

ACOLHIMENTO PRESTADO POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE AOS FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS

Reception Provided for Health Professionals to Critical Patients Family

PINHEIRO, Breno Fontes¹; GALVÃO, Késsio Tavares²; SOUSA, Milena Nunes Alves de³; LIMA, Cintya Formiga de Souza⁴; GONZAGA, Maria de Fátima Liliane Albuquerque⁵

¹Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Santa Maria, brenofontesjp@hotmail.com; ²Graduado em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria; ³Graduado em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria; ³Doutora em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca; ⁴⁻⁵Acadêmicas do curso Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria

RESUMO

O acolhimento prestado por profissionais da saúde aos familiares de pacientes é uma das muitas questões de relevante importância global no contexto hospitalar. Na situação de um paciente em estado crítico de saúde, esta face do acolhimento porta uma seriedade ainda maior, uma vez que na maioria dos casos o paciente se encontra inconsciente, e por isso será necessário cuidar e lidar com os seus familiares de acordo com as suas necessidades e as decisões cabíveis para aquele momento difícil. Entende-se que essas necessidades são muitas, tanto as de natureza mais básica como as mais específicas. As básicas estão vinculadas as regras gerais da instituição de saúde, atendimento, informações, comodidade, etc. As específicas são advindas das variáveis situações e contextos sobre os quais os familiares podem vir a se encontrar, à medida que apresentam constâncias abrangidas de stress, distúrbios do humor e sentimentos de consternação durante o processo de internação do paciente na UTI. Entendendo a importância dos familiares nessa questão, é que este trabalho objetiva desenvolver uma discussão, com base em pesquisas já realizadas e numa perspectiva bibliográfica de revisão literária, a fim de entender como são efetuadas as práticas de assistência familiar por parte dos profissionais de saúde, sobretudo, os enfermeiros – profissionais dos quais são considerados os mais presentes nesse processo; e os problemas e/ou eficácias de maiores destaques resultantes das técnicas desenvolvidas.

Palavras-Chaves: Acolhimento; Familiares; Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

The reception provided by health professionals to family members of patients is one of the many relevant global importance issues in hospitals. In the situation of a patient in critical health condition, this side of the host port even more seriously, since in most cases the patient is unconscious, so you must take care and deal with their family in accordance with the their needs and the appropriate decisions at that difficult time. It is understood that these needs are often both the most basic nature as the most specific. The basic rules are linked to the general health facility, service, information, comfort, etc. The specific variables are arising situations and contexts on which family members can come to meet, as they have covered constancies of stress, mood swings and feelings of dismay during the patient's hospitalization process in the ICU. Understanding the importance of family in this matter, it is that this work aims to develop an argument, based on previous studies and a literature perspective of literature review in order to understand how are made the family care practices by health professionals, especially the nurses - professional of which the most gifts are considered in this process; and the problems and / or efficacies of the highlights resulting from the techniques developed.

Key Words: Home; Relatives; Health professionals.

INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de algumas reflexões acerca do tratamento dado pelos profissionais da saúde aos familiares de pacientes em situações críticas, visto que é muito comum realidades difíceis, quando não há um atendimento centrado numa prática humana que favoreça a forma de acolhimento diante das variadas situações e casos. Entende-se, pois, que o profissional, seja ele o médico, o enfermeiro ou mesmo o assistente social, necessita estar apto às condições corretas e necessárias para lidar com os familiares dos pacientes, seja simplesmente para dar uma informação, seja para dar uma notícia ruim.

A assistência prestada às famílias, é assim, uma importante questão na área da saúde, pois implica, não apenas no ato de receber e recepcionar os familiares dos pacientes, mas também em aceitá-los e tratá-los como sujeitos de direitos e possuidores de desejos em acompanhar com atenção o quadro do paciente a quem lhe tem à parentela. Portanto, o profissional que fornece a assistência tem a obrigação de oferecer aos atendidos informações e cuidados, além de necessitar ter flexibilidade para transmitir as informações de forma maleável, sabendo usar as palavras e os gestos certos para conversar com os familiares da forma mais paciente possível. E essa capacidade deve estar dobrada em uma perspectiva coletiva, partindo do caso para os casos, atendendo a todos com igualdade. Abrange, portanto, um profundo entendimento de campo, de causa e de contato com o próximo.

