



Universidade Católica do Salvador
Superintendência de Pesquisa e Pós-graduação
Mestrado/doutorado em família na sociedade contemporânea

JANELARA BASTOS DE ALMEIDA SILVA

**FAMILIAR/ACOMPANHANTE NA UNIDADE DE TRATAMENTO
INTENSIVO (UTI): INTERAÇÃO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Salvador
2014

JANELARA BASTOS DE ALMEIDA SILVA

**FAMILIAR ACOMPANHANTE NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO (UTI):
INTERAÇÃO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao
Mestrado/doutorado em Família na
Sociedade Contemporânea da
Universidade Católica do Salvador, como
requisito parcial para a obtenção do Grau
de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dra. Miriã Alves Ramos
Alcântara

**Salvador
2014**

UCSal. Sistema de Bibliotecas

S586 Silva, Janelara Bastos de Almeida.
Familiar/acompanhante na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI):
interação com equipe de enfermagem/ Janelara Bastos de Almeida
Silva. – Salvador, 2014.
208 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Família
na Sociedade Contemporânea.

Orientação: Profa. Dra. Miriã Alves Ramos Alcântara.

1. Enfermagem - Assistência Humanizada 2. Inter-relação Familiar –
Equipe de enfermagem I. Título.

CDU 616-083:316.356.2

TERMO DE APROVAÇÃO

Janelara Bastos de Almeida Silva

**“Familiar/Acompanhante na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI):
interação com equipe de enfermagem”**


Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 25 de fevereiro de 2014.

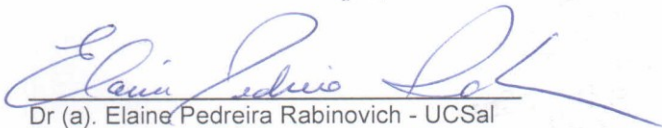
Banca Examinadora:



Dr (a). Míriã Alves Ramos Alcântara- UCSal
Orientador (a)



Dr (a) Mary Gomes Silva - UNEB



Dr (a). Elaine Pedreira Rabinovich - UCSal

Este trabalho é dedicado com muito amor e emoção a equipe de enfermagem que realiza suas atribuições associadas com o saber técnico e humano e as pessoas que têm a difícil e abnegada missão de acompanhar seus familiares na UTI, em especial, àqueles que se dispusera a participar desta pesquisa
meu muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar toda minha trajetória, me dando paciência, equilíbrio, sabedoria em todos os momentos e a Santa Maria Milza por sua espiritualidade.

Aos meus pais, Antônio e Miralda, pela dedicação, amor e carinho incondicional e incentivo as minhas escolhas. Enfim, obrigada por serem meus pais.

As minhas Irmãs, Jucy e Dayse. Obrigada por dedicarem seu tempo em me salvar e ajudar sempre que preciso, ou melhor, sempre que vocês suspeitam que eu esteja precisando. Pelo constante apoio, amor e carinho na minha vida.

Aos meus irmãos, Walker e Weliton, pelo apoio, amor, pela vibração, pelo estímulo em prol da concretização deste sonho.

Ao meu amor, amigo, companheiro, marido, pela paciência em compreender minha distância, irritações e ansiedades. Obrigada pelas orações, força, apoio e ajuda que sempre, em todos os momentos me deu. Amo-te!

Aos meus filhos, Lary e Viny pelo amor incondicional que sinto por vocês, obrigada pela paciência nas ausências nesses períodos, pois amo muito vocês, razão do meu viver!

Aos meus sobrinhos pelo carinho, amor e também aos cunhados e cunhadas pela amizade e irmandade.

A minha orientadora e amiga, Miriã Alcântara por acreditar em meu potencial, pelos valiosos ensinamentos, incentivo constante e pela competência em me conduzir na construção desse trabalho. Muito obrigada!

As professoras, Elaine Rabinovich e Mary Gomes que participaram da banca de qualificação com contribuições de forma relevante para o desenvolvimento da pesquisa e pela gentileza em aceitarem o convite para banca examinadora.

Aos colegas e às amigas de mestrado, por dividir os momentos de alegrias e conflitos.

Aos professores, do Programa Mestrado da UCSAL pelo conhecimento, aprendizado no decorrer do curso e o aos funcionários pela dedicação.

A direção da FAMAM aos funcionários e a todos os colegas de coordenação pelo incentivo, em especial, Núbia pelo carinho e direção e os colegas do CEMAM.

As amigas, Andréa e Marly, que com suas orientações ajudou-me a edificar este trabalho e que, com a compreensão ajudaram a transportar as barreiras de alguns momentos difíceis.

Muito obrigada!

O homem se torna EU na relação com o TU.
O face-a-face aparece e se desvanece, os eventos
da relação se condensam e se dissimulam e é
nesta alternância, que a consciência do parceiro,
que permanece o mesmo, que a consciência do EU
se esclarece e aumenta cada vez mais.
(BUBER, 1993)

SILVA, Janelara Bastos de Almeida. **Familiar acompanhante na unidade de tratamento intensivo (UTI): interação com equipe de enfermagem**. 208 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em família na sociedade contemporânea, Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador, 2014

RESUMO

A inter-relação familiar/acompanhante e membros da equipe de enfermagem tem sido apontada como um importante aspecto para uma assistência humanizada. Assim, o estudo buscou analisar a interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva, na perspectiva do cuidado humanizado, à luz da teoria de Joyce Travelbee. A pesquisa, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, foi realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva de uma Instituição Pública Hospitalar do município de Santo Antônio de Jesus-BA. Para a coleta dos dados foi utilizada uma observação direta no ambiente da UTI, a realização de entrevista semi-estruturada e observação complementar simultaneamente a essa última, sendo contemplado 20 familiares acompanhantes, 14 enfermeiros e 26 técnicos de enfermagem, utilizando-se na análise do material empírico a Teoria de Joice Travelbee e a análise de conteúdo segundo Minayo. Os resultados mostraram que apesar da interligação que deve existir entre o familiar acompanhante e membros da equipe de enfermagem no tocante à humanização assistencial, ainda é significativamente presente a dicotomia do fazer técnico e do fazer humanizado, existindo óbices que interferem diretamente nessa relação. Assim, notou-se em alguns momentos dificuldade em reconhecer situações integras e singulares que tornavam a interlocução do familiar acompanhante com a equipe de enfermagem mais harmônicas, ocasionando barreiras no reconhecimento das diferentes necessidades de ambos. Isso devido à identificação de alguns aspectos limitantes da integração como o número insuficiente de profissionais no cenário intensivista, as múltiplas jornadas e sobrecarga de trabalho, o lidar com o sofrimento humano, a própria estrutura física tecnoassistencial da UTI, além do conhecimento científico dos profissionais para pôr em prática ações humanizadas junto aos familiares acompanhantes. Nesse sentido, a partir da teoria pessoa-pessoa de Joyce Travelbee ficou evidenciado que a enfermagem para cuidar do ser humano de forma integral precisa tirar as armaduras do modelo vivente profissional e ver a família no seu mundo, considerando as questões sociais e culturais, pois só é possível humanizar a UTI mediante a própria humanização dos membros que a compõem em sua totalidade.

Palavras-chave: Enfermagem. Assistência Humanizada. Familiar. Inter-relação.

SILVA, Janelara Bastos de Almeida. **Family companion in the intensive care unit (ICU): interaction with the nursing staff**. 208 f. Thesis (MA) - Graduate Program in family in contemporary society, the Catholic University of Salvador (UCSAL), Salvador, 2014

ABSTRACT

The families / caregivers interrelation and members of the nursing staff has been identified as an important aspect of humanized care. Thus, the study investigates the families / caregivers interact and nursing staff of an intensive care unit, from the perspective of humanized care in the light of the theory of Joyce Travelbee. The research, descriptive and qualitative approach was performed in a intensive care unit of a hospital Public Institution of Santo Antônio de Jesus, Bahia. For data collection a direct observation in the ICU setting, conducting semi-structured interviews and further remark that while the latter was used, 20 being contemplated accompanying family members, 14 nurses and 26 nursing technicians, using the analysis of empirical material Theory Joice Travelbee and content analysis Minayo. The results showed that despite the interconnection that must exist between the companion and family members of the nursing staff regarding the care humanization, is still significantly present the dichotomy of making technical and humanized do exist obstacles that interfere directly in this regard. Thus, it was noted at times difficult to recognize and intact natural situations that made the dialogue the companion familiar with the nursing staff of more harmonics, causing barriers in recognition of the different needs of both. This is due to the identification of some limiting aspects of integration as the insufficient number of professionals in the intensive scenario, multiple shifts and work overload, dealing with the human suffering, the physical structure of technical care ICU, beyond the scientific knowledge of professionals to implement humane actions with accompanying family members. In this sense, from the theory of person-person Travelbee Joyce became evident that nursing care for the human being in full armor of the need to take professional model living and to see his family in his world, considering the social and cultural issues, as is only possible to humanize the ICU itself by humanizing the members who compose it in its entirety.

Keywords: Nursing. Humane care. Family. Interrelation.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Fluxograma representativo das premissas básicas estabelecidas por Joyce Travelbee na Teoria Interpessoal 32
- Figura 2** Fluxograma representativo dos objetivos estabelecidos por Joyce Travelbee na teoria interpessoal 33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Fases de Relação pessoa-pessoa na Teoria Joyce Travelbee (Aspectos mais importantes).....	38
Quadro 2 Categorias e subcategorias geradas a partir dos núcleos de sentido extraídos dos depoimentos dos entrevistados	47

LISTA DE TABELA

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo	50
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COMO ESPAÇO HUMANIZADO DE ENCONTROS	20
2.1	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: BREVE HISTÓRICO	20
2.2	ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA UTI	21
2.3	HUMANIZAÇÃO NA UTI	24
2.4	FAMÍLIA NO CENÁRIO DA UTI	27
3	BASES TEÓRICO-FILOSÓFICAS DA TEORIA DA RELAÇÃO INTERPESSOAL DE JOYCE TRAVELBEE	31
3.1	TEORIA INTERPESSOAL.....	31
3.2	FASES DA RELAÇÃO PESSOA-PESSOA NA TEORIA JOYCE TRAVELBEE.....	37
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	42
4.1	TIPO DE ESTUDO	42
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	42
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	43
4.4	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	44
4.5	TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS.....	45
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
5	UNIDADE INTENSIVISTA COMO CONTEXTO DE ENCONTRO DE SUBJETIVIDADES	49
5.1	DESCREVENDO OS ATORES DA INTERAÇÃO	49
5.2	CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	52
5.2.1	Comunicação entre Familiar acompanhante e equipe de enfermagem no processo de humanização	52
5.2.1.1	Vínculo	54
5.2.1.2	Empatia	59
5.2.1.3	Sentimento	62
5.2.2	Condicionantes da Interação Humanizada no Contexto da Unidade de Terapia Intensiva	67
5.2.2.1	Procedimentos tecnoassistencial	67
5.2.2.2	Envolvimento pessoal.....	69
5.2.2.3	Condições de trabalho	70
5.2.2.4	Nível de conhecimento	71
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICES	83

APÊNDICE A Modelo do Roteiro de Entrevista - Equipe de Enfermagem ...	84
APÊNDICE B Modelo do Roteiro de Entrevista - Familiar Acompanhante...	86
APÊNDICE C Modelo do Ofício para autorização da pesquisa na Instituição Co-participante	87
APÊNDICE D Modelo Do Termo De Consentimento Livre E Esclarecido ...	88
APÊNDICE E Quadros dos relatos dos participantes do estudo	89
ANEXOS.....	207
ANEXO A Autorização da Instituição Co-participante.....	208

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) oferece um cuidado especializado requerendo, portanto, uma equipe qualificada para prestar assistência ao cliente em estado crítico, essa unidade apresenta características específicas que diferem das demais unidades de internação, tanto pela dinâmica quanto pelas ações de alta complexidade e intensidade. O ambiente de trabalho, em geral, é estressante tanto pela gravidade dos clientes sujeitos a mudanças súbitas no estado geral, quanto pela necessidade dos profissionais dominarem o aparato tecnológico que cotidianamente torna-se mais complexo como resultado dos investimentos técnico-científico no referido setor, o que é favorável, pois aumenta significativamente o sucesso do trabalho.

A internação na UTI promove uma ruptura no modo de viver do enfermo e de seus familiares. O paciente sente-se impedido de manter seus hábitos e sua autonomia fica comprometida, levando-o à incapacidade de tomar decisões. Nesse contexto, a enfermeira precisa ter a responsabilidade e a obrigação de incluir a família nos cuidados de saúde, mesmo porque o cuidar demanda interação transpessoal entre indivíduo-indivíduo, ou seja, equipe, paciente e familiar/acompanhante como ressalta Travelbee (1979). Para isso, a equipe de enfermagem precisa estar preparada, a fim de receber e acolher o doente e seu familiar, se mostrando disposta a ajudar e a entender a situação que a família está enfrentando, proporcionando-lhe apoio e atenção.

A presença da família na UTI traz segurança, apoio, afeto, suporte emocional e um cuidado fraterno ao paciente. Contudo, os familiares sofrem com a incerteza, insegurança que deixam marcas diante da perspectiva do futuro e possibilidade de o membro da família, acometido pela doença, vir a óbito. O envolvimento do acompanhante/familiar no cuidado passa a ser um elemento inerente ao novo paradigma da assistência quanto à prática colaborativa (OMS, 2006; WHO, 2010).

Dentro dessa perspectiva, Petrini (2007) afirma que a família emerge como o lugar mais significativo com o qual a pessoa entra em jogo com a totalidade do seu ser. Sentimentos, afetos, valores, crenças, preocupações, trabalhos, sucesso e doenças que são partilhadas e acolhidas pelas pessoas, tecem, dessa maneira, intimidade cujos fios de relação favorecem o processo de socialização e humanização.

*Neste estudo será utilizado o termo enfermeira devido o predomínio do sexo feminino na

Assim, Knobel (2006) evidencia que a humanização precisa ser uma filosofia e um indicador de qualidade nas UTI. Isso por se considerar que cada ser é único. Conseqüentemente, as necessidades, valores e crenças são particulares que se tornam imprescindíveis preservar. A dignidade do profissional, paciente e familiar precisa ser resguardada, bem como respeitados os princípios da moral e ética, envolvidos nesse contexto. Para isso, a humanização da assistência deve ser permeada pela comunicação por meio dos processos da linguagem verbal e não verbal e por estratégias que estabeleçam as relações interpessoais.

