidadora. In: KNOBEL, E; ANDREOLI, P.B.A.; ERLICHMAN, M.R. (org.). **Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008, p.213-230.

HABERKORN, A.; BRUSCATO, W.L. Qualidade de vida e internação em UTI. In: KNOBEL, E; ANDREOLI, P.B.A.; ERLICHMAN, M.R. **Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 125-132.

HENRICH, N.J. *et al.* Qualitative analysis of na intensive care unit Family satisfaction survey. **Crit Care Med**; 2011, 39(5): 1000-5.

HINTZ, H.C. Espaço Relacional na família atual. In: CERVENY, C.M.O. (Org). **Família em movimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p.155-172.

HOGHAUG, G. *et al.* The visitor's regard of their need for support, comfort, information, proximity and assurance in the intensive unit care. **Intensive Crit Care Nurs**; 2012, 28(5): 263-8.

HUNZIKER, S. *et al.* Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care. **Crit Care Med**; 2012, 40(5): 1554-61.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 Dez. 2014.

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

JABER, S. *et al.* Clinical practice and risk factors for immediate complications of endotracheal intubation in the intensive care unit: a prospective, multiple-center study. **Crit Care Med**. 2006; 34(9):2355-61.

KARLSSON, C. *et al.* Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. **Nurs Crit Care**; 2011, 16(1): 11-8.

KAUFFMAN, J. (Org). **Loss of the assumptive world: A theory of traumatic loss**. New York: Routledge, 2002.

KHALAILA, R. Patients' Family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing**, 2013, 69 (5), p.1172-1182.

KITAJIMA, K. *et al.* O papel do psicólogo intensivista junto à equipe de saúde, In: **Psicologia em unidade de terapia intensiva: critérios e rotina de atendimento**. Kathia Kitajima (Org) 1 Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014, cap. 3, p.39-67.

_____.; COSMO, M. Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI. In: KNOBEL, E; ANDREOLI, P.B.A.; ERLICHMAN, M.R. **Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008, p.101-112.

KNOBEL, E. **A vida por um fio e por inteiro**. São Paulo: Atheneu, 2010.

_____.; LASELVA, C.R.; JUNIOR,D.F.M. **Terapia Intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006.

KOVÁCS, M.J. (Coord). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KÜBLER-ROSS. **Sobre a morte e o Morrer**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LIDCHI, V.; EISENSTEIN, E. Adolescentes e família no contexto médico. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.217-231.

LISPECTOR, C. trecho de **Um Sopro de Vida (Pulsações)**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 3ª edição. 1978.

_____. **Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres**. São Paulo: Editora Rocco, 1969.

MANFREDO, M.T. Da hiperespecialização à integração de saberes. **Com Ciência**, Campinas, n.138, May 201. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542012000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Out. 2014.

MASLOW, A.H. **Toward a psychology of being**. 3 ed. New York: Wiley, 1999.

MAZUTTI, S.R.G.; GARCIA, J.C.T. Família do paciente cardiopata. In: RIBEIRO, A.L.A.; GAGLIANI, M.L. (Orgs.). **Psicologia e Cardiologia: Um desafio que deu certo**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2010, p. 127-134.

McADAM, J.L. *et al*. Psychological Symptoms of Family members of High-Risk intensive care unit patients. **Am J Crit Care**; 2012, 21(6): 386-93.
MEIRELLES, R.C.; NEVES-PINTO, R.M.; TOMITA, S. **História da traqueotomia**. RSORL. Rio de janeiro, 2005, vol.5, n.1, p.4-9.

MELLO FILHO, J. Doença e família. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 43-56.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINUCHIN, S. **Famílias: Funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes médicas, 1990, p.25-69.

MORETTI, F.A.; OLIVEIRA, V.E.; SILVA, E.D.K. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 2012, vol. 58, n.6, p.650-658.

NEVES, F.B.C.S. *et al.* Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**; 2009, 21(1): 32-37.

NICOLESCU, B. **Manifesto da transdisciplinaridade**. São Paulo: Triom, 2008.

NOGUEIRA, L.S. *et al.* Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIs públicas e privadas. **Texto contexto – Enferm**, 2012, vol.21, n.1, p.59-67.

NOVAES, M.A.F.P.; KNOBEL, E. Fatores de Estresse nas UTIs. In: KNOBEL, E. **Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2008, p.231-240.

OLIVEIRA, E.C.N. **Viver é resistir: a singularidade da saúde a partir das práticas nos C.T.I.s**. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Psicologia, 1998.