Entende-se que, quando o profissional tem uma abertura fácil e necessária tanto com os pacientes como com os familiares destes, fica mais harmonioso manter um equilíbrio entre o duro e cansativo trabalho, com as necessidades emocionais a que são envolvidos no ato do acolhimento, o que torna a prática menos dolorosa para o profissional que lida diariamente com pacientes em situações extremamente críticas, e amortece, na medida do possível, a ansiedade dos familiares, bem como a dor que sentem diante do quadro.

Outrossim, o exercício do acolhimento vai passando, à medida que é realizado, por um processo de refinamento da sensibilidade e atenção do profissional. Enquanto mais o profissional oferece um bom atendimento mais ele se torna referência naquilo que faz. Atenção e cuidado são, assim, passos imprescindíveis no caminho que transcorre a saúde.

Com base nessas reflexões, é perceptível uma agravante na prática do acolhimento, a ausência de um atendimento focado na dimensão dos problemas; do quadro do paciente e da necessidade dos familiares. O atendimento acontece, muitas vezes, de forma bem artificial, isto é, não há um envolvimento entoadado entre o profissional e os familiares que deles precisam em determinados momentos. Nota-se, todavia, que os parentes do paciente entram no hospital com ânsia de obter

informações, visitar o paciente, mas às vezes saem pior do que entraram: vazios de informações e mais “perdido” do que outrora. Pois não teve um bom acolhimento e geralmente, sequer saem sabendo, de fato, o que ocorre naquele dado momento com o paciente.

Percebe-se com isso, que não são os familiares quem devem buscar o acolhimento (apesar de precisarem dele), mas os profissionais que ao acolhimento compete, é que são os agentes ativos para as quais devem ser apresentadas as diversas situações englobadas no ato de acolhimento, visto que acolher está além do significado da palavra propriamente dita. Envolve, pois, uma série de fatores e questões, como o grau de instrução intelectual dos familiares diante de determinados esclarecimentos indispensáveis a eles. Nesse caso, o profissional precisa ser claro, dinâmico, prático e paciente para dizer explicitamente o que deve ser repassado aos familiares. Certos termos técnicos da área da saúde, linguagens rebuscada demais, complexidade do próprio quadro em si, deve ser minimizados e clareados para bem atender as necessidades práticas do momento.

Outra questão também envolvida nesse processo de acolhimento é o fator emocional dos familiares, estes que, nem sempre são fortes o suficiente para encarar agravamentos no quadro ou até mesmo a morte do paciente. Nesse caso, entende-se que o profissional precisa ser, além de um bom profissional, um bom ser humano, capaz de acolher com intensa compreensão e afeto, os familiares que em desespero, precisam de um abraço, uma palavra de conforto. No final, tanto os familiares se sentem gratos pelo acolhimento como o profissional se sente bem ao ter cumprido seu dever com deveria.

Verifica-se assim, que a prática do acolhimento é uma prática complexa e simples ao mesmo tempo, uma vez que não se trata apenas de acolher na acepção da palavra em si; não se trata apenas de um abraço ou de uma informação dada, trata-se, além disso, de uma prática diária pela qual competem várias questões envolvendo fatores instrumentais, cognitivas, afetivas, sociais e culturais por parte do profissional no exercício de sua profissão e no processo de acolhimento.

Entendendo a importância dos familiares nessa questão, é que este trabalho objetiva desenvolver uma discussão, com base em pesquisas já realizadas e numa perspectiva bibliográfica de revisão literária, a fim de entender como são efetuadas as práticas de assistência familiar por parte dos profissionais de saúde, sobretudo, os enfermeiros – profissionais dos quais são considerados os mais presentes nesse processo; e os problemas e/ou eficácias de maiores destaques resultantes das técnicas desenvolvidas.

METODOLOGIA

Optou-se pela revisão bibliográfica sobre o tema, uma vez que se mostrou inviável a realização do estudo de caso em tão curto espaço de tempo, já que por motivos

operacionais foi preciso mudar o foco da pesquisa nos primeiros dias de trabalho.

Entende-se que a revisão bibliográfica tem papel fundamental, uma vez que reporta e sistematiza o conhecimento produzido por outras pesquisas, ao tempo que indica possibilidades de abordagens futuras. A metodologia utilizada está baseada em levantamento a partir da coleta de dados bibliográficos relacionados à temática do acolhimento profissional nas instituições de saúde, com enfoque nas Unidades de Terapia Intensiva – UTI.