A comunicação é um determinante para um cuidar holístico, uma possibilidade de enriquecimento entre as pessoas envolvidas no processo, tanto para quem a transmite a mensagem, como para quem recebe (CASANOVA; LOPES, 2008). Em virtude disso, na UTI, a comunicação deve ser clara e objetiva, tanto para o cliente como para o familiar, pois esse não sabe como comportar-se durante a visita. Muitos ficam receosos em tocar no paciente, com medo dos fios e aparelhos de alta tecnologia ou de levar infecção. Desta forma, o encontro entre familiar e o seu ente querido deve ser preparado pela equipe, para que a visita possa propiciar aproximação, afetividade, menos estresse. Isso implica em maior potencial de comunicação entre paciente, equipe e familiar/acompanhante.

A enfermagem da família é uma área nova que vem avançando em termos de conhecimentos teóricos, porém tornam-se necessárias pesquisas para sustentar a prática e ajudar a fortalecer as famílias, em suas experiências de sofrimento na situação do adoecimento. É importante estimular o treinamento aos pesquisadores sobre pesquisa qualitativa com família, pois o mesmo deve está apto a analisar a família como sistema de relações (BOUSSO, 2009).

Devido a essa reflexão, foi realizada uma busca no Conselho Nacional e Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) sobre os grupos de pesquisa em família na área de enfermagem foram encontrados os seguintes: Cuidados à saúde das pessoas, família e sociedade coordenadas pela doutora Stela Marins de Melo Padoin da Universidade Federal de Santa Maria. Estudos em enfermagem da família, coordenado pela doutora Magareth Angelo Bousso da Universidade de São Paulo. Assistência à pesquisa e educação da saúde da família coordenada pela doutora Ingrid Elsen da Federal da Universidade Santa Catarina. Em pesquisa ao portal da Associação Brasileira da Enfermagem (ABEN) do Brasil foi detectado o Núcleo de Estudo, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família (NEPAAF) que tem

congregado professores e profissionais de diversas áreas em torno do tema família, tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência prestada e, por conseguinte, melhoria da qualidade de vida das mesmas. Atualmente, o NEPAAF, integra o LEIFAMS (Laboratório de Estudos Interdisciplinares sobre Família e Saúde) que congrega grupos de pesquisa nesta área originários de Universidades de Florianópolis, Porto Alegre, Curitiba, Ribeirão Preto, Rio Grande e Pelotas.

A revisão de literatura visando precisar o objeto de estudo consistiu na sistematização de produções sobre a interação família e equipe de enfermagem à luz da teoria de Joyce Travelbee acessada com o suporte das seguintes palavras-chave: Enfermagem; Assistência Humanizada; Inter-relação; Família; equipe de enfermagem; UTI. A busca ocorreu de forma alternada e integrada, a partir do acesso às páginas eletrônicas do portal de periódicos e banco de dissertações e teses da Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional de Nível Superior (CAPES), base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e acervo da Universidade Católica do Salvador (UCSAL). O período dessa coleta compreendeu o início do ano de 2012, sendo atualizada até o ano de 2013. Essa busca permitiu a constatação de avanços e lacunas sobre a temática.

No banco de dissertações e teses da CAPES, foram identificadas 11 produções, das quais três discutiam a relação interpessoal com os familiares e equipe de enfermagem. Destaca-se o estudo de Flores (2012), que teve como objetivo descrever a vivência de enfermeiros na condição de familiar acompanhante de pacientes hospitalizados. A família transfere somente às enfermeiras as decisões a serem tomadas e muitas vezes prefere distanciar-se da situação, por não ter conhecimento a ponto de suportar essa condição que causa sofrimento e sobrecarga.

Na base de dados da BVS há 156 artigos no SCIELO que tratam das temáticas de humanização, família, comunicação, visita domiciliar, interação, morte, empatia e sofrimento. Destacamos o estudo realizado por Waldow e Borges (2011) que discute o cuidar e o humanizar, destacando alguns dos significados e relações entre ambas às categorias. Concluem sinalizando os esforços da equipe de enfermagem no sentido de exercer uma assistência humanizada e resgatar o cuidado em sua interpretação mais ampla. A pesquisa de Gomes e Oliveira (2012) teve como objetivo compreender como a família vivencia o período de internação da criança no hospital. Discutem que o conhecimento das vivências dos familiares no

hospital, nos remete a refletir acerca de nossas ações frente a elas, indicando estratégias que os profissionais podem adotar com vistas a prestar um cuidado mais efetivo que as auxilie a vivenciar a hospitalização da criança de forma mais saudável, refletindo sobre esse processo. Vale ressaltar que muitos artigos que abordam como objeto a relação familiar e equipe cuidadora em UTI, acontecem no cenário das unidades para crianças ou neonatal, com poucos estudos acerca da UTI para adultos.

A pesquisa de trabalhos vinculados à perspectiva de Joyce Travelbee revelou (oito) artigos. Salientamos o estudo de Rocha e Faria (2013) que analisaram a comunicação enfermeira-paciente da unidade de emergência discutindo os aspectos na relação interpessoal, concluindo que, por ser uma relação pessoa-pessoa, a comunicação é indispensável para sua qualidade.

Em pesquisa ao acervo da biblioteca da Universidade Católica do Salvador (UCSAL), foram encontrados 19 trabalhos com temas variados (interação, família, cuidados paliativos, humanização e UTI). Relevamos o estudo de Fontes (2011) que identificou fatores e situações que desumanizam a assistência prestada às crianças e aos adolescentes internados em uma UTI Pediátrica Cardíaca, na visão dos pais e demais familiares. O referido autor concluiu que mais do que uma visão humana e profissional, humanizar inclui um olhar micro ecológico: ambiente em mútua harmonia. Outro estudo que destacamos foi o de Torres (2011) que analisou sentimentos vivenciados pelos familiares de pacientes com Acidente Vascular Cerebral e concluiu que os familiares apontaram como uma das principais dificuldades o fato de ter que lidar com pacientes em estado de coma.

Assim, a presente investigação assumiu caráter necessário e relevante, buscando preencher lacuna na literatura, além de possibilitar a promoção de debate em torno do processo de integração familiar acompanhante e equipe de enfermagem, no contexto da Unidade de Terapia Intensiva, favorecendo a construção de novos conhecimentos para essa área.

Além desses aspectos, o interesse pela temática emergiu quando comecei a coordenar um curso de Graduação em Enfermagem, e em visitas aos hospitais para acompanhar o desenvolvimento dos discentes referente ao conhecimento técnico-científico e humanizado, foi observado que na UTI, os acompanhantes refletiam, em suas expressões faciais, sentimentos como: angústia, medo, inércia e apresentavam dificuldades de absorção dos termos científicos utilizados pelas enfermeiras, quando

participavam das informações sobre os entes assistidos. Outro fato que me chamou atenção refere-se às inquietações de profissionais da equipe de enfermagem quanto à presença do acompanhante.

Destaco, minha experiência como familiar acompanhante de um ente querido, que foi submetido a uma cirurgia de emergência devido a um diagnóstico de neurinoma do acústico no ouvido esquerdo, ficando com o mesmo na UTI e na unidade semi-intensiva por um período de vinte dias. Assim, passei de coordenadora e enfermeira para ser familiar/acompanhante, vivenciando angústias, incertezas e medos, sem muitas vezes ter um conforto por parte da equipe de enfermagem para com os meus sofrimentos psíquicos, físicos e emocionais. Na ocasião pude vivenciar a mesma situação com outros acompanhantes presentes.

Nessa conjuntura, e reconhecendo que os clientes de UTI são críticos e requerem atenção direta da equipe de enfermagem, pela complexidade das patologias, e que tanto o familiar/acompanhante quanto a equipe de enfermagem, carregam sobre si uma sobrecarga de emoções, é que se faz necessário um repensar sobre a interação entre os protagonistas que compõem esse cenário. Dessa forma, os membros da equipe de enfermagem precisam ter estratégias que garantam uma assistência de qualidade tanto ao paciente quanto ao seu familiar, compreendendo melhor o ambiente em que encontra inserido, considerando questões sociais, diversidades regionais, econômicas e culturais do doente e de seus familiares, o que poderá incidir positivamente sobre suas atividades laborais.

Dentro deste contexto, emergiu o interesse em investigar a interação equipe de enfermagem e familiar/acompanhante na UTI. Desta forma apresenta a seguinte questão propositora: a interação familiar/ acompanhante e equipe de enfermagem intensivista tem contemplado a práxis humanizada baseada na teoria de Joyce Travelbee? Nessa perspectiva, o estudo tem como objetivo analisar a interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva, na perspectiva do cuidado humanizado, à luz da teoria de Joyce Travelbee. Como objetivos específicos: 1. descrever o perfil sociodemográfico dos membros da equipe de enfermagem e familiar/acompanhante; 2. verificar como tem se processado a comunicação e estratégias desenvolvidas pela equipe e familiar acompanhante para facilitar as relações interpessoais; 3. avaliar o contexto em que se processa a interação transpessoal.

Diante do exposto, o estudo justifica-se por trazer um tema que necessita de abordagem mais profunda, visto que no âmbito da enfermagem poucos estudos têm privilegiado o tema, configurando-se um espaço pouco explorado ainda com lacunas. Além disso, suscita reflexões e redimensiona o olhar sobre a prática das enfermeiras junto à família e o doente internado na Unidade de Terapia Intensiva, podendo contribuir para melhoria da qualidade do atendimento a esta clientela.

2. A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COMO ESPAÇO HUMANIZADO DE ENCONTROS

2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI): BREVE HISTÓRICO

O cuidado ao paciente crítico está estreitamente relacionado à precursora da enfermagem Florence Nightingale, de origem Inglesa, fundadora da enfermagem moderna, que participou em 1854, na guerra da Crimeia. Naquela época os índices de mortalidade eram de 40%, porém após a sua chegada juntamente com 38 voluntárias entre religiosas e leigas, a mortalidade caiu consideravelmente, em virtude da conduta sistematizada da enfermeira inglesa, que classificou os militares feridos de acordo com o grau de dependência e patologia apresentada. Este representa o primeiro método para observação contínua dos quadros mais críticos, colocando os soldados mais vulneráveis em uma enfermagem próxima da área de trabalho das voluntárias (CHEREGATTI; AMORIM, 2010). A classificação de dependência, sobre os pacientes graves até hoje é utilizada com algumas modificações (GOMES, 2008).

A história da UTI evoluiu com o avanço tecnológico em 1923 quando Walter Dandy criou uma unidade de cuidado pós-operatório para pacientes neurocirúrgicos no Johns Hopkins hospital, em Baltimore (EUA). A primeira UTI do mundo foi criada no kommune hospitalet, o Hospital Municipal da Dinamarca em dezembro de 1953, pelo anestesiólogo Bjorn Ibsen. Porém os profissionais ficavam divididos em sala de cirurgia e na UTI ou exclusivamente nas UTI's, surgindo uma nova especialidade médica. Nessa mesma época o cuidado de enfermagem infelizmente ainda não fora reconhecido (VIANA, 2011).

Na década de 70, criaram-se as primeiras UTI no Brasil, com a finalidade de concentrar pacientes com complexidade, em um espaço hospitalar adequado, com infraestrutura, materiais específicos e recursos humanos especializados para o desenvolvimento do trabalho (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

Com o passar dos tempos e o aumento da complexidade e da tecnologia nas UTI, fez-se necessário que o profissional de enfermagem não tivesse apenas a vigilância ao paciente crítico, mas inicia-se uma formação científica com autonomia, o que era exclusividade do médico, nesse contexto surge uma nova ciência, portanto

a enfermagem passa atuar de forma técnico-científico nas unidades de terapia intensiva (VIANA, 2011).

Portanto, a cronologia descreve e relata que já existia uma grande preocupação com a saúde do paciente. A ciência e o cuidado foram evoluindo à medida que haveria necessidade de implantar cuidados especializados aos enfermos de maior gravidade. Com os avanços tecnológicos surgiram equipamentos cada vez mais sofisticados permitindo que o paciente tenha maior sobrevida, o que requer qualificação técnica da equipe de saúde permanentemente.

2.2 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA UTI

A unidade de terapia intensiva é caracterizada como uma unidade complexa, reservada para atender aos pacientes críticos que necessitam de cuidados intensivos. Apresenta-se com estrutura física adequada, equipamentos de última geração e uma equipe multidisciplinar qualificada, apta para atender em situações de urgência e emergência, chamados de intensivista, porque mantêm vigilância contínua por 24 horas. Existem equipamentos específicos para a realização de exames, dando um maior suporte ao paciente (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

A organização de uma unidade de terapia intensiva deverá definir a metodologia de trabalho. A elaboração do projeto é direcionada por uma equipe multidisciplinar constituída por arquitetos, engenheiros, administradores, médicos, enfermeiros, em que devem ser avaliadas todas as características inerentes a uma UTI. Incluem-se, nessa avaliação, todos os serviços que serão oferecidos; o perfil dos pacientes, a demanda esperada, a quantidade de leitos, o tipo de ocupação, todos os critérios de admissão e alta. Outro fator importante refere-se à equipe multiprofissional, que deve ser capacitada mediante análise minuciosa de acordo com as características da unidade (VIANA, 2011).

A estrutura física de uma UTI deve proporcionar um espaço favorável para mobilização do cliente, um ambiente tranquilo, boa iluminação, fácil acesso para atendimento rápido, apresentar uma área mínima de 9 m a 12 m, os boxes com amplos espaços dotados de instalações sanitárias, os armários devem ser colocados e selecionados de modo que possam ser higienizados de forma rigorosa. A localização da UTI exige uma área de pouca movimentação, próxima ao centro cirúrgico e ao Centro de recuperação anestésica, com facilidade aos serviços de

laboratório e bioimagem. O número de leitos vai depender do hospital onde ela está instalada e da especialidade do mesmo, mas estima-se que este corresponde a 12 leitos, pois menos disso é bastante oneroso. A equipe de enfermagem desempenha uma assistência direta aos pacientes críticos com o suporte de tecnologia complexa. Para que isso ocorra de forma eficiente e eficaz é necessário e indispensável à qualificação desses profissionais e a titulação de intensivista (GOMES, 2008; VIANA, 2011).

O Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária de acordo com a Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010 dispõem sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências (BRASIL, 2010, p.5.), como disposto abaixo:

Art. 5º A Unidade de Terapia Intensiva deve estar localizada em um hospital regularizado junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual;

Parágrafo único. A regularização perante o órgão de vigilância sanitária local se dá mediante a emissão e renovação de alvará de licenciamento sanitário, salvo exceções previstas em lei, e é condicionada ao cumprimento das disposições especificadas nesta Resolução e outras normas sanitárias vigentes;

Art. 6º O hospital no qual a Unidade de Terapia Intensiva está localizada deve estar cadastrado e manter atualizadas as informações referentes a esta Unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Art. 12. As atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI;

Art. 13 Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos;

§ 1º O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal;

§ 2º Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal);

§ 3º É permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI;

Art. 14. Além do disposto no Artigo 13 desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais:

I - Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal;

II - Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno;

III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno. Art. 21. Todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar 50. A UTI deve dispor de materiais e equipamentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda.

Art. 51. Os materiais e equipamentos utilizados, nacionais ou importados, devem estar regularizados junto à ANVISA, de acordo com a legislação vigente;

Art. 52. Devem ser mantidas na unidade instruções escritas referentes à utilização dos equipamentos e materiais, que podem ser substituídas ou complementadas por manuais do fabricante em língua portuguesa;

Art. 53. Quando houver terceirização de fornecimento de equipamentos médico-hospitalares, deve ser estabelecido contrato formal entre o hospital e a empresa contratante;

Art. 54. Os materiais e equipamentos devem estar íntegros, limpos e prontos para uso;

Logo, cada unidade de terapia intensiva tem que atender a critérios mínimos de organização. Ela está dividida em: unidade adulta, pediátrica e neonatal. Depreende-se que a infraestrutura da UTI interfere de modo decisivo na organização do trabalho realizado pelas equipes e conseqüentemente nas interações com o paciente e com a família deste.

2.3 HUMANIZAÇÃO NA UTI

Cuidar é mais que um ato. É uma atitude. Por conseguinte, abrange mais que uma ato de atuação, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2001). Caminhando nessa direção Waldow (2011) afirma que humanizar é a confirmação de que o ser humano é capaz de cuidar no sentido amplo, ou seja, de forma integral, natural e, ao mesmo tempo, consciente, conjugando, dessa forma, os componentes racionais e sensíveis.

Os autores supracitados convergem, sobre a referida temática, porém, torna-se necessário que os profissionais da equipe de enfermagem tenham consciência deste cuidar humanizado, pois os sujeitos que necessitam dessa atenção estão expostos às questões bio-psico-sociais do mundo que estão inseridos.

Neste contexto, a Humanização não deve ser vista como um programa a ser aplicado nos serviços de saúde, mas como uma política que opere de forma transversalmente em toda rede do sistema. Traz como princípio básico, a construção de trocas solidárias com laços de cidadania entre os autores, ou seja, ampliando o diálogo entre os sujeitos envolvidos no processo e aumentando a co-responsabilidade na produção da saúde, provocando mudanças de paradigmas e reafirmando os princípios universalidade, equidade e integralidade do SUS (BRASIL, 2004).

As políticas de humanização salientam a importância dos diálogos significativos entre os autores desse processo, entretanto, vale ressaltar, que para os princípios do SUS estarem inseridos na assistência de enfermagem depende também do compromisso, envolvimento emocional e responsabilidade desses.

Coadunando com a assertiva acima Fontes (2011), afirma que as políticas de humanização para obterem resultados favoráveis, dependem de uma dedicação conjunta de todos os sujeitos que lidam com os pacientes e familiares nos cenários nosocomiais.

Nessa perspectiva, Corrêa, Sales e Soares (2002) destacam que é de suma importância que, em meio às aparelhagens e técnicas complexas existentes em uma Unidade de Terapia Intensiva, é preciso buscar o humano que ali se encontra, não apenas enquanto aquele paciente que necessita ser constantemente monitorado em suas funções vitais, mas como ser humano singular que vivencia um processo

patológico, que, envolve toda sua totalidade existencial. Sem dúvida, tal precioso o faz experimentar momentos de insegurança e medo ao enfrentar doença e, conseqüentemente o risco da morte.

Ao realizar um estudo sobre cuidar, Schwartz *et al.*(2006) asseguram que, mesmo em instituições detentoras de equipamentos complexos, permanece a necessidade de profissionais que desenvolvam as habilidades emocionais e que sejam capazes de sensibilizar-se com as experiências do seu cotidiano. Assim, evita-se prestar um cuidado tecnicista, oferecendo uma assistência de confiança e respeito ao cliente.

Essa perspectiva se reflete na síntese apresentada por Waldow, (2011, p.414) para quem a humanização não se restringe a um treinamento, mas coincide com a sensibilização à condição humana, como exposto a seguir:

No que se refere à humanização, deseja-se que este movimento se mantenha, porém clareando alguns pontos; espera-se por outro lado, que não seja considerado como algo passivo de ser treinado, mas, sim, sensibilizando. Deseja-se que estudiosos e profissionais que se dedicam a essa temática possam ser mobilizados e sensibilizados a considerar o cuidar e posicioná-lo em um lugar de destaque, ou seja, como modo de ser, como condição de nossa humanidade e não como equivocadamente vem sendo pensado, como consequência da humanização.

Nesse contexto, é preciso defender que a essência da enfermagem e o seu objeto de trabalho é o cuidar, pois esse precisa ser eficiente e prestado de forma humanizada. Ao se promover o cuidado, esse deve ser sistematizado e holístico a fim de promover a qualidade da assistência.

Knobel (2006) esclarece que a humanização deve permear todas as ações intensivistas, sendo um indicador importante de qualidade nas UTI, considerando que cada ser é único e possui anseios, valores, crenças e necessidades, sendo imprescindível preservar a dignidade de todos os agentes envolvidos no ambiente intensivista, profissional, paciente e familiar/acompanhante, respeitando seus princípios de moral e ética.

Percebe-se que o trabalho de humanização consiste em fortalecer este comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico, com a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e o singular. Refere-se à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro.

Silva et al. (2008) refletem, sobre a temática da humanização, partindo da premissa de que os serviços de saúde precisam ser realmente humanizados, pois ocorrem situações tanto no atendimento ao cliente, quanto nas condições de trabalho, que podem ser considerada, como desumanizadas: baixos salários, dificuldade de conciliação da vida pessoal e profissional, jornadas duplas, ocasionando sobrecarga de atividade.

Os autores enfatizam que falar de humanização da assistência, implica em considerar as condições de trabalho da equipe de saúde, o conhecimento tecnológico, criando perspectivas que não valorizem somente o enfermo, mas também o profissional que o assiste, assim como, a sua própria humanidade.

Partindo dessa premissa, o estudo realizado por Beck et al. (2009) visou compreender humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. Eles destacam que o trabalhador é uma peça importante no processo de humanização do atendimento, mas para isso ocorrer, faz-se necessário avaliar as condições de trabalho, salários, carga horária e atividades realizadas na educação continuada para o cuidar. Porém, essa pesquisa traz o olhar à humanização em um hospital público, no qual uma das maiores dificuldades da relação interpessoal é a comunicação inadequada realizada pela equipe para com o paciente e a família, instrumento básico na assistência. Nesse contexto é necessário mudar o comportamento entre os sujeitos, sociedade, instituições, pois só assim teremos uma política de saúde pautada nos princípios ético, da dignidade e solidariedade.

Silva e Santos (2010) salientam que a interação dos familiares com a equipe de enfermagem através do acolhimento e das informações recebidas, lhes fornecem a proteção esperada. Portanto, a humanização é indispensável para estabelecer a interação e o relacionamento com o usuário do serviço incluindo seus familiares.

Dessa maneira, a assistência de enfermagem intensivista não pode tornar-se mecânica, mesmo com a alta complexidade dos equipamentos, deve-se criar estratégias de humanização, sempre levando em consideração os fatores emocionais, socioeconômicos, culturais do cliente e de seus familiares resultando na valorização da assistência humanizada, garantindo melhor integração entre profissional e familiar/acompanhante. Nesse aspecto, Marques e Souza (2008) evidencia que o cuidado de enfermagem e a tecnologia estão interligados, pois na maioria das vezes é necessário intervir pôr meio da tecnologia para manter o paciente crítico vivo.

Assim, faz sentido pensar na necessidade de humanizar o atendimento em Unidade de Terapia Intensiva, destacando atenção à família como importante elemento que pode diferenciar o cuidado. Essa tensão exige, inicialmente, escutá-la, na busca de aproximação ao seu cotidiano. Dessa escuta podem emergir importantes questionamentos a serem repensados no trabalho dos profissionais que ali atuam (URIZZI, 2005).

Marques e Maia (2009) analisam as necessidades das famílias de pacientes internados em UTI em relação à comunicação com a equipe multidisciplinar e concluem que a maioria, das famílias necessitam de mais clareza nas orientações sobre o ambiente, horário de visita e de apoio emocional, identificando a equipe de enfermagem como referência, porque a mesma passa a maior parte do tempo com o cliente.

Ademais, chama-se atenção ainda para a rotina imposta ao paciente, que pode ser amenizada evitando-se a separação do convívio familiar por meio das visitas diárias e da interação família-paciente com a equipe, apoiando e participando do cuidar. Para que essa assistência seja eficaz, é importante, sendo necessário, que a equipe passe informações diárias, com palavras claras condizentes, respeitando o nível sociocultural dos familiares.

2.4 A FAMÍLIA NO CENÁRIO DA UTI

A família tem passado por muitas transformações acompanhando os acontecimentos históricos, econômicos e sociais que aconteceram ao longo do último século, mas permanece como matriz no processo de socialização e humanização dos seus membros. Nesse ambiente a pessoa recebe o apoio afetivo, psicológico, valores humanos e éticos, além de outras ferramentas necessárias para o seu desenvolvimento. Primeiro lugar de socialização e do desempenho de funções socialmente importantes junto a seus parentes, a família pode ser fragilizada e ausente da existência das pessoas. Com isso, os problemas enfrentados tendem-se a agravar-se. No entanto, à proporção que a família consiga interagir nas novas circunstâncias socioculturais, pode contribuir para amenizá-la (PETRINI, 2007).

A família caracteriza-se como a célula primordial da sociedade, pois o indivíduo não está isolado, porém está inserido em um grupo e tem o papel de assegurar a manutenção da integridade e autonomia familiar. Em estudo realizado

com pacientes agudo em UTI, Bonfim et al. (2007) encontraram famílias de pessoas aparentemente frágeis e tímidas; famílias de indivíduos fortes e expansivos; famílias nucleares com pouco suporte social e famílias extensas com vasta rede de visitas.

Os familiares dos pacientes geralmente encontram-se tensos, inseguros e com medo do desconhecido relacionando ao ambiente, aos aparelhos, à condição de outros pacientes internados na UTI. Colocar família como parte integrada do cuidar da enfermagem, justifica-se pelos impactos que a internação neste local pode gerar (HAYAKAWA; NARCOM, 2010).

Nesse contexto, diante dos sentimentos vivenciados pelas famílias durante a internação do seu parente, percebe-se que a assistência aos familiares pode ser considerada precária ou inexistente, o que dificulta mais o enfrentamento da situação (ALMEIDA, 2008).

Caso a equipe de enfermagem não consiga reconhecer que as experiências de cada família são singulares, será impossível uma relação harmônica Urizzi (2008). Infelizmente as relações são frequentemente marcadas pelo autoritarismo da equipe que possui o domínio do saber específico da UTI.

É essencial entender a família como unidade constante de saúde para os seus membros. Isso porque o cuidar a família implica, identificar suas forças, dificuldades sociais, culturais e econômicas. Com essas informações, o profissional deve usar seus conhecimentos sobre cada família, para junto dela, pensar e programar a melhor assistência possível. Mas apesar de a enfermagem conviver diariamente com o familiar/acompanhante nas unidades de internação, ainda há dificuldade de reconhecer a família como elemento do processo de tratamento. Essa visão se confirma com (ANGELO; BOUSSO, 2001; MONICELLI; BOEHS, 2007).

Neste contexto, para elaborar políticas de família, torna-se necessário visualizar a mesma como protagonista dessa história e não como sujeito passivo, para isso é importante contextualiza-la, definir os objetivos, considerar os direitos e deveres e também as relações de vínculos entre seus membros (CRUZ; ANGELO, 2011; PETRINI; 2007).

Desta forma, podem ocorrer mudanças nas elaborações das políticas que envolvem a família, entretanto, os profissionais da enfermagem podem iniciar essa transformação, quando a temática são os relacionamentos com a família no cenário hospitalar. Portanto, devem-se desenvolver estratégias de aproximação, buscando conhecimento teórico sobre a família e realizando um atendimento humano com o

acompanhante para fortalecer a integração entre esses sujeitos da assistência ao paciente.

Assim, sendo a Unidade de Terapia Intensiva percebida como local tenso, agressivo e traumatizante tanto para o enfermo quanto para o familiar/acompanhante, durante a realização de procedimento técnico, exames e o tratamento da doença, surge o programa “Visita Aberta e Direito ao Acompanhante” proposto como parte derivada da Política Nacional de Humanização, tendo como meta ultrapassar fronteiras rígidas por modelos tradicionais do poder e dos saber. Seu objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades internação, garantindo o elo entre o enfermo e sua rede social, mantendo latente o projeto de vida do indivíduo internado (BRASIL, 2007).

Segundo Caetano et al. (2007), os familiares podem alterar o seu bem estar psicológico, pela necessidade de saber o que está ocorrendo, mesmo sem entender determinadas posições. A presença de um profissional proporciona um alívio e segurança. Nessa direção, Squasante e Alvim (2009), salientam que os familiares acompanhantes, às vezes, não concordam, mas acabam realizando atividades sem questionamento, por temerem represálias em relação à sua presença naquele ambiente. A equipe de enfermagem demonstra zelo e preocupação impedindo a ação do acompanhante que, de alguma forma, representa risco ao paciente.

A família constitui uma fonte de apoio relevante para reabilitação do cliente. Para tanto, faz-se necessário, a interação do profissional de saúde com os familiares, estabelecendo vínculo de confiança, ajudando a mesma a minimizar suas ansiedades e angustias de modo a fazê-las participar ativamente da recuperação do seu parente. Assim, o desafio é que o enfermeiro compreenda que o cuidado proposto deve ir além do enfermo, o cuidado tem como perspectiva de ação todos que partirem da experiência de doença, ou seja, o doente e sua família ampliando assim o seu olhar para o cuidar buscando uma assistência centrada no indivíduo e na família (ELSEN; PATRICIO, 1984).

A permanência de familiares acompanhantes junto ao doente hospitalizado tem exigido transformações na prática de enfermagem. A equipe de enfermagem necessita rever suas atitudes e buscar proporcionar maior flexibilidade na participação do acompanhante no cotidiano do cuidado de enfermagem, para uma atuação conjunta com os familiares (SZARESKI; BEUTER; BRONDANI, 2009).