OLIVEIRA, M.C.; MACEDO, P.C.M. Evolução histórica do conceito de humanização em assistência hospitalar. In: KNOBEL, E. **Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2008, p.173-182.

OLIVEIRA, S.A.; OLIVEIRA, M.F.P. Psicologia e Cardiologia: Um desafio que deu certo. In: RIBEIRO, A.L.A & GAGLIANI, M.L. (Orgs.). **Psicologia e Cardiologia: Um desafio que deu certo**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2010, p.1-4.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Disponível em: <http://www.who.int/topics/health_policy/en>. Acesso em: 15 Jun. 2014.

OSÓRIO, L.C. A família como sistema. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 29-42.

PADILHA, M.I.C.S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 58, n. 6, Dec. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jan. 2015.

PANDA, S.; HOGENESCH, J.B.; KAY, S.A. Circadian rhythms from flies to human. **Nature**, 2002;417:329-35.

PARKES, C.M. **Amor e perda: As raízes do luto e suas complicações**. Tradução Maria Helena Pereira Franco. São Paulo: Summus, 2009.

PEREIRA, H.; FELICIANO, R.M.H. **A importância da psicologia intensivista no contexto hospitalar**. 2012. Dissertação (Mestrado). Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva (IBRATI). Brasília, 2012.

PESSINI, L. **Morrer com dignidade: Como ajudar o paciente terminal**. 2 ed. Aparecida, São Paulo: Santuário, 1995.

PESSOA, Fernando (heterônimo Alberto Caieiro) **Não tenho pressa**. In: Poemas inconjuntos. Disponível em: <<http://www.citador.pt/poemas/nao-tenho-pressa-alberto-caeirobrheteronimo-de-fernando-pessoa>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

POUPART, J. *et al.* **A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução: Ana Cristina Arantes Nasser. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

REPPOLD, C.T. *et al.* Avaliação da resiliência: controvérsias entorno do uso de escalas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2012, 25(2), 248-255. Disponível em: <<http://www.scielo.br/prc>>. Acesso em: 01 Mai. 2013.

RIOS, A.M.G. A resiliência na infância. In: ARAÚJO, C.A.; MELLO, M.A.; RIOS, A.M.G. (Orgs.). **Resiliência: teoria e práticas de pesquisa em psicologia**. São Paulo: Ithaca Books, 2011, p. 42-67.

ROMAGNOLI, R.C. Famílias na rede de saúde mental e esquizoanálise: Uma aproximação possível. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). **Família e Casal: Efeitos da contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-RJ, 2005, p.251-265.

_____. O pensamento institucionalista e a transformação da família. In: CERVENY, C.M.O. (Org.). **Família em Movimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 97-118.

ROMANO, W.B. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. 4 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SABOYA *et al.* O papel do psicólogo junto aos familiares. In: KITAJIMA, K. (Org.). **Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva: Critérios e Rotinas de Atendimento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2014, p.23-38.

SCHWARZKOPF, D. *et al.* Family satisfaction in the intensive care unit: a quantitative and qualitative analysis. **Intensive Care Med**; 2013, 39(6): 1071-9.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, 2007, 17(1):29-41. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/phisis/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 09 Dez. 2012.

SEBASTIANI, R.W. Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. **Psicologia hospitalar: Teoria e prática**. São Paulo: Editora Pioneira, 2003, cap.3, p.21-64.

SENRA, D.F.; GUIMARÃES, C.P.A. UTI de cirurgia cardíaca. In: RIBEIRO, A.L.A.; GAGLIANI, M.L. (Orgs.). **Psicologia e Cardiologia: Um desafio que deu certo**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2010, p.113-121.

SIMONI, R.C.M.; SILVA, M.J.P. O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI. **Rev. Esc. Enfermagem USP**; 2012, 46 (Esp):65-70. Disponível em: <<http://www.scielo.br/reeusp>>. Acesso em: 27 Mai. 2014.

SIMPSON, J.A. Attachment theory in modern evolutionary perspective. CASSIDY; SHAVER. **Handbook of attachment theory. Research and clinical application**. The Guilford press, New York London, 1999.

SINGLY, F. **Sociologia da família contemporânea. Família, geração e cultura**. Trad. Clarice Ehlers Peixoto. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SILVA, A.L.M.; ANDREOLI, P.B.A. Cuidando de pacientes “difíceis” ou famílias “difíceis”. In: KNOBEL, E; ANDREOLI, P.B.A.; ERLICHMAN, M.R. (Orgs.) **Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 113-124.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA (SOBRATI). Disponível em: <www.sobрати.com.br>. Acesso em: 23 Abr. 2014.