Além dos livros, foram selecionados artigos e teses publicadas por pesquisadores importantes para o tema abordado, como Soares (2007), autor vinculado à Associação de Medicina Intensiva Brasileira; Menezes (2004), Silva (2000) entre outros.

Acesso a revistas eletrônicas de fontes confiáveis, como a revista “Latino-am Enfermagem” e a “Revista Brasileira de Terapia Intensiva”. Utilizou-se também, no decorrer das fixações de ideias, a técnica de agendamento de informações obtidas em sites eletrônicos (Científicos) para subsidiar ainda mais este estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Importância do Acolhimento nas Instituições de Saúde

O acolhimento se porta como uma importante mediação de diálogo entre pacientes, familiares e profissionais da saúde, corroborando à satisfação do trabalho que é resultante da forma de assistência empregada em cada situação, de níveis mais complexos e mais simples. Assim, a satisfação se configura como um índice avaliativo da boa ou má qualidade das instituições de saúde, visto que é resultado do exercício profissional em contato com os sujeitos envolvidos, empenhado num modelo de desempenho técnico e humanizado. Isto é, existe uma importância no ato de acolher muito mais intrínseca do que o proposto, no sentido de que envolve uma série de elementos constituintes de um processo variado de situações ocorrentes dentro da grande carga de demandas vinculadas as instituições e aos profissionais de saúde.

O problema central consiste, no entanto, no precário ou nenhum acolhimento oferecido por estes profissionais, à medida que, em casos mais extremos, é muito comum encontrar os familiares dos pacientes em estados críticos de saúde, jogados pelos corredores sem receber nenhum auxílio, nenhuma orientação, tampouco atenção. Ficam, na maioria das vezes, perdidos, isentos de qualquer esclarecimento. E quando obtêm algum tipo de informação acontece de forma inconveniente, imprópria para o caso e insuficiente para a exigência. Exemplo disso é a piora no quadro do paciente. Nesse caso, o familiar pode não ter condições emocionais, nem saúde suficiente, pode não estar preparado para receber a notícia de uma forma muito objetiva. Necessita nesse momento de um

acolhimento mais consistente, consolidado na boa vontade do profissional em ajudar; na ética profissional e no senso de humanismo.

Em outros casos, a falta de instrução para algumas questões técnicas hospitalar pode implicar diretamente numa agravante maior, pois, se o familiar que acompanha ou visita o paciente, por exemplo, não obter informações básicas sobre aquilo que lhe cerca, como número dos leitos, UTI, normas, regras, etc, ele não terá a menor condição de se atar sozinho naquele contexto situacional. Para tanto, indagações devem surgir, como: de que forma o acompanhante ou visitante deve agir quando estiver com o paciente? O que fazer e o que não fazer? O que pode e o que não pode? Perguntas que devem ser respondidas pelos profissionais de saúde antes mesmo de serem perguntadas.

Mas, o que parece acontecer é uma agravante maior no contexto hospitalar, os profissionais, devido à sobrecarga de serviços e a falta de instrução específica para lidar com os familiares, não atentam para um acolhimento satisfatório, deixando a muito desejar ou mesmo a faltar com os familiares.

Não obstante, o acolhimento aos usuários da instituição, incluindo a família dos pacientes, é parte indispensável do processo de humanização da assistência e requer dos profissionais de saúde disponibilidade para identificar e atender suas necessidades (OLIVEIRA, 2006, p. 429).

Dessa forma, mesmo não sendo uma prática diária para os profissionais, é cogente pensar formas dinâmicas de se trabalhar, como por exemplo, o trabalho em grupo envolvendo num conjunto articulado de ações, todos os profissionais da saúde engajados a fim de que haja maior dispersão do acolhimento competente a cada cargo e profissional, respectivamente. Um grupo de profissionais bem articulados é capaz de promover estratégias eficazes à assistência aos clientes, de modo a facilitar o atendimento, como coloca (YALOM, LESZCZ, 2006; p. 430):

[...] facilitando o atendimento de suas necessidades de informação, orientação e suporte psicológico. Durante a participação em grupos, as pessoas vivem muitas experiências significativas que podem mudar sua compreensão dos fatos da vida e ajudar na aquisição de atitudes mais saudáveis para o enfrentamento de problemas.