Nessa perspectiva, Freitas (2012) salienta que a inclusão e o saber do familiar no cuidar do seu ente viabilizam um processo de transformação, pois em acompanhar o tratamento, receber orientações e treinamento. Desta forma o acompanhante pode participar ativamente de ações de apoio à recuperação do cliente, seja no domicílio ou hospital, ou seja, o familiar passa a ser uma parte integrante na reabilitação desse indivíduo doente.

O cuidar na enfermagem deve ultrapassar os conhecimentos técnicos ou tecnológicos, por isso faz-se necessário uma comunicação eficaz para sensibilizar e potencializar os encontros entre a equipe de enfermagem e os familiares acompanhantes nas visitas, onde infelizmente estes momentos são negligenciados devido ao tratamento de alta complexidade (CASA NOVAB, 2009; PEREIRA, 2003; SILVA, 2007; VITOR, 2003).

Nascimento e Martins (2000) acreditam que o contato estreito da família com o sujeito hospitalizado, além de benefício para este, reduz o sentimento de desamparo do familiar diante do sofrimento desse indivíduo. Esses autores ainda relataram que a família deve, e tem o resguardo legal de serem informadas das condições de saúde do seu familiar, como também participar ativamente desse processo.

Dessa forma, evidencia-se a importância da integração equipe/família, principalmente na divisão de tarefas que, muitas vezes, é mais confortável para o paciente que seja realizado pelo familiar, pela confiança que lhe é depositada nos cuidados simples. Porém, as diversas atribuições da equipe, associadas à demanda, comprometem a assistência humanizada e holística que precisa ser dispensada ao paciente e família.

3. BASES TEÓRICO-FILOSÓFICAS DA TEORIA DA RELAÇÃO INTERPESSOAL DE JOYCE TRAVELBEE

Por muito tempo, a enfermagem teve dificuldade de identificar seu objeto de investigação. Por essa razão, recorreu a modelos médicos de realização do trabalho. Com o surgimento das teorias de enfermagem, o cuidado foi estabelecido como um objeto epistemológico, ou seja, o conceito sobre o fazer e o saber específico da enfermagem, superou o paradigma do modelo máquina biológica, o que exigiu buscar outros saberes na antropologia, psicologia e sociologia sobre o ser humano para conceitua-lo e estudar seu comportamento (LEOPARDI,1999).

A enfermagem fundamenta-se em perspectivas teóricas com características e filosofias próprias para compreender o cuidado, buscando o conhecimento que muitas vezes ocorre através dos erros e incertezas da pesquisa, a fim de aperfeiçoar a eficácia das suas práticas (LINARD; PAGLIUCA; RODRIGUES, 2004).

Faz-se necessário que a enfermagem aproveite as teorias na sua pratica do cotidiano, pois em cada uma, encontram-se modelos de análise que vão ser ferramentas básicas para responder questionamentos sobre o seu uso e como a mesma contribui para uma assistência qualificada no contexto biopsicossocial do individuo e da família.

Sendo a interação enfermeiro/acompanhante e familiar um fenômeno humano, recorre-se à teoria interpessoal de Joyce Travelbee, de base interacionista como fundamento da análise das relações interpessoais do cotidiano da enfermagem, em situações difíceis quanto à internação na UTI. Esta abordagem permite enfocar a vivência dos familiares, doentes e equipe de enfermagem, enquanto pessoas que atuam em um dado momento e contexto. Optou-se por aproximar a discussão em torno do conceito de humanização como proposto pela Política Nacional de Humanização (2007) à teoria interacionista de Travelbee devido ao reconhecimento da fenomenologia como método e expressão do ser humano e do cuidado que ele contempla.

3.1 TEORIA INTERPESSOAL

A teoria da relação interpessoal de Joice Travelbee tem como meta o respeito à inter-relação pessoa-pessoa. Uma relação entre os sujeitos não ocorre de forma

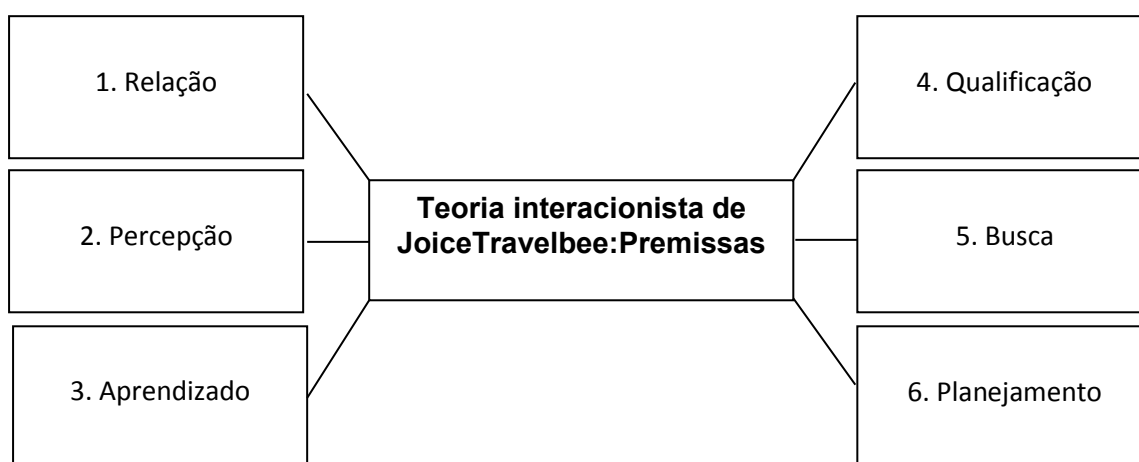
casual; é necessário que a enfermeira realize primeiro um planejamento, estabeleça premissas básicas e objetivos, a fim de constituir uma meta a ser alcançada. Entretanto, nos encontros, ocorre uma série de experiências para ambos, nos quais enfermeira e paciente trocam, modificam seu comportamento e aprendem, com o resultado ou através do processo interativo, a superar os problemas.

Uma relação não “acontece simplesmente”. A enfermeira tem como tarefa definir o que quer alcançar nessa interação, por isso, recomenda-se que as metas e os objetivos sejam escritos, assim como métodos e meios a serem usados para alcançá-los na inter-relação (TRAVELBEE, 1979).

Nesta perspectiva, o estudo de Severo et al. (2012) ressaltam que para proporcionar um atendimento de excelência ao cliente, não se pode oferecer um serviço simplificado. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo amplo, longo e oferece ferramentas para um trabalho qualificado dentro da equipe de enfermagem, para o qual é preciso vontade e persistência. A teoria de Joice Travelbee pode ser utilizada como um guia para o processo de sistematização, pois salienta uma sequência de etapas, para o atendimento técnico humanizado.

De acordo com a teoria há seis premissas básicas para estabelecer a relação interpessoal entre enfermeiro e o outro, como representa a figura 1.

Figura 1 Fluxograma representativo das premissas básicas estabelecidas por Joyce Travelbee na teoria interpessoal.



Fonte: Travelbee (1979) adaptado pela autora.

1. A relação interpessoal consiste nas atividades que se encontram dentro do campo da prática de enfermagem, que diferem claramente das outras áreas da saúde. A enfermeira tem autonomia para realizar o cuidar, pois não depende da autorização de outros profissionais para realizar suas atribuições, portanto, está qualificada para planejar suas funções.

2. Uma relação somente se estabelece quando cada participante percebe ao outro como ser humano único e quando é possível transcender os papéis enfermeira-paciente.

3. Só as enfermeiras qualificadas estão preparadas para supervisionar a outras enfermeiras na prática da enfermagem.

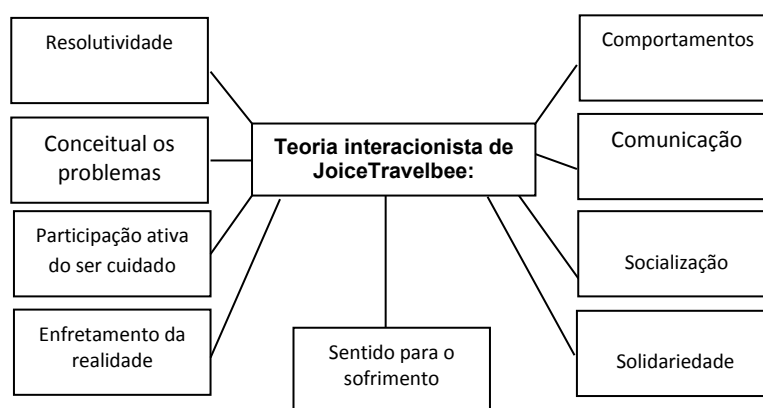
4. A experiência de aprendizagem mais importante que o curso de enfermagem proporciona ao estudante é a oportunidade de estabelecer, manter e terminar a relação interpessoal. Os conceitos sobre comportamento deveriam ser ensinados em todos os cursos de enfermagem clínica.

5. As enfermeiras precisam buscar conhecimento científico e saber selecionar a literatura relacionada com a informação desejada para ampliá-lo.

6. O conhecimento, a compreensão e as habilidades requeridas para planejar, estruturar e avaliar a atenção durante a relação interpessoal constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade do trabalho em grupo.

Na teoria, encontram-se nove atitudes resolutivas inerentes à relação enfermeiro-outro, aos quais a autora denomina “objetivos” sintetizados abaixo:

Figura 2 Fluxograma representativo dos objetivos estabelecidos por Joyce Travelbee na teoria interpessoal.



O âmago da teoria das relações de Joyce Travelbee é ajudar o ser humano enfermo, família e comunidade a enfrentar e compreender os problemas que a doença traz para o universo dessas pessoas. Nesse contexto, o estudo realizado por Linard, Pagliuca e Rodrigues (2004) afirmam que o foco principal dos pensamentos fecundos da teoria interpessoal da referida autora é ajudar o indivíduo a enfrentar e compreender a experiência de dor e sofrimento.

De acordo com a síntese teórica apresentada na figura 2, a enfermeira precisa comprometer-se emocionalmente se aspira estabelecer uma relação com um paciente ou com qualquer outro ser humano. O compromisso emocional é tanto cognitivo como afetivo, pois tem a capacidade de transcender-se a si mesmo e interessar-se por outra pessoa, sem que este interesse os incapacite (SILVEIRA et al., 2006; TRAVELBEE, 1979).

O profissional não pode abster-se de julgar, entretanto, a enfermeira necessita ter consciência de que seus juízos de valores, estão interferindo na capacidade de ver o ser humano como singular e semelhante aos demais. Porém diferente de qualquer pessoa, isso, pode estabelecer um obstáculo na relação, pois a forma como os participantes se percebem reciprocamente, pode conduzir ao como estereótipo (CANABRAVA et al., 2011; TRAVELBEE, 1979).

A pessoa que cuida respeita e aprecia a singularidade individual do paciente, conscientiza-se de maneira concreta que o cada pessoa é um ser humano pleno, estes conhecimentos e esta visão não se adquirem facilmente; constituem uma conquista das enfermeiras dotadas de coragem, perseverança e percepção donas de uma profunda compreensão, pois o profissional não interage com outro apenas para obter informações clínicas, mas sim para conhecê-lo e dessa forma transmitir confiança para estabelecer um relacionamento terapêutico (TRAVELBEE, 1979; WEIDAMAN; ELSÉN; MARCON, 2006).

As mesmas autoras afirmam que para existir a relação entre os sujeitos deve ocorrer reciprocidade. Ela reconhece que para suceder um cuidado amoroso, o indivíduo deve em primeiro lugar amar a si próprio, reconhecendo que pode cometer falhas e pode ferir sentimentos do outro sem perceber, entretanto, quando o profissional não reconhece os seus erros, pode gerar conflitos que vão interferir na relação interpessoal e no processo de humanização.

A comunicação, cuja mensagem deve ser compreendida tanto por quem envia como por quem a recebe, pode ser não verbal e verbal, na primeira, destaca-

se que a sua manifestação será por mensagem corporal e simbólica como: tom da voz, altura e ritmo da fala, braços cruzados, mãos entrelaçadas e trêmulas, mímicas faciais, toque. Quando esse tipo de comunicação ocorre de forma não satisfatória, pode gerar conflitos e empatia entre os sujeitos. A verbal desenvolve-se pela capacidade de falar e ouvir entre os membros, por isso é necessário que a equipe de enfermagem desenvolva técnicas para uma comunicação que seja um instrumento na assistência humanizada e um encontro terapêutico (CHERGEGATTI, 2010; TRAVELBEE, 1979).

A equipe de enfermagem deve desenvolver habilidade para comunicar-se com outras pessoas; entendê-los e ser entendido, constitui uma capacidade interpessoal essencial. Contudo, a mágoa e a indiferença podem ser comunicados tão facilmente como o respeito e a preocupação e, a mensagem é recebida com a mesma facilidade (TRAVELBEE, 1979). Desse modo, a equipe de enfermagem deve atentar para a comunicação, pois a mesma pode provocar experiências significativas como também traumáticas.

No estudo de Rocha e Faria (2013) baseado na teoria de Joyce Travelbee, revelam que as enfermeiras da Unidade de Emergência percebem e definem a comunicação verbal e não verbal como elemento fundamental para o desenvolvimento do cuidar nos aspectos técnicos. Também possibilita a relação enfermeira-paciente, através do recurso a palavras de tranquilidade e apoio emocional que favorecem a confiança e o vínculo.

Joyce Travelbee destaca que para alcançar os objetivos acima relacionados é essencial que a enfermeira utilize habilmente o processo de comunicação e que para um diálogo significativo ocorrer, faz-se necessário que a enfermeira seja capaz de compartilhar e dar-se a si mesma no encontro. Os autores envolvidos no campo interacional crescem como seres humanos, devido ao resultado da experiência de relacionar-se no processo da interlocução.

Assim, a mesma autora afirma que enfermeira ainda, deve realizar o diagnóstico de rupturas e de distorções da comunicação. Há sete fatores que podem influenciar nesse processo da interlocução: percepção do emissor e receptor da mensagem, relações anteriores entre os sujeitos, a intensão de quem está enviando a mensagem, a relevância da mensagem, fatores do meio físico e psicológico, a forma de transmitir a mensagem e o efeito que a mesma pode significar para a outra pessoa. As principais causas de restrição para o diálogo interativo podem ser:

escuta, falhas na identificação dos problemas diários do enfermo, expressividade, conduta inadequada da enfermeira para guiar, dirigir e estruturar o intercâmbio interativo, ineficácia na transmissão da confiança uso inadequado das técnicas de comunicação.