SOUZA, R.P. (Org.). **Manual – rotinas de humanização em medicina intensiva**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

SOUZA, R.M.; RAMIRES, V.R. **Amor, casamento, família, divórcio... e depois, segundo as crianças**. São Paulo: Summus, 2006.

SUNDARARAJAN, K. *et al.* **Determinants of Family satisfaction in the intensive care unit**. *Angesth Intensive Care*; 2012, 40(1): 159-65.

URIZZI, F. **Vivências de familiares de pacientes internados em UTI: O outro lado da internação**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade São Paulo (USP). Ribeirão Preto, 2005.

ZAHER, V.L. Questões éticas dentro de uma unidade de terapia intensiva cardiológica. In: RIBEIRO, A.L.A.; GAGLIANI, M.L. (Orgs.). **Psicologia e Cardiologia: Um desafio que deu certo**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2010, p. 175-182.

APÊNDICE A**IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

NOME: _____

SEXO: M () F ()

IDADE: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

RELIGIÃO: _____

GRAU DE PARENTESCO COM O PACIENTE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE FORNECIDA PELO PARTICIPANTE

NOME: _____

SEXO: M () F ()

IDADE: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

RELIGIÃO: _____

MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PERGUNTA DISPARADORA

Como foi para o senhor (a) saber que seu _____ seria internado na UTI?

CATEGORIA DE PERGUNTAS INVESTIGATIVAS

FAMÍLIA

- . Dinâmica e estrutura familiar
- . Função do paciente na família

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

- . Conceito de UTI
- . Função da UTI
- . Tecnologia da UTI

PACIENTE/FAMÍLIA/CONTEXTO

- . História familiar de doenças e internações hospitalares e em UTI
- . História da doença do paciente
- . Necessidades e expectativas da família pós internação em UTI

RECURSOS HUMANOS

- . Personagens da UTI

SISTEMA CUIDADOR

- . História das perdas/separações familiares
- . Dinâmica familiar nas crises/doenças
- . Rede de apoio familiar/social/profissional/religiosa

PERGUNTA FINALIZADORA

- . Como foi fazer esta entrevista?

APÊNDICE C

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,.....RG:.....
concordo em participar voluntariamente da pesquisa “E aí a porta fechou ... O impacto da informação na internação compulsória em Unidade de Terapia Intensiva Adulto para o familiar do paciente”, cujo objetivo é verificar e analisar as primeiras expectativas e necessidades de familiares de pacientes, após o comunicado que os mesmos serão internados na UTI-A, realizada pela psicóloga Rosane Gutman Lacombe da Fonseca, referente ao Mestrado em Psicologia Clínica na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP.

A presente pesquisa não utilizará nenhum procedimento invasivo que ofereça danos à saúde física ou psíquica dos sujeitos de pesquisa. De acordo com a Resolução 196/96, que afirma que todas as pesquisas com seres humanos oferecem algum grau de risco, a presente pesquisa não cria qualquer risco excepcional para o sujeito entrevistado, ou seja, o método não provoca riscos maiores do que os encontrados no cotidiano dos sujeitos. Trata-se de uma pesquisa de risco mínimo, segundo a classificação do Conselho Federal de Psicologia (CFP) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000). Caso necessário, a pesquisadora poderá ser encontrada pelo endereço eletrônico rosanegutman@hotmail.com ou pelo telefone (011) 996838401.

Por meio deste, aceito ser entrevistada e autorizo a gravação da entrevista em áudio. Sei que as informações obtidas serão utilizadas com ética na elaboração de trabalhos científicos e poderão ser utilizadas para publicação em meios acadêmicos e científicos. Será garantida a confidencialidade das informações fornecidas por mim, e meu nome não será divulgado nos documentos pertencentes a esse estudo.

Estou ciente de que sou livre para interromper minha participação neste estudo em qualquer momento, sem ser prejudicada, como também para recusar a dar resposta a qualquer questão durante a entrevista.

Declaro que os objetivos e detalhes desse estudo foram-me completamente explicados, conforme seu texto descritivo.

Desse modo, concordo em participar do estudo e colaborar com a pesquisa.

Nome da Participante:.....

Assinatura da Participante:.....

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Pesquisadora:

Rosane Gutman Lacombe da Fonseca

Contato: (11) 996838401

RG: 59.181.681-7