¹Estudos desenvolvidos na Universidade de

¹ Estudo intitulado: “O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem”, realizado por: Oliveira LMAC. Universidade de Brasília, 2006.

Brasília em 2006, com base na ideia de que “fornecer informações e orientações de interesse comum para vários familiares ao mesmo tempo pode ser uma estratégia para o uso mais racional do tempo e esforço dos enfermeiros.”, mostra que a tecnologia de grupo para assistência de enfermagem à familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva, pode ser muito eficaz e prático.

Nesse sentido, trata-se de informações simples das quais podem ser dadas coletivamente e que não requerem uma exigência maior de comunicação e informação. Exemplo: informações técnicas hospitalar; informações sobre prontuário médico; horários de visitas; número dos leitos; situação de estabilidade dos casos dos pacientes, etc. Informações básicas que não comprometem nenhum fator de risco ao estado dos clientes e que, ao mesmo tempo, podem ser dadas coletivamente sem colocar os familiares em evidência desapropriada.

Entende-se que a tecnologia de grupo favorece, sobretudo, o trabalho dos enfermeiros com o convívio dos familiares em interação uns com os outros. A participação coletiva fornece a inserção de todos numa sintonia harmoniosa, de modo que os familiares juntamente com os profissionais de saúde, podem partilhar suas dúvidas, suas experiências, seus pesares, suas dores e problemas enfrentados naquele momento crítico ao paciente. Conforme Munari; Furegato, 2003, p. 430:

Para os familiares, a participação em um grupo de pessoas vivendo situações semelhantes pode ser uma experiência com valor terapêutico, tanto pelo suporte recebido dos outros participantes, como pela oportunidade de partilhar sua própria experiência e dar suporte a outras pessoas.

“Ademais, participar de um grupo de suporte/apoio pode aliviar os sentimentos de solidão e isolamento social e possibilitar troca de experiências e reflexão sobre si mesmo”. (OLIVEIRA 2006, p. 26). Ao nosso ver, esse processo de participação requer mais do que envolvimento dos profissionais, todavia, uma intensa avaliação de como são processadas essas experiências e quais os efeitos positivos implicam numa avaliação qualitativa da prática.

Dessa forma, entendemos que trabalhar com grupos de assistência aos familiares significa oferecer um apoio coletivo e intenso aos mesmos, principalmente, quando o paciente se mantém por muito tempo internado em estado crítico de saúde, o familiar acompanhante encontra-se exausto, tanto pelo contexto situacional, quanto pelo condicionamento físico a ele recorrente. Assim, necessita de uma atenção maior, um suporte maior às suas necessidades e percepções reais da situação a que está acompanhando com o paciente e o profissional de saúde, concomitantemente.

Pesquisas como a da Universidade de Brasília

sobre o acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI, pautando-se sobre a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem, já mencionada anteriormente, deixa comprovado em uma avaliação sistemática dos casos, através de relatos de familiares de pacientes, a eficácia do trabalho em grupo, da interação profissional-familiar e familiar-familiar. Os benefícios mais marcantes são vistos na forma como esses familiares encontram apoio uns nos outros e a certeza de que, apesar do isolamento do mundo lá fora, não estão isolados inteiramente, pois que, no espaço hospitalar fazem novos amigos, conversam, trocam informações, sanam dúvidas.

Unanimemente, tem-se uma afirmativa por parte de depoimentos dos familiares de que a oportunidade de participar dos grupos de suporte ao acolhimento familiar causa neles um sentimento de encontrar-se recebendo dos profissionais de saúde, à assistência de que precisavam, sobretudo, em relação ao suporte emocional.

Os Profissionais de Saúde Responsáveis pelo Acolhimento

No ambiente hospitalar encontram-se inseridos muitos profissionais, de acordo com os departamentos disponíveis na instituição de saúde, desde o que tange as competências mais simples as mais complexas de serem executadas. Os responsáveis pelo serviço da limpeza e da alimentação; os guardas; os recepcionistas, administradores, diretores e funcionários no geral. Na parte técnica da saúde, há os enfermeiros, os médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc., estes profissionais constituem modalidades imprescindíveis para o funcionamento do hospital, visto que suas funções demandam maiores requisições – cuidar e curar os doentes.