A pesquisadora salienta ainda que esses fatores e suas causas não abrangem a totalidade, pois há questões culturais dos indivíduos e o cabedal de conhecimentos das enfermeiras sobre a temática que podem limitar a comunicação.

O diálogo significativo se caracteriza por uma comunicação de mutualidade entre os seres humanos e o conteúdo é relevante, pois aborda os problemas atuais dos sujeitos envolvidos na interação (OLIVEIRA, 2005; TRAVELBEE, 1979).

Noutro giro, autora afirma que a comunicação não verbal é importante para perceber as pessoas ao redor e, ao mesmo tempo, de transcender de si mesmo, pois assim o familiar pode experimentar calor humano e adquirir confiança na enfermeira. Tal procedimento não é fácil, pois esse profissional pode não estar suficientemente apto para identificar códigos não verbais.

Travelbee (1979) desenvolveu técnicas de comunicação que possibilita a equipe de enfermagem utilizar no processo de interlocução entre os sujeitos.

Na teoria interacionista (1979) destaca que a escuta no processo interpessoal constitui uma predisposição a ser desenvolvida pelos sujeitos, entretanto espera-se que a enfermeira já tenha alguma habilidade nessa arte tão difícil. Portanto escutar é comprometer-se com o outro. Nas situações sociais o indivíduo não é obrigado a escutar, mas no encontro entre agente cuidador e o ser cuidado, a enfermeira tem obrigação profissional de prestar atenção, ouvir e escutar, mesmo que os comentários do outro sejam irritantes e tediosos, pois ela é responsável pelo processo de comunicação. Caso não tenha habilidade em escutar, a enfermeira pode aprender a cultivar e estimular. Escutar a família é dar atenção a mesma, caso isso não ocorra, infelizmente a equipe não está desenvolvendo uma assistência humanizada.

A empatia definida como a capacidade de transcender e ser capaz de ir além de si mesmo, para chegar às outras pessoas. Consiste em cuidar sem interesse, apenas por ter atitudes humanas de simpatia e empatia pelo outro (BECK, 1999; ROCHA; FARIA, 2013; TRAVELBEE, 1979).

O cuidar precisa abarcar alteração de ordem emocional e espiritual, além dos problemas físicos, isto porque, para Travelbee (1979), a doença e o sofrimento não

são somente conflitos físicos. A enfermagem deve ajudar o outro a enfrentar a realidade, pois a doença pode e deve ser um aprendizado, dando dessa forma um sentido à vida.

A capacidade para enfrentar a realidade é uma experiência de renovação e de aprendizado tanto para o profissional como para o outro (TRAVELBEE, 1979). A autora salienta que as pessoas estão expostos à alegria, ao amor, à felicidade, à doença, à culpa e as todas as emoções conflitantes, por isso faz-se necessário que todos os envolvidos na relação reconheçam que através do enfrentamento das crises o indivíduo cresce e se desenvolve com ser humano.

Diante do exposto, Gonzales (1999) salienta que a capacidade de enfrentamento da realidade, parece fácil, porém exige grande maturidade, pois enfrentar, reconhecer os próprios sentimentos é um desafio. A vida humana pode atingir sua plenitude no sofrimento (FRANKL, 1998).

Nesse sentido um repensar da equipe de enfermagem sobre a relação interpessoal, pois apesar do conhecimento técnico ser muito importante para a sobrevivência do paciente, não pode estar dissociado da competência terapêutica, que consiste nas atitudes realizadas pela equipe para ajudar o outro a descobrir o significado ou (re)significado nas suas experiências de dor.

3.2 FASES DA RELAÇÃO PESSOA-PESSOA NA TEORIA JOYCE TRAVELBEE

A relação de pessoa a pessoa é uma meta a alcançar resulta de uma série de interações planejadas com um propósito portanto é também uma experiência de aprendizagem para ambos participantes; que trocam e desenvolvem suas capacidades interpessoais (TRAVELBEE, 1979)

Cada encontro é único, e todas as interações entre os seres humanos passam por fases gerais, não isoladas. Frequentemente uma fase se sobrepõe a outra. São muitos fatores que determinam o progresso da enfermeira e o paciente através das diferentes fases.

As etapas do processo de inter-relação são as seguintes: 1. Prévia à interação; 2. Introdutória ou de orientação; 3. Identidade emergente; e 4. Terminação ou conclusão.

Autores como Lopardi (1999), Beker (1999), Gonzales (1999), Linard, Pagliuca e Rodrigues (2004), Waidman, Elsen e Marcon classificam as fases de

Joyce Travelbee de acordo com critérios que dão origem a outras fases: 1. Encontro inicial (primeiro contato); 2. Identidades emergentes; 3. Empatia; 4. Simpatia; e 5. Rapport. Entretanto, na pesquisa à fonte primária foi identificado que a empatia e a simpatia fazem parte da terceira fase da teoria de Joyce Travelbee, pois essas permeiam o panorama da etapa estabelecida pela referida autora como identidade emergente.

Quadro 1 Fases de Relação pessoa-pessoa na Teoria Joyce Travelbee (Aspectos mais importantes).

<p>1. Fase pré-interação</p>	<p>Essa fase inicia história clínica, ouvir companheiros de trabalho e realiza o planejamento, definindo objetivos e a metodologia para iniciar os encontros.</p> <p>A observação é sempre o primeiro passo da enfermagem na construção da relação pessoa-pessoa. O profissional deve analisar o ser humano no contexto do ambiente que se encontra, recolhendo dados e impressões que podem ser válidas ou não, respeitando a singularidade e o comportamento dos sujeitos envolvidos na interação.</p>
<p>2-Fase introdutória ou de orientação (Primeiro encontro)</p>	<p>Começa quando os seres humanos, até então desconhecidos, se encontram pela primeira vez e se conhecem. Caracteriza-se pela formação de um pacto entre esses seres humanos para trabalhar juntos.</p> <p>Inicia a enfermeira apresentando-se ao paciente falando o nome e cargo, da organização do trabalho, a enfermeira oferece oportunidade de fazer perguntas sobre qualquer coisa. Ao aproximar do paciente (família) a enfermeira deve começar a analisar o paciente (família) dentro do contexto do ambiente em que se encontra.</p> <p>No discurso que é feito pelo profissional é analisado pelo paciente se ele está querendo só extrair informações do enfermo ou está interessado nele como ser humano. Se ele tem essa impressão ele vai reagir da mesma maneira com essa profissional. Deve-se frisar que o propósito principal da relação enfermeira-paciente não é recolher informação, mas sim para conhecê-lo.</p> <p>Faz-se necessário na aproximação entre os participantes dessa relação, que a equipe prestadora do cuidar tenha consciência dos obstáculos, que podem ser um limiar para estabelecer um relacionamento harmônico e um cuidar holístico.</p>

<p>3-Fase de identidade emergente.</p>	<p>Nessa fase uma característica principal é que as enfermeiras conheçam cada vez mais a si próprio como ao paciente, é importante o comprometimento do profissional de tal forma que permite ao enfermo (família) adquirir segurança e confiança, nessa fase que tanto o paciente como familiar percebe um ao outro como seres humanos singulares.</p> <p>A relação ocorre quando o familiar percebe que a enfermeira é um ser humano que está disponível para ajudar e também quando as pessoas que estão envolvidas nessa relação superem os papéis, o status, as fragilidades e a posição, comprometendo-se a uma interação acolhedora, sensível e que não tem medo de demonstrar sua qualidade humana.</p> <p>Para ocorrer uma interação entre pessoa-pessoa é importante dar atenção, perceber um ao outro como seres humanos singulares e únicos.</p> <p>Para que haja uma interação entre os sujeitos é preciso atitude de amor e de ser capaz de transcender a si mesmo, criando empatia e simpatia para os outros.</p> <p>A enfermeira deve ter a capacidade de estar aberta à experiência, pois é um dos requisitos prévios, para que ocorra aproximação e outro perceba o sentimento de preocupação. Dessa forma ambos podem experimentar calor humano, afeto, adquirir confiança e desenvolver seu potencial humano.</p> <p>Para que ocorra uma inter-relação é importante um diálogo significativo entre os sujeitos, onde cada um compreenda e experimente a sinceridade, união e o entendimento com o outro. Quando os seres humanos se relacionam, ambos não esquecem facilmente a experiência.</p> <p>A relação é uma experiência dividida por dois seres humanos, onde cada um pode ser afetado e afeta os pensamentos, sentimentos e comportamento um do outro, resultando uma experiência de aprendizagem para ambos participantes.</p> <p>Para a fase de identidade emergente um dos principais requisitos prévios para a relação é que cada pessoa desenvolva a capacidade de perceber a outra como ser humano único, onde é uma tarefa muito difícil de realizar, pois faz necessário superar a barreira da posição. A enfermeira que vê o enfermo como paciente e não como pessoa, os termos, paciente, enfermeira, relação enfermeira - paciente pode ser estereotipadas e por outro lado ser o obstáculo para desenvolvimento para a relação.</p> <p>A enfermeira ajuda ao paciente (família) a se dar conta que ele é um agente ativo da participação nas experiências da vida e ao mesmo tempo ele está tratando de perceber as mesmas.</p>
--	--

	<p>Nessa fase a enfermeira deve ajudar ao paciente (família) a encontrar um significado na enfermidade. Trata-se de outra tarefa importante e, se a enfermeira não é capaz de encontrar um significado (seja mental, físico ou espiritual) não poderá ajudar o paciente a encontrá-lo. Tanto o enfermeiro como o enfermo, tem que aceitar aquilo que não se pode mudar.</p> <p>A enfermeira é uma pessoa que profere falas e pode ferir sentimentos do outro sem perceber. Porém, pode solicitar desculpas se isso realmente aconteceu. E dessa forma revela-se como ser humano falível. Entretanto quando o profissional não reconhece seus erros, pode gerar conflitos que vão interferir na relação entre os sujeitos.</p> <p>A comunicação é peça fundamental para os relacionamentos humanos, por isso a enfermeira deve esforça-se para entender a atitude, sofrimento e a forma de enfrentá-lo, da pessoa que está cuidando, pois a mesma tem capacidade e habilidades científicas, experiências e vivências para estabelecer essa relação de ajuda para com o outro.</p> <p>O enfermo percebe que é uma oportunidade de comprometer-se em uma interação significativa com uma pessoa sensível, acolhedora, preocupada e preparada, que não tem medo de demonstrar sua qualidade humana.</p>
4- Conclusão	<p>O planejamento sistemático para um relacionamento interpessoal é necessário uma avaliação dos resultados terapêuticos no final dessa integração, pois quando a pessoa que necessitava de ajuda experimentou confiança, apoio, atenção para enfrentar, aceitar e encontrar significado na sua experiência no momento de crise ocorre desta forma a terapêutica da enfermagem.</p> <p>Preparação do paciente para conclusão.</p> <p>Depois da fase de identidade emergente, os seres humanos envolvidos estão prontos para seguir a última fase, ou seja, de conclusão da relação.</p> <p>Importante que a enfermeira deve comunica-se de forma clara sobre o término da relação com o paciente e deixar que ele coloque seus pensamentos sobre esse termino para realizar o processo de avaliação.</p> <p>Com a finalização da relação pode ser um aprendizado para os seres humanos envolvidos nesse processo</p>

Fonte: Travelbee (1979)

Vale ressaltar que apesar da autora não explicitar os mecanismos subjacentes às etapas ou fase da relação pessoa-pessoa, sua proposta merece

destaque dentro as teorias de enfermagem por dar prioridade ao fator humano presente nos processos de saúde-adoecimento-cuidado-cura.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Por se tratar de um estudo que tem à frente uma questão subjetiva a ser apreendida, que envolve no contexto da UTI o princípio da humanização no âmbito da interação equipe de enfermagem e familiar/acompanhante, optou-se, pela pesquisa de natureza observacional descritiva de abordagem metodológica qualitativa.

A pesquisa descritiva:

Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente, como de grupos e comunidade mais complexa (CERVO; BERVIAN, 2002).

Nesse sentido, favorece a compreensão dos fenômenos e processos sociais, em sua relação dinâmica entre o mundo real e sujeito, buscando descrever e interpretar o contexto em que ocorrem, não redutíveis a operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2010)

Essa concepção busca entender não o fenômeno em si, mas o seu significado e manifestação individual e coletiva no contexto em que se produz, pois é capaz de mostrar ambientes sociais pouco conhecidos de grupos restritos, sujeitos às novas abordagens (MINAYO, 2010; WEBER, 2009).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva de um Estabelecimento Público Hospitalar sediada na cidade de Santo Antônio de Jesus, que se encontra localizada no Recôncavo Sul Baiano, a 187 Km da capital do Estado.

A instituição hospitalar configura-se como de média e alta complexidade, conveniada com ao Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando 136 leitos, distribuídos nas enfermarias; pediatria, 33 leitos, clínica cirúrgica, 41 leitos; clínica médica, 36 leitos; psiquiatria, 6 leitos e UTI geral adulta, 20 leitos. Possui ainda,

centro cirúrgico, emergência, sala de recuperação pós-anestésica, farmácia, lavanderia e nutrição.

A estrutura administrativa organizacional é composta por quatro diretorias: geral, administrativa, médica e de enfermagem. Tem referência para ortopedia, cirurgia geral e emergência para todo o recôncavo.

O serviço de enfermagem da Instituição tem em sua estrutura uma diretora, uma assistente, duas supervisoras, uma coordenadora em cada área e enfermeiros de referência em cada unidade funcionando por 24 horas.

Na UTI geral adulta, onde a pesquisa foi realizada, o quadro da equipe de enfermagem é composto por cinquenta e quatro profissionais, sendo dezoito enfermeiras e trinta e seis técnicas de enfermagem, não existindo auxiliares de enfermagem na Unidade. É composta pela equipe multidisciplinar que são: quatorze fisioterapeutas, um cardiologista, uma assistente social, duas psicólogas, uma fonoaudiologista, quatro nutricionistas e as equipes de neurologia e ortopedia que dão assessoramento para os pacientes. São vinte leitos entre a Ala A Clínica cirúrgica e Ala B Clínica médica, apresenta estrutura física e estrutural com todo aparato tecnológico necessário, iluminação satisfatória, todos os leitos com identificação, a cor das paredes são claras e contém janelas para promover a humanização, técnicos específicos para realizar hemodiálise.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 60 indivíduos, sendo 14 enfermeiros, 26 técnicos de enfermagem e 20 familiares acompanhantes. Assim, das dezoito enfermeiras, quatro não fizeram parte, pois três encontravam-se em licença maternidade e uma não aceitou participar do estudo. Em relação aos técnicos, dez não fizeram parte por terem menos de seis meses atuando na Instituição.

Optou-se para fazer parte do estudo somente os profissionais da equipe de enfermagem que se enquadrassem dentro dos seguintes critérios de inclusão: ter vínculo empregatício com a instituição igual ou maior que seis meses, por considerar o tempo vivido nesse ambiente e o seu interagir com as situações próprias do setor; aceitar participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ser enfermeiro ou técnico intensivista e estar na UTI no dia da coleta. Quanto ao familiar/acompanhante decidiu-se como critério de inclusão: estar

acompanhando o paciente a mais de 24 horas de internação na UTI adulta geral; ter idade igual ou superior a dezoito anos; ser a pessoa mais próxima do parente hospitalizado; ter condições emocionais para responder aos questionamentos e aceitar participar do estudo, assinando o TCLE.

Em relação aos critérios de exclusão, para os membros da equipe de enfermagem: estarem afastados das atividades por motivos de licença, férias, médica, prêmio, etc.; não aceitarem assinar o TCLE e possuírem tempo de serviço na UTI adulta geral inferior a seis meses. Em relação ao familiar/acompanhante, foram critério de exclusão não ter o número de visitas ou horas na UTI estabelecida no estudo; não ter consanguinidade e não aceitar assinar o TCLE.

Optou-se ainda, para representar os participantes da pesquisa no corpo do texto o uso de um código que facilitasse o anonimato dos componentes da investigação, sendo atribuído as seguintes legendas ENF 1, ENF 2...(Enfermeiros), TEC. 1, TEC. 2...(Técnicos) e FA 1, FA 2... (Familiar acompanhante), que foram seqüenciadas de acordo com a ordem das datas das entrevistas realizadas.

4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Na pesquisa qualitativa pode se utilizar de uma diversidade de técnicas e instrumentos para a coleta dos dados empíricos, com o objetivo de assegurar a apreensão de informações que venham complementar-se, garantindo, desse modo, uma melhor visibilidade e compreensão do fenômeno investigado (MINAYO, 2010).

Nesse sentido, sob orientação dos autores como Marcone (2002), Haguette (2003), Neves (1996) a coleta dos dados empíricos, foi realizada, inicialmente, por meio da técnica da observação direta que permitiu identificar momentos oportunos de registros dos acontecimentos e situações em tempo real que estavam relacionadas à práxis humanizada a partir da interação equipe de enfermagem e familiar/acompanhante, retratando o contexto do fenômeno trabalhado na investigação.

Assim, as observações na UTI, tiveram uma duração de um mês, sendo iniciada em julho de 2013 e finalizada em agosto do mesmo ano, acontecendo após autorização da coordenação e supervisão de Enfermagem da UTI, nos turnos matutinos e vespertinos, de forma alternada. As observações eram registradas em um diário de campo, em que era considerado tanto a estrutura física e

funcionamento quanto, como se processavam as relações entre os familiares acompanhantes e a equipe de enfermagem. Também, buscou-se ainda fazer anotações referentes a fatores intervenientes que interferiam ou poderiam interferir na relação interacional.

Realizou-se em seguida uma entrevista semi-estruturada com todos os participantes do estudo. Optou-se por essa técnica por ser a mais sensível, dentre as utilizadas para coleta de dados qualitativos em relação aos valores, sentimentos e desejos. Dessa forma, para a realização da entrevista foi elaborado um roteiro semi-estruturado (Apêndice A) contendo dez questões iniciais, porém, na execução das entrevistas foram acrescentadas mais cinco devido a necessidade de maiores informações. O roteiro foi composto por duas etapas: Parte 1 - perfil da equipe de enfermagem e familiar/acompanhante (estado civil, religião, renda, escolaridade, profissão, idade, tempo de serviço, nº de filhos) e a Parte 2 - questões contemplando as fases da teoria interacionista de Joyce Travelbee (pré-internação, fase inicial (primeiro encontro), fase de identidade emergente, fase de conclusão).

A abordagem a equipe de enfermagem e ao familiar/acompanhante para a realização da entrevista em campo foi feita pela própria pesquisadora, que se identificou e efetuou os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa, solicitando sua participação.

Assim, em momento previamente acordado, foi apresentado e discutido o TCLE com os participantes do estudo de forma individual e, após esclarecimentos e aquiescência de cada participante, deu-se o início da entrevista.

Todas as falas foram registradas por meio de um gravador digital visando preservar a integralidade dos discursos, sendo transcritas posteriormente na íntegra.

O tempo de duração média de cada entrevista foi de 30 minutos. Por entender que as entrevistas devem ser realizadas em um lugar propício, foi solicitado do Estabelecimento de Saúde um espaço para as entrevistas, de forma que o entrevistado se sentisse à vontade, sem interferência e constrangimento.

4.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

Minayo (2010) afirma que a análise das informações obtidas na observação em entrevista, devem ser tratada a partir da análise de conteúdo, que compreende três momentos: pré-análise, exploração do conteúdo e interpretação dos resultados.

A intenção da análise dos dados é explorar o conteúdo a ser investigado. Dessa forma, a análise dos dados foi fundamentada na análise de conteúdo obedecendo à técnica preconizada por Minayo (2010).

Inicialmente, foram consideradas todas as informações angariadas por meio da observação direta, entrevista semi-estruturada e observações complementares que ocorreram simultaneamente à entrevista. Para realizar a análise de conteúdo foi preciso reunir em um quadro, que constituiu em um corpus de análise acerca da interrelação entre equipe de enfermagem e familiar/ acompanhante, tendo como referencial a teoria de Joyce Travelbee (1979).

Haguette (2003, p. 34) salienta que:

É fase que o pesquisador extrapola o âmbito dos resultados empíricos e se debruça sobre o referencial teórico ou sobre concepções que transcendem o âmbito de um estudo, atentando para o fato de que se o referencial teórico for falso ou não comprovado, suas interpretações também o serão.

Para a realização da análise, foi necessário, inicialmente, organizar as falas as quais forneceram estruturas para a extração de núcleos de sentido retirados do material empírico. Coerente com a teoria de Relações interpessoais de Joyce Travelbee, identificou-se quatro fases da interação entre enfermeira (o) e familiar/acompanhante: pré-internação, fase inicial (primeiro encontro), Fase de identidade emergente, fase de conclusão.

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu retornar ao marco teórico, fazendo com que existisse uma vigilância crítica sobre os depoimentos, buscando ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação.

Assim, aplicando-se a análise de conteúdo temática, conforme preconizada por Minayo (2010), inicialmente foi feita a pré-análise, realizando-se uma leitura prévia de todo material da entrevista, sendo organizado em forma de texto e analisado de forma isolada com vista a um plano de análise.

Posteriormente, ocorreu a exploração do material, fazendo-se associações e obtenção da visão da concepção predominante entre os participantes, buscando-se reunir os dados imediatos em representações objetivas, dimensões, categorias e subcategorias, para depois caracterizá-los a partir do processo analítico de interpretação, compreensão, classificação e descrição, fazendo-se recortes dos

discursos em unidades de contexto, através da identificação dos núcleos de sentido contidos nos depoimentos dos entrevistados, como apresentados a seguir:

Quadro 2 Categorias e subcategorias geradas a partir dos núcleos de sentido extraídos dos depoimentos dos entrevistados.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Comunicação	Vínculo Empatia Sentimento
Condicionantes	Conhecimento tecnoassistencial Envolvimento emocional Condições de trabalho Conhecimento científico

Os dados foram interpretados e discutidos à luz dos estudos empíricos acerca do objeto.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa contemplou, no contexto de saúde, a participação de seres humanos, através de suas ações e atitudes, o que requer refletir acerca da conduta do pesquisador e do tratamento dado as informações levantadas. Considera-se que o tema investigado é inerente ao paradigma relacional, e a ética investigativa, perpassa o estudo desde as etapas de formulação do projeto.

Do ponto de vista da produção dos dados e da investigação no campo da pesquisa, respaldou-se em um conjunto de procedimentos que visaram conferir sigilo e cordialidade no trato com os participantes. Inicialmente, solicitou-se autorização do Estabelecimento de Saúde para a realização da pesquisa por meio de um ofício (Apêndice B). Após autorização (Anexo A) foi feito o envio do projeto de pesquisa, por meio de um protocolo, para um Comitê de Ética da Faculdade Maria Milza para apreciação e aprovação. Posterior a essa fase e após parecer favorável nº 072/2013 (Anexo B), ocorreu à execução do trabalho de campo sendo apresentado no primeiro contato com os participantes, um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho

Nacional de Saúde (CNS), em cumprimento as normas pré-estabelecidas, as quais regem os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, que descreve os preceitos éticos e morais de pesquisas garantindo os direitos dos participantes.

A fim de garantir o sigilo dos entrevistados, estes receberam um código de identificação mencionado no item 3.3. É importante ressaltar, a importância do sigilo e o anonimato dos sujeitos envolvidos na investigação.

5 UNIDADE INTENSIVISTA COMO CONTEXTO DE ENCONTRO DE SUBJETIVIDADES

Para melhor sistematizar e apresentar os resultados e discussão dos dados optou-se em fazê-lo, inicialmente, descrevendo os atores da interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem para, em seguida, discorrer sobre as categorias de análise que emergiram do estudo.

5.1 DESCREVENDO OS ATORES DA INTERAÇÃO

Ao buscar descrever os participantes do estudo verificou-se que dos 20 familiares entrevistados todos foram do sexo feminino; já entre os Enfermeiros dos 14 entrevistados, 13 foram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino, entre os Técnicos de enfermagem dos 26 entrevistados, 24 foram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Com relação à faixa etária, pode ser constatado através da tabela 01 que a idade dos familiares variou de vinte e um a mais de quarenta e um anos, prevalecendo aqueles com idade de 41 anos a mais (14). Já os enfermeiros apresentaram idade variando entre 21 anos e 40 anos, sendo que oito apresentaram idade entre 21 e 30 anos e seis entre 31 e 40 anos. As idades dos Técnicos de enfermagem coincidem com a dos familiares, entre 21 e mais de 41 anos, prevalecendo aqueles com idade entre 21-30 anos (17), seguidos por seis com idade variando de 21-30 anos.

Ao verificar o estado civil dos familiares, a maioria é casada (10), seguidas por seis solteiras. As (os) enfermeiras (os), em sua maioria são solteiras (os), provavelmente essa prevalência se dá devido a maioria estar numa faixa etária menor que os demais entrevistados. Entre os técnicos de enfermagem também prevaleceu a maioria de solteiras (15) e sete casados.

Com relação à escolaridade nove familiares apresentam o ensino médio completo e apenas um tem ensino superior incompleto. Dos enfermeiros entrevistados, nove já possuem o curso de pós-graduação na área, o que facilita e qualifica ainda mais o atendimento. Já entre os técnicos quatro possuem o ensino superior incompleto.

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.

Características	Familiares	Enfermeiros	Téc. De Enfermagem
	Freq.	Freq.	Freq.
Faixa Etária			
16 - 20 anos	-	-	-
21 - 30 anos	03	08	06
31 - 40 anos	03	06	17
41 anos a mais	14	-	03
Estado civil			
Solteiro	06	10	15
Casado	10	03	07
Divorciado	02	01	03
Viúva	02	-	01
Escolaridade			
1º grau completo	02	-	-
1º grau incompleto	07	-	-
2º grau completo	09	-	22
2º grau incompleto	01	-	-
3º grau incompleto	01	-	4
Pós-graduação	-	09	-
Pós-graduação incompleto	-	03	-
Não tem pós-graduação	-	02	-
Religião			
Católica	07	09	20
Evangélica	12	03	04
Candomblé	-	-	01
Espirita	-	01	-
Sem Religião	01	01	01
Profissão			
Aposentada	01	-	-
Comércio	01	-	-
Cozinheira	01	-	-
Doméstica	05	-	-
Empresária	01	-	-
Enfermeiro	-	14	-
Estudante	01	-	-
Faxineira	01	-	-
Lavrador	01	-	-
Professora	04	-	-
Secretária	03	-	-
Técnica Agrícola	01	-	-
Técnico de Enfermagem	-	-	26
Renda			
Um salário até 3 e ½ salários	11	06	25
4 salário até 7 salário	-	08	01

Desempregado	05	-	-
Não resposta	04	-	-
Tempo de serviço			
1 - 2 anos	-	08	11
3 - 5 anos	-	03	08
6 - 15 anos	-	03	04
16 - 23 anos	-	-	03

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2013.

A maioria dos familiares são evangélicos (12), seguidos por sete católicos e apenas um afirmou não ter nenhuma religião. Já os Enfermeiros e Técnicos de enfermagem na maioria, são católicos nove e (20) respectivamente. A religião é muito importante principalmente nessas horas quando se tem algum familiar enfermo e até para os profissionais que acabam buscando na religião uma explicação e um acalento para o sofrimento.

A profissão dos familiares variou bastante, prevalecendo as seguintes: empregada doméstica cinco, professora quatro, secretária três e as demais foram representadas por apenas uma pessoa.

A renda dos familiares variou bastante sendo que a maioria (11) apresentou uma renda de um até três salários mínimos e meio. Cinco participantes disseram estar desempregado e outros cinco atuam como empregadas domésticas, ou seja, não exercem nenhuma atividade remunerada, apenas cuidam da casa e da família. Porém, quatro pessoas não responderam a este questionamento. Com relação aos Enfermeiros a maioria (oito), disseram receber entre quatro e sete salários e seis afirmaram receber de um a três salários mínimos e meio. Já os Técnicos (25) afirmaram que recebem de um a três salários mínimos e meio. Apenas um afirmou receber de quatro a sete salários mínimos.

Dos familiares entrevistados, nenhum deles respondeu qual o tempo de serviço. Com relação aos Enfermeiros, houve uma variação de um a 15 anos, prevalecendo aqueles com 1 - 2 anos de serviço (oito), o mesmo aconteceu com os Técnicos de enfermagem. Onze deles afirmaram ter de um a dois anos na empresa, seguidos por oito que afirmaram ter de três a cinco anos, e três já tem mais de dezesseis anos de serviço (Tabela 1).

5.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

A humanização na inter-relação familiar/acompanhante e membros da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva, como enfoque central desta pesquisa, não foi vista de forma isolada, mas como parte da conjuntura do sistema de saúde atual, com suas implicações e desdobramentos.