Todos os profissionais, sejam eles de competência técnica da saúde, ou seja, apenas funcionários externos, possuem, além de suas funções específicas, uma responsabilidade comum a todos: o dever de acolher com atenção os pacientes e familiares que deles precisarem. Sobretudo, os profissionais que têm contato mais direto com estes, os enfermeiros e médicos.

Nas unidades especializadas, como a UTI – Unidade de Terapia Intensiva, os profissionais mais presentes são os médicos e enfermeiros, mais ainda os enfermeiros que passam maior parte do tempo com os pacientes, acompanhando, cuidando e atentos às variações do quadro. Dessa forma, Silva; Campos; Pereira, 2009; p.739), salienta que “É dever do enfermeiro e sua equipe prestar cuidados ao paciente durante todo o seu tratamento, especialmente quando não é mais possível a cura e o doente é submetido a cuidados paliativos”.

Entretanto, o cuidado centrado apenas no paciente acaba por desvincular da situação, o familiar que o acompanha, não havendo uma interação diligente entre família e profissional da saúde. Fato é que, estudos realizados no Brasil nos últimos 10 (dez) anos mostram que a percepção dos familiares perante a situação de internação do paciente na UTI, momento em que se

encontra em um estado muito crítico de saúde, é de desamparo, sendo perceptível a escassa disponibilidade ou acolhimento à família. A preocupação está focalizada simplesmente em receber o paciente e cuidar dele, ao passo que pouca importância é oferecida ao familiar que acompanha e aguarda resultados. Essa questão mostra quanto de lado é deixada a atenção aos mesmos.

O momento crítico da saúde do paciente deveria ser o mais “flexibilizado” para o acolhimento à família, já que se trata de um quadro bastante complicado e delicado que envolve questões de grande centralidade, emocionais e psicológicas. Nesse sentido, a atenção necessita ser dobrada. De acordo com Silva (2009, p. 201):

Esta dialética reflete que o acolhimento para o paciente grave não pode vir dissociado das tecnologias assistenciais existentes nas UTI e o fato de que é possível coexistir neste ambiente crítico o cuidado de última geração, a existência do diálogo, da informação e da atenção ao familiar, porque em nenhum momento ele vai deixar de existir e de ter a sua importância na recuperação do paciente.

Entende-se que o enfermeiro é agente ativo nesse elo observado, com maior destaque nas UTI – o familiar reporta maior urgência de acolhimento devido ao fato de encontrar-se em maior fragilidade – o enfermeiro tendo a responsabilidade mais nobre e mais cautelosa para com estes, já que para ser um bom profissional ele precisa, além das habilidades técnicas necessárias, um desempenho humanístico, no sentido de que o acolhimento necessita ser veementemente presente em suas práticas, garantindo a assistência fincada em um planejamento atencioso às especificidades de cada caso e cada família.

Necessita também da formação necessária como base para lidar com as complicações correntes. Isto é, além do perfil humanizado e da competência oferecida pelo profissional da enfermagem, é necessário que este tenha em suas práticas de acolhimento, habilidades multiprofissionais sobrevividas, inicialmente, da sua formação e em segunda instância, da experiência adquirida com o tempo de profissão. Sobre essas competências, Silva (2009, p. 201), salienta:

Acredita-se que ao se definir competências que o enfermeiro deva desenvolver, faz-se necessário refletir sobre as habilidades instrumentais, cognitivas, afetivas, sociais e culturais no processo de cuidar dos pacientes e familiares nos serviços de saúde e no contexto domiciliar. Os enfermeiros devem desenvolver habilidades e atitudes para a construção de uma relação terapêutica enfermeiro-paciente e enfermeiro-família.

O enfermeiro é visto pelos demais profissionais da saúde como um ícone em relação aos cuidados técnicos prestados, devido ao fato de este ser responsável pelo gerenciamento da assistência de enfermagem. No entanto, como se vem procurando destacar ao longo desta discussão, há uma agravante da qual pode ser observada na forma fútil como este profissional vem abordando o acolhimento em seu exercício. Dessa forma, partindo de uma pressuposição de que, se estes enfermeiros puderem ter a propriedade para conhecer, numa oportunidade consistente em sua formação; bem como aprofundar e especializar o conhecimento acerca do acolhimento em UTI, entende-se que seus exercícios no cuidado ao familiar, serão fundamentados na subjetividade e no respeito aos sujeitos envolvidos e, ainda sentirão quanto gratificante se torna o cuidado oferecido quando é doado de forma integral e eficaz.

Os Familiares e o Dilema na Unidade de Terapia Intensiva – UTI

Como já mencionado em outra ocasião deste texto, os familiares constituem a parte mais delicada do processo de internação de um paciente (parente) em estado crítico de saúde. E o motivo é óbvio: nenhum familiar que se prese quer ver um dos seus em uma situação tão frágil, como a internação em uma UTI. Barbosa (2008; p. 79), considera que:

Com a internação, a família vivencia um período de incertezas e percebe o acolhimento como essencial e de extrema importância, proporcionando um vínculo de confiança e tendo a confiança de que está entregando o seu familiar em boas mãos. Quando os familiares recebem adequadamente as informações sobre o estado de saúde do paciente, demonstram-se aliviados e seguros em relação ao cuidado recebido. Neste momento, a família, ao se sentir acolhida, expõe suas dúvidas e preocupações, criando um elo de confiança entre equipe e família.

O acolhimento é assim, a forma mais direta de se estabelecer um vínculo harmonioso entre os profissionais de saúde, o paciente e os familiares, estes últimos se instituem como parte de apoio essencial ao processo de internação, não se pode desassociá-los, em momento algum, do estado e dos procedimentos cabíveis tomados para a recuperação do paciente. O paciente, por sua vez, quando distanciado do acompanhamento familiar, torna-se uma espécie de indigente. Dessa forma, entende-se que o mantimento de um posicionamento ético em relação aos direitos institucionais dados aos familiares, é sinal de uma equipe bem articulada.

Mas, esta questão não se resume somente ao direito de acompanhar e a vinculação do familiar ao processo de internação do paciente, compete

especificidades sobre as quais, inevitavelmente, vem a calhar na situação, principalmente, no que concernem os fatores emocionais. Sobre essas considerações, Silva (2000, p. 09), afirma que:

Não é suficiente permitir a entrada da família na UTI. É necessário prepará-la e acompanhá-la durante a visita, identificando e esclarecendo suas dúvidas, observando as reações e comportamentos e, especialmente, compreendendo seus sentimentos. Os profissionais precisam reconhecer que, nesse momento, a família também está ansiosa e sente-se isolada, com medo da morte e sem controle da situação.

Assim sendo, é indispensável à convivência sob um relacionamento entre a equipe da UTI e a família, promovendo a participação desta no processo terapêutico do paciente. Outrossim, considera ser necessário reformulações de determinadas normas e rotinas do Hospital e do setor, respectivamente. Principalmente, reformulações referentes aos horários de visitas; a forma como as informações são passadas aos familiares e ao tempo de permanência destes com o parente internado.

²Todavia, estudos recentes, como a pesquisa vinculada à Fundação Hospitalar do Distrito Federal, mostram que a atenção dispensada à família na UTI, é restrita ao horário de visita ou ao contato por telefone. A equipe, muitas vezes, fica alheia às condições emocionais dos familiares. Quando os visitantes entram na UTI, recebem a ordem para lavar as mãos, mas não é explicado a eles que esse procedimento permitir-lhes-á tocar o paciente, sem risco de contaminá-lo. Outro fato observado foi o de que não se informa previamente o estado do paciente aos familiares, os quais, normalmente, não estão preparados para ver o doente sedado e com tantos equipamentos. Consequentemente, os familiares, ao entrarem, ficam chocados com o cenário e saem desesperados e chorosos, sem receber, muitas vezes, uma explicação ou um consolo por parte da equipe multiprofissional.

Pode-se perceber uma tendência predominante em quase todos os casos críticos, do familiar achar que a UTI representa um lugar que não tem volta, uma vez vista a internação como definitivo prenúncio da morte. Esse é um fator cultural que se desenvolveu ao longo do tempo, através de um processo ³histórico de formação dos conceitos hospitalares e dos muitos conceitos de morte. Assim sendo, o medo da morte se associa também ao ambiente “escurecido” da UTI que tende a se representar para o familiar como a entrada para o fim, mesmo que

estes, antes de entrarem na unidade tenham recebido um acompanhamento planejado; uma instrução básica e um acolhimento pautado, modernamente, na esperança de que “enquanto há vida, há esperanças”.