Assim, buscou-se desenvolver o estudo a partir das categorias de análise: 1. Comunicação entre Familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no processo de humanização; 2. Condicionantes da interação humanizada no contexto da UTI, tendo como direcionamento a análise interpretativa sugerida por Travelbee (1979) e Minayo (2010).

5.2.1 Comunicação entre Familiar acompanhante e equipe de enfermagem no processo de humanização

A comunicação, no primeiro contato, em ambiente hospitalar, é uma condição no processo de humanização, sendo essencial para o desenvolvimento da confiança e segurança, favorecendo a proximidade e reduzindo a ansiedade e a angústia, por meio de um processo contínuo de relacionamento desde o primeiro encontro. Nos relatos abaixo, há exemplo típico de como essa comunicação se processa no âmbito da UTI:

Eles (equipe de enfermagem) se identificaram e agiram com educação (FA. 1).

Identifico-me, falo que sou enfermeira, digo o meu nome, falo da rotina da UTI e pergunto algumas informações sobre o paciente (ENF. 6);

Meu contato é com o paciente e quando o familiar vem perguntar alguma coisa (TEC. 3).

Verifica-se, nas falas acima (ENF. 6 e TEC. 3), que apesar da aproximação no primeiro encontro, as mesmas estão mais direcionadas para coleta de informações sobre o paciente. E nesse contexto que inicia o processo de interação, que mesmo de forma superficial, já se dá desde o início o estabelecimento de uma relação. Ficou notório ainda, na fala do FA 1, que reforça o que o ENF 6 diz, que não se percebe, inicialmente, uma valorização do cuidar ao familiar acompanhante nesse

primeiro contato, o que foi confirmado através nas observações, tendo-se assim, a necessidade de uma comunicação não verbal mais significativa, como por exemplo, um aperto de mão, um sorriso ou outro elemento não verbal de grande impacto no primeiro encontro, no sentido de favorecer a comunicação, confiança, vínculo, respeito mútuo, além do reconhecimento do papel do outro e de sua colaboração.

Nascimento e Lorenzino (2008) enfatizam que o profissional deve desenvolver a capacidade de aproximar-se através de gestos que manifestem a expressão do afeto, simpatia, atenção e respeito por tudo que rodeia a subjetividade do outro. Por isso, faz-se necessário desenvolver o foco da atenção no cuidado, que deve ter início desde o primeiro momento de uma relação. Travelbee (1979) afirma que na medida em que o indivíduo experimenta a aproximação com o outro será capaz de desenvolver seu potencial humano.

Cruz, Ângelo e Gamboa (2012) sustentam que a enfermagem deve intervir desde o primeiro encontro com o familiar, estabelecendo temas importantes para o processo interação como dúvidas, temores, inseguranças e tomada de decisão, no qual o familiar deve ser incluído para estabelecer junto com a equipe um cuidar para o paciente.

Mormente, durante o processo de observação em campo, ficou claro também que os profissionais de enfermagem aproximavam-se do familiar mais como uma obrigação e não com o sentimento afetivo que requer o cuidar, como pode ser verificado, anteriormente, no relato do TEC.3 que afirma estabelecer o contato com o familiar quando solicitado. Contudo, o ambiente da UTI deve ser enfrentado, tendo como suporte uma equipe de enfermagem que conceba o familiar como ser humano que possui uma vulnerabilidade momentânea, podendo ser experienciado como um processo de interação baseado na confiança e na reciprocidade.

Assim, assistir o familiar/acompanhante é peça fundamental integrante e indissociável para o aperfeiçoamento assistencial técnico e humanístico da equipe, fazendo-se presente à escuta desses, como rotina contínua para a melhoria da assistência que passa a ser melhor e retroalimentada.

Nesse sentido, Travelbee (1979, p. 23) esclarece que “ter acessibilidade ao paciente e seu familiar, [...], deve ser uma meta constante do enfermeiro desde o primeiro contato”, pois no primeiro encontro com a família, recomenda-se que a enfermeira apresente-se e comunique os aspectos gerais da organização do seu trabalho, oferecendo oportunidade para a pessoa perguntar o que desejar

(TRAVELBEE, 1979). É nesse contexto, que surgem elementos que favorecem ao desenvolvimento de vínculo, empatia e simpatia durante o processo de interação pessoa-pessoa que serão tratados nas subcategorias a seguir: vínculo, empatia, sofrimento.

5.2.1.1 Vínculo

A comunicação bem feita cria laços. (FAM)

A rotina do familiar/acompanhante na UTI como participante dos cuidados prestados, deve refletir a cada dia um maior grau de envolvimento que poderá possibilitar no favorecimento de formação do vínculo entre esses e os membros da equipe de enfermagem. Assim, é indispensável que a postura de escuta, desvelo, envolvimento e responsabilização se faça presente nesse espaço, que mesmo com toda sua complexidade, requer ações humanas capazes de estabelecer um cuidar humanizado.

Nesse ínterim, o interesse pelo outro faz com que seja possível proporcionar a consolidação do vínculo por meio da confiança, como retratam os depoimentos:

Temos confiança na equipe, então estamos mais calmos e confiantes e o nosso medo já passou (FA 19);

A equipe foi simpática, me acolheu e com isso tenho confiança (FA 14);

Eu chorei muito quando minha irmã deu outro infarto na UTI, então fui amparada pela equipe de enfermagem, elas falaram para que eu acreditasse e tivesse confiança (FA 2).

Percebe-se nas falas dos familiares que a postura de alguns profissionais de enfermagem demonstra sensibilidade e solidariedade, possibilitando o estabelecimento de um sentimento de confiança, criando um clima favorável para relação. Verifica-se, ainda, que a equipe de enfermagem quando cuida do ser humano com solidariedade, afeto e amor, permeados pela comunicação adequada, cria-se vínculo de mutualidade, estabelecendo encontros que podem servir como terapêutica nosocomial para os sujeitos envolvidos na inter-relação.

Assim, para realizar o cuidar, é necessário atitudes que favoreçam ao vínculo. Por isso é importante que os usuários sintam-se como verdadeiros sujeitos, e não

como objetos de intervenção nos serviços de saúde. Ayres (2010) resalta a importância do envolvimento dos sujeitos com os processos do cuidar, pois as equipes cuidadoras devem realizar uma assistência diferenciada e também ter consciência que é indispensável rever a ideia do outro nessa relação.

Nos relatos seguintes, fica evidenciado, o fortalecimento do vínculo através do apoio da equipe de enfermagem ao familiar.

Explicam tudo que fazem com o paciente, então a gente se sente apoiado (FAM. 8);

Pergunto ao familiar se eles estão com dúvidas, falo do diagnóstico de enfermagem, o tubo é um terror [...] tento explicar porque desse procedimento (ENF 9);

Na hora da visita a rotina continua, então temos que acolher esse familiar explicar os procedimentos que estamos realizando (TEC 24).

Os depoimentos revelam que as dificuldades relacionais são dirimidas, aos poucos, com o apoio da equipe ao familiar a partir dos esclarecimentos que prestam a esses sobre os procedimentos realizados com o paciente, ficando expresso, de maneira incisiva, a postura da equipe cuidadora na capacidade de interagir com o familiar, beneficiando o processo de um cuidar humano. Em estudo de Silva e Santos (2010) fica evidenciado que a interação dos familiares com a equipe de enfermagem através do acolhimento e das informações recebidas, através de uma comunicação adequada, fez com que a insegurança fosse transformada em segurança e surgisse uma sensação de proteção e apoio, unidades basilares para o fortalecimento do vínculo. Dentro dessa perspectiva, muitos visualizam a equipe de forma distinta, como exposto abaixo:

Tem equipes que são especiais (FA 13);

Assim, deve-se considerar que o sujeito que ajuda torna-se especial para o outro, quando este o trata com solidariedade, acolhimento, atenção e respeito, contribuindo dessa forma, para que o ser cuidado e seu cuidador enfrentem os desafios de uma internação com menores fragilidades, possibilitando o estabelecimento de uma relação de afinidade e harmonia. De acordo com Silva (2002) pode-se afirmar que fazer alguém sentir-se especial depende da

disponibilidade e intenção, pois ajudar alguém no momento difícil é tornar-se para este uma lembrança inesquecível.

Corroborando com o pensamento acima, Travelbee (1979) salienta que a enfermeira tem capacidade e experiências de vida para assumir a responsabilidade da relação com os sujeitos que necessitam do cuidar. Dessa forma, estabelece uma relação de vínculo que perpetua a solicitude e inicia uma relação interpessoal entre os seres humanos envolvidos nesse processo.

É oportuno perceber que nem sempre há, por parte da equipe de enfermagem, por diferentes motivos e situações, tolerância e atenção requeridas pelo familiar acompanhante, como exposto a seguir.

Tem dias que choro e ninguém se aproxima. (FA. 2).

Como se vê, existe a necessidade de uma relação mais próxima, ou seja, recíproca em prol de um objeto comum, a recuperação da saúde do paciente. Para isso é inevitável que a família seja visualizada como parte também do cuidar. Nesses termos, a parceria e os momentos de diálogos são fundamentais para o estabelecimento de uma inter-relação. Através das observações realizadas pude perceber que alguns familiares choraram no leito do paciente muito discretamente, e não foram detectados pela equipe de enfermagem. Em um determinado leito, uma profissional administrou a medicação no paciente, mas infelizmente não percebeu a presença do familiar chorando. Vale ressaltar que, nesse dia alguns profissionais da enfermagem faltaram ao trabalho e a equipe estava sobrecarregada.

Analisando os discursos ou diálogos entre os profissionais de enfermagem, observou-se que alguns não realizam uma comunicação adequada e também não tem compromisso com os familiares, o que pode desencadear atitudes descomprometidas e insensíveis, que acabam inviabilizando o cuidado humanizado.

Nesse sentido, o vínculo permeado pelo cuidado transcende o mundo material e adentra no mundo subjetivo. Nesse sentido o cuidado implica compartilhar, ter atitudes, confiança, comunicação, visão do outro como único, percepção de sua existência, respeito e momentos de encontros. Dessa forma, criam-se possibilidades de uma assistência integral (NASCIMENTO; ERDMANN, 2009).

Em outros momentos de observações realizadas no cenário da UTI foi também verificado que alguns componentes da equipe de enfermagem não apresentavam preocupações com a assistência ao familiar quando este adentrava a UTI. Este fato era evidenciado pelo comportamento deste quando permaneciam concentrados nas suas atividades diárias, proporcionando um distanciamento pessoa-pessoa, intervindo na capacidade de interagir que é próprio do ser humano. Outra importante peculiaridade foi registrada no diário de campo, em que um familiar estava com medo de tocar em seu pai, entretanto uma técnica de enfermagem, percebendo sua angústia, deu apoio e explicou que poderia tocá-lo e chamá-lo pelo nome. Para a surpresa dos profissionais e dos familiares, o paciente abriu os olhos, sendo um momento de emoção para o filho e toda a equipe. Isso demonstra a importância do acolhimento por parte da equipe de enfermagem, principalmente, do enfermeiro que, muitas vezes, direciona-se para suas atribuições tecnicistas deixando a humanização de fazer parte do processo do cuidar.

Outro fator que deve ser evidenciado é o toque, que pouco foi notado na relação dos participantes do estudo durante as observações das coletas empíricas. É sabido que os sujeitos envolvidos no ambiente de uma UTI estão submetidos a diferentes e múltiplos fatores estressantes que podem ser minimizados por meio de atitudes humanísticas como o tocar, o ouvir e o sentir, fazendo com que o outro se sinta mais confortável na promoção da inter-relação, possibilitando, dessa maneira, o fortalecimento do vínculo entre o cuidador e o ser cuidado.

Fica visível assim, que nesse estabelecimento de relação permeado pela confiança, também deve ser levado em consideração o respeito ao outro no desenvolvimento de um vínculo firme e forte para a construção de um espaço de convivência e interação harmoniosa. Nesse sentido, buscou-se ainda identificar nas falas dos participantes esse aspecto como demonstrado a seguir:

Se a gente vem mantendo um bom atendimento com o paciente e o familiar, já temos uma confiabilidade e respeito, quando chega esse momento, temos que acolher com palavras equilibradas, não podemos mentir sobre o quadro do paciente [...] (ENF 1).

No discurso da enfermeira, fica claro a existência de relação, de confiança e respeito ao familiar, fazendo-se presente, principalmente em situações de risco eminente e inexorável, o apoio emocional, além do agir eticamente sem mentir para

a família o prognóstico do paciente, estabelece um elo de confiança. Assim, compreender e reconhecer a singularidade do outro é um processo recíproco em que tanto a enfermeira como a outra pessoa que está sendo ajudada, percebe-se e interage um com o outro diante de problemas inevitáveis (TRAVELBEE, 1979).

O acolhimento é uma postura ética que os profissionais da área de saúde devem ter no espaço de trabalho. Mas para isso ocorrer, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, pois quem acolhe toma para si a responsabilidade de abrigar, agasalhar o outro e proporcionar resolutividade dos problemas que possam surgir (BRASIL, 2007).

No estudo de Rudell *et al.* (2009), fica demonstrado que a construção de vínculos entre os profissionais de enfermagem e os familiares pode atenuar as percepções negativas do ambiente da UTI, bem como auxiliar os familiares no enfrentamento do medo e da angústia. Dessa forma, a comunicação pode ser um instrumento fundamental na inter-relação entre profissionais de enfermagem, pacientes e familiares, possibilitando uma vivência harmônica, através da formação de vínculo, para todos os envolvidos.

Assim, percebe-se que a comunicação é um dos fios condutores para a concretização dos relacionamentos interpessoais. É por meio dela que os seres humanos expressam seus pensamentos e comportamentos, destacando a comunicação verbal e não verbal. Enfim, é através dela que as pessoas podem ter uma experiência significativa com o outro ou um efeito contrário, dificultando, dessa forma, a integração.

Travelbee (1979) salienta ainda, que, para existir uma relação entre os sujeitos a enfermeira é a maior responsável por isso. Então, se faz necessário que a equipe cuidadora realize uma avaliação da assistência que é oferecida ao familiar/acompanhante, pois dessa forma pode traçar novos planejamentos e estratégias para esse cuidar.