Não obstante, a parte de validade que há nessa percepção negativa sobre a UTI, pois, de fato, são internados nessa unidade os doentes mais graves. No entanto, sabe-se que nem sempre estes pacientes, estão definitivamente sem esperanças de vida, haja vista que a unidade possui, justamente, as aparelhagens específicas, sofisticadas e profissionais aptos para lidar com elas, a fim de possivelmente reverter o estado crítico de saúde do doente.

Observa-se com isso que o senso comum transcorrido sobre o imaginário social dos acompanhantes, alça uma questão bastante pertinente e importante acerca do procedimento complexo pelo qual contorna a internação na UTI, uma vez entendido que este processo representa para os familiares, já fragilizados, o sentimento de consternação frente à probabilidade máxima de morte, mesclando-se com a percepção contraproducente designada pelo grande número de aparelhos envolvendo o paciente e o mantendo vivo na unidade.

A dependência do paciente aos aparelhos gera no acompanhante um sentimento de aflição, a pensar que a qualquer momento todas aquelas aparelhagens não podem mais responder aos fracos suspiros de vida do doente. Trata-se, pois, de uma realidade verificada diariamente pelos profissionais de saúde nas Unidades de Terapia Intensiva, necessitando, assim, que o interior deste ambiente seja analisado e trabalhado em uma perspectiva de resposta positiva aos problemas percebidos.

A filosofia de humanização nas UTI tem representado um avanço importante na mudança dessa percepção negativa. Entretanto, nota-se que este processo de humanização ainda é muito lento e invisível, porque a estrutura física e organizacional da UTI, segundo Soares (2007; p. 182) “[...] ainda prioriza a conveniência dos profissionais de saúde, deixando as prioridades de pacientes e seus familiares em segundo plano”. Para o mesmo autor:

Poucas são as UTI que dispõem de boxes individualizados, locais reservados para a comunicação com familiares e políticas de flexibilização do acesso ou mesmo de acesso livre aos familiares de pacientes, mesmo daqueles em situação de terminalidade. Estas necessidades são identificadas de modo recorrente dentre os principais fatores associados com a ocorrência de estresse, ansiedade e depressão nos familiares, bem como pela insatisfação com as assistências prestadas ao paciente (p. 182).

Muitos são os problemas percebíveis em uma UTI com ambientação ultrapassada para as novas exigências, estão cogentes com a estrutura organizacional

² Leite e Vila (2000). Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. Rev. Latino-am Enfermagem 2005 março-abril.

³ “No século XX a morte é vista como um tabu deixando de ser um momento para ser um processo – a morte esperada no leito é hoje algo que acontece no hospital, o paciente frequentemente já está inconsciente numa UTI, não tendo mais o direito de decidir por sua morte, proíbe-se até o seu último direito, o de saber quando o seu fim se aproxima.” (Menezes, 2004)

conveniente apenas aos padrões tecnológicos de uma determinada ordem, não estando, dessa forma, exclusivamente, com mínimo de acessibilidade e conforto para os pacientes, profissionais e acompanhantes. O nível de ruídos, por exemplo, é um problema de significativa relevância para quem lida e acompanha diariamente um paciente internado, até mesmo para o próprio doente. Tais ruídos criam imagens ao insuportável. “Níveis elevados de ruídos constantes estão relacionados com ⁴*burnout* em profissionais de saúde são imediatamente apontados pelos familiares como indicadores de um ambiente desacolhedor na UTI” (DONCHIN, 2002; p. 482).

O maior imobilismo consiste, no entanto, na resistência política em mudar os paradigmas de cuidado aos familiares, usando-se o argumento de que a estrutura física de uma UTI foi organizada de acordo com um padrão de épocas passadas e, por isso não será destituída simplesmente para comodidade de uns. Na grande maioria dos hospitais, insuficientes ou quase nenhuma medida são tomadas no controle dos níveis desses ruídos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao logo das discussões, muitas questões foram sendo pensadas para o cumprimento sequencial das abordagens aqui feitas, no entanto, embora ainda haja muitas questões a serem pensadas e muitas respostas a serem dadas, não foi intenção deste trabalho dar um fechamento total sobre o assunto. Fato é que, serviu de instrumento inicial para um maior aprofundamento de pesquisa acerca da assistência prestada pelos profissionais da saúde aos familiares de pacientes em estado crítico, partindo do entendimento de que o acolhimento não significa acolher por acolher, mas acolher por atendimento, primeiramente, a um direito dos clientes envolvidos e a uma missão dada a cada profissional da saúde em cuidar das pessoas. Encarar os familiares dos pacientes em estados críticos, como parte importante para o processo terapêutico do paciente, é o início para uma profissão fincada na completa interação entre todos os atuantes desse processo.