Percebeu-se ainda, que muitas vezes tanto os membros da equipe quanto o familiar em determinados momentos esquecem-se do respeito humano, aspecto que se faz presente na humanização como descrito:

Há falta de informação, a gente precisa saber o que está acontecendo, estamos passando por momentos difíceis (FA.1);

[...] Responder as perguntas é importante, mas tem colegas que falam espera ai e nunca volta para dar a resposta ao familiar (TEC 20);

Lembro que a técnica de enfermagem solicitou com educação que a acompanhante saísse, porém a mesma foi muito grossa com a profissional (ENF 5).

No depoimento do familiar, percebeu-se que a falta de informações do quadro clínico do paciente é gerador de sentimentos de angústia, medo e, às vezes, até de desespero, pois o familiar está passando por um momento muito delicado, implicando a sensação de que a equipe não é acolhedora. Foi observado que outros membros da equipe de enfermagem não falam do diagnóstico médico, mas oferecem calor humano, passam informações sobre o paciente e explicam sobre o horário do boletim médico, criando estratégias humanizadas para que ocorra uma maior integração.

Assim, no contexto da UTI, onde se encontram e interagem muitos profissionais, surgem diversas dificuldades, que interfere no estabelecimento de vínculo ficando clara a fragmentação do cuidar em diversos momentos, devido, à falta de uma maior articulação pessoa-pessoa e do distanciamento da essência da Enfermagem, que é prestar um cuidado holístico, humanizado e de qualidade às pessoas que estão inseridas em um ambiente de características ainda frias e robóticas, que é a UTI.

5.2.2.2 Empatia

Ser empático é ver o mundo com os olhos do outro e não ver o nosso mundo refletido nos olhos dele.

Carl Rogers

O relacionamento interpessoal tem como objetivo a interação estabelecida entre dois ou mais sujeitos, permeada por encontros, emoções habilidades interpessoais e intrapessoais que são os maiores esteios para a formação da empatia, podendo influenciar favoravelmente no cuidado humanizado.

A relação é uma experiência, dividida por dois seres humanos em que cada um pode ser afetado e afetar os pensamentos, sentimentos e comportamentos de

ambos, resultando numa experiência de aprendizagem para todos os participantes (TRAVELBEE, 1979).

A interação entre equipe de enfermagem e familiar/acompanhante tem na empatia um dos alicerces para o desenvolvimento e melhor articulação para uma inter-relação humanística, fazendo com que os sujeitos permitam-se colocar no lugar do outro.

Os fragmentos das falas a seguir, demonstram como os profissionais da enfermagem, colocam-se no lugar do outro para realizar um cuidar solidário na UTI:

[...] O que não quero para mim não quero para o outro, por isso procuro acolher o familiar nesse momento (ENF 12);

[...] Teve um caso que me marcou. Uma paciente adolescente sofreu um acidente e a mãe sofria muito em ver a filha dela naquela situação, eu ficava muito comovida, porque tenho filho e me colocava no lugar dela (TEC 6);

Humanização depende de cada um se colocar no lugar do outro (TEC 11);

Os depoimentos da equipe de enfermagem revelam que alguns profissionais colocam-se no lugar do outro, para sentir a dor, compartilhar do sofrimento, pois dessa forma, podem realizar um cuidar humano. Percebe-se assim, que o profissional ao se comover com o sentimento do outro acaba estabelecendo um vínculo afetivo e solidário com a família, porque a capacidade de ser solidário está intrinsecamente associada à empatia. Dessa forma, Silva (2008) indica que colocar-se no lugar da família, que pode progressivamente perder seu ente querido, é prioritário no processo do cuidar, devendo o enfermeiro desenvolver habilidades de ver e ser solidário com o familiar.

Verifica-se que a empatia pela equipe de enfermagem vai se manifestando através de atitudes alicerçadas no carinho, delicadeza, amor e atenção, atreladas as características simpáticas desse profissional, possibilitando ao ser cuidado, sentir-se acolhido no cenário hospitalar, realizando assim, um cuidar na sua totalidade. Travelbee (1979) salienta que a capacidade de transcender é basicamente ser capaz de ir além de si mesmo, para chegar às outras pessoas cuidando sem interesse, apenas por ter atitudes humanas de simpatia e empatia pelo outro.

Em geral, as enfermeiras e os técnicos de enfermagem demonstraram que a relação interpessoal com o paciente deve ser permeada por atitudes como se colocar no lugar do outro, por isso devem estar disponíveis para ouvir, conversar,

serem solícitas e atenciosas, devendo estabelecer um contato direto com o ser humano que precisa da sua ajuda (ROCHA; FARIA, 2013).

Assim, a equipe de enfermagem carece proporcionar atitudes de apoio e solidariedade, através da simpatia e da empatia, pois só dessa forma poderá ocorrer o processo de integração entre o cuidador e o ser cuidado. Vale ressaltar que o cuidar tecnicista é necessário na UTI, porém esse não pode invalidar o cuidado integral e o compromisso emocional do profissional com o paciente e a sua família, convém um repensar sobre as atitudes da equipe de enfermagem com os familiares acompanhantes, visto que esta é o apoio e segurança para o familiar. Mas, muitas vezes, a empatia não se faz explícita no cenário da UTI como os discursos a seguir demonstram:

Estou preocupada com a mãe dessa paciente de 19 anos, que está em coma, acho que ela tem confiança na equipe, mas chega calada e sai calada, também não me sinto à vontade para falar com ela (TEC 7);

Minha filha tem 19 anos, está em estado grave, estar em coma, mas não sinto calor humano dos enfermeiros comigo (FA 11).

No depoimento da TEC 7, confirmou-se a preocupação com o familiar. Porém, a técnica afirma que não consegue aproximar-se e envolver-se emocionalmente com a mesma, o que acaba interferindo na relação interpessoal. No discurso de FA 11, observa-se que a mesma relata que a equipe de enfermagem não tem calor humano. Na observação realizada na UTI, foi verificado que o FA 11, no horário de visita, ficava lendo uma bíblia, orava bastante na sala de espera e quando entrava na UTI, continuava a oração no leito da sua filha. O familiar não demonstrava expressões de tristeza, porém ficava muito isolada e em silêncio. Entretanto, não foi detectado aproximação por nenhum dos membros da equipe de enfermagem. Vale ressaltar que a enfermagem tem um compromisso com o cuidar humanizado, por isso a comunicação e o comprometimento é extremamente importante, no processo de construção de vínculo entre os sujeitos, pois provavelmente devido a essa postura do profissional, o familiar relatou que a equipe não tem calor humano.

As pessoas, que cuidam dos sujeitos, que necessitam de ajuda precisam expressar fortemente a empatia, pois é uma forma de colocar-se no lugar do outro e, dessa maneira, compreender o momento de adversidade pelo qual o indivíduo está passando. No entanto, é através do vínculo que se estabelece uma relação pautada

na solidariedade. Portanto, cabe a cada profissional buscar ações de compromisso emocional para tentar minimizar as necessidades básicas afeitas ao ser cuidado nesses momentos de vulnerabilidade emocional que o ser humano está vivenciando na UTI.

5.2.2.3 Sentimento

Os sofrimentos humanos têm facetas múltiplas: nunca se encontra outra dor do mesmo tom.

Esquilo

O cuidar é envolto de sentimentos pelo outro permeado por ações humanísticas, envolvendo responsabilidade, proteção, preocupação, amor e prevenção. Trata-se de um ato de compreensão e apreensão dirigidos a outros como responsabilidade, proteção preocupação, amor e prevenção (CARVALHO et al., 2012).

Assim, no processo do cuidar, o sentimento evolui de acordo com atitudes, comportamentos e valores dos sujeitos envolvidos no processo, tendo, todavia, a comunicação verbal e/ou não verbal mediadora desse contexto. Diante dos discursos, fica explícita essa situação:

Comunicação bem feita cria laços (ENF 7).

Analisando o discurso, observa-se que é importante conhecer os significados atribuídos ao outro nas vivências interacionais, identificando suas fragilidades, percepções e frustrações, contribuindo para que exista uma relação de ajuda mútua, fazendo com que o momento experienciado pelo familiar seja vivido de forma menos traumática. É importante ressaltar que a falta de compromisso com o outro, não se preocupando com os sentimentos que afloram ou são aflorados a partir do comportamento de descaso, podem desencadear atitudes descomprometidas e insensíveis que inviabilizam o cuidado humanizado e assim, a própria relação interpessoal. Sabe-se que a internação hospitalar provoca inúmeras mudanças na vida do doente e da sua família. Portanto, a comunicação é um elemento relevante que pode ajudar a minimizar os temores da hospitalização dirimindo diversos sentimentos que surgem ao longo do processo.

Na fala do ENF 7, fica nítido que, por meio de uma comunicação bem feita, podem-se criar sentimentos que também fortalecem o vínculo e a empatia. Rudell et al. (2009) mostram que a construção de relações harmoniosas entre os profissionais de enfermagem e os familiares favorece a minimização dos fatores estressantes existentes no cenário da UTI, auxiliando os familiares no enfrentamento de situações adversas. Dessa forma, a relação entre os sujeitos envolvidos nesse espaço de alta complexidade age como ferramenta fundamental na inter-relação entre profissionais de enfermagem, pacientes e familiares, possibilitando uma vivência harmônica para todos os envolvidos, que dependerá a forma e tipo de como se processa a comunicação.

No intuito de compreender a dinâmica da relação entre os participantes, no processo da humanização, se buscou elucidar algumas situações que foram destacadas pelos familiares como ações humanizadas, interpostas por sentimentos que trazem a tona o vínculo e a empatia que vão se formando de maneira intencional ou não.

Gosto do horário do boletim, falam de um jeito que a gente entende e do horário da visita isso dar uma segurança a família (FA 19);

Observei que em outros lugares o profissional fala no corredor e aqui tem uma sala reservada para falar da doença do meu irmão (FA 20).

No discurso de FA 19, percebe-se a importância do momento do boletim médico, pois esse espaço muitas vezes é o meio de acalantar a multiplicidade de sentimentos que invadem a vida do familiar. Todavia, ressaltam também que a forma clara e objetiva da comunicação torna mais satisfatória essa relação pessoa-pessoa.

Foi verificado ainda, durante a observação direta no campo de pesquisa que apesar das enfermeiras terem um convívio mais próximo com os familiares e de realizar ações sistematizadas que levam a um diagnóstico de enfermagem fundamental no plano de cuidado, esses não participam da elaboração do boletim médico. Essa circunstância fica evidenciada no depoimento da ENF. 2 a seguir

Tento ser simpática, mas eles querem saber logo sobre o médico responsável pelo familiar internado e isso traz angústia (ENF. 2).

É importante ressaltar que situações como está, pode causar uma ruptura na inter-relação familiar acompanhante e equipe de enfermagem, o que poderá trazer sentimento de frustração por parte dos profissionais e no familiar acompanhante a falta de maior confiabilidade e veracidade das informações veiculadas pela equipe de enfermagem, gerando, muitas vezes, a invisibilidade desta na terapêutica como confirmado no relato acima.

Assim, estar informado sobre o estado clínico do paciente traz um sentimento de conforto e alívio em relação às tensões geradas pelo desconhecimento. Portanto, o familiar deve ser comunicado de maneira clara e sincera, permitindo revelar a real condição de saúde do seu ente, ajudando-o a minimizar dúvidas e o medo da incerteza do destino do familiar (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2012).

Foi verificado também através da observação, que o horário de visita tem corroborado em melhorias significativas para estabelecer as relações interpessoais, que podem ou não ajudar no processo da humanização, pois isso depende dos valores, intenções, disponibilidade de cada componente interligado na ambiência do cuidar.

No hospital onde foi realizado o estudo, o horário da visita era de 11h00 às 17h00, com direito a quatro visitas por paciente, dando um total de seis horas por dia. Caso fosse necessário ampliar o horário, seria autorizado pelo setor de Psicologia. Vale ressaltar que a política de visita aberta, tem tido repercussão em vários hospitais brasileiros como forma experimental de ampliação do horário de visita para todos os pacientes, computando um total de 10 horas diárias (BRASIL, 2007). Isso vem demonstrar a importância do familiar/acompanhante no processo do cuidar tanto para o paciente quanto para o profissional através da ajuda dispensada de diferentes formas, como expressa a fala abaixo.

[...]Teve um paciente que estava desenganada pelos médicos, ele era vaqueiro e cantor, o irmão perguntou a enfermeira se ela poderia dar autorização para ele cantar e tocar sanfona para o irmão na UTI, foi liberado e assim ele o fez, a noite o paciente começou a responder a estímulos o que não fazia, foi uma coisa maravilhosa na unidade (ENF 8).

Percebe-se na fala acima, a sensibilidade da enfermeira à solicitação do familiar/acompanhante, ficando clara a existência de um vínculo, da empatia e da formação de um sentimento, comprovando, ainda, a importância da presença do

familiar no ambiente. Sabe-se que o ambiente hospitalar intensivista é, comumente, frio, impessoal e metódico, nesse contexto, torna-se indispensável que os membros da equipe auto avaliem-se nas suas atividades diárias, concebendo-as distanciadas da unicidade tecnicista que se faz presente nesse ambiente assistencial, tornando as interlocuções interpostas por um espírito crítico humanístico.

Pinheiro et al. (2011) confirmam que o familiar/acompanhante quando visto pela equipe de enfermagem como um ator no cuidado e na cura, ao estabelecer vínculo e confiança pode participar da recuperação do doente hospitalizado.

Ficou notório, também, nesse espaço de terapia intensiva, que o sentimento de perda é muito constante, tornando o familiar acompanhante muito vulnerável, cabendo ao profissional da Enfermagem ter competências e habilidades para lidar com esse tema que acaba estigmatizando esse cenário.

Tinha um paciente muito grave e o filho quando visitava, chorava muito no horário da visita, porque achava que todo paciente que estava na UTI ia morrer, então falei para ter calma que aquele quadro poderia mudar, temos que dar apoio emocional (TEC 2);

Na narrativa do técnico de enfermagem, percebe-se que a visão do familiar com relação a UTI ainda se encontra muito atrelada à morte. Por isso, a profissional ressalta a importância de uma interlocução esclarecedora sobre o local como o mais adequado para o quadro clínico do paciente, dirimindo as dúvidas sobre o ambiente tecnoassistencial. Dentro desse contexto assistencial, faz-se necessário também que o profissional intensivista esteja atento às questões culturais que permeiam o mundo do sujeito que cuida, pois é imprescindível que a relação entre família e equipe ocorra enfrontada em um cuidar integral.

Pinho e Santos (2008) asseguram que o internamento na UTI representa para os familiares uma proximidade da morte, principalmente pela quantidade de aparelhos. Entretanto, é necessário que os profissionais e familiares saibam lidar com esse panorama.

Outro fator que envolve o