Todavia, percebeu-se que muitos são os problemas frente a esse entendimento, entre os mais enraizados, inseridos na essência da questão, está à falta de instrução dos profissionais da saúde para lidar com os pontos específicos à família dos pacientes, já que esta de uma forma ou de outra será sempre o alvo maior na tomada de decisões. Estabelecer, pois, um mecanismo de harmonia e interação recíproca e eficaz entre esses indivíduos significa tornar a prática de acolhimento uma demanda global, o que exigirá do profissional uma competência maior; uma preparação maior e condições adequadas de trabalho favoráveis à prática do

acolhimento.

Ficou claro que preocupar-se com os familiares engloba, antes de tudo, um ato solidário do qual, para ser realizado com eficácia dependente das competências e habilidades; da noção tácita de cada sujeito, contudo, é também, atualmente um conjunto de estratégias e intervenções articuladas e avaliadas com base em estudos científicos que necessitam fazer parte do processo de formação de todo profissional de saúde, sobretudo os enfermeiros que lidam maior parte do tempo com os pacientes em estados críticos de saúde nas Unidades de Terapia Intensiva.

Dentre as muitas questões possíveis de se destacar, pensar uma proposta para o ambiente da UTI denota a preeminência do acolhimento, no sentido de que esta acolhida remete-se a práticas além do cuidado com o paciente, inserem-se no investimento do conjunto, à medida que os familiares comportam uma parte imprescindível desse processo.

Assim, notou-se que há muitos pontos e contrapontos envolvidos no significado real do acolhimento em uma instituição de saúde, pois as grandes quantidades de pesquisas realizadas mostram a eficácia de algumas medidas; sugestão de outras e desarraigamento do que não tem dado certo. Enquanto maior o aprofundamento nesse campo maior a capacidade de o acolhimento deixar de ser apenas um ato “beirado” para se tornar uma prática sistemática, organizada e realizada com eficácia.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Brasil VV. **Boletim Informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde.** Rev Eletr Enferm [Internet]. 2008. Acesso em setembro de 2014. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a03.htm>;
- DONCHIN Y, SEAGULL FJ - **The hostile environment of the intensive care unit.** Curr Opin Crit Care, 2002.
- LEITE e VILA. **Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva.** Rev. Latino-am Enfermagem, março-abril 2005;
- YALOM ID, LESZCZ M. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed; 2006;
- MENEZES RA. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004;
- MUNARI DB, FUREGATO AR. **Enfermagem e grupos.** 2ª ed. Goiânia: AB; 2003.
- OLIVEIRA LMAC. **O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo**

⁴ É um distúrbio psíquico de caráter depressivo, precedido de esgotamento físico e mental intenso, definido por Herbert J., como “[...] um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional.”

como estratégia para o cuidado de enfermagem [tese].
Brasília: Universidade de Brasília; 2006;

Burnout e o controle sobre o trabalho em enfermagem
– resultados. SÁ, L. O. *Enfermagem Oncológica* 2006, 34,
15, 24. *Revista Viver Mente e Cérebro*, edição 161, junho
de 2006;

SOARES, Márcio. **Cuidando da Família de Pacientes
em Situação de Terminalidade Internados na Unidade
de Terapia Intensiva**. *Revista Brasileira de Terapia
Intensiva*, Vol. 19 N° 4, Outubro-Dezembro, 2007;

SILVA MJP. **Humanização em Unidade de Terapia
Intensiva**. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA.
Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico. São
Paulo (SP): Atheneu; 2000. p.1-11;

SILVA RS, CAMPOS ERA, PEREIRA A. **Dying with
dignity feelings of nurse who care for patients that
dying at Intensive Care Unit**. *Rev Enferm UFPE*. 2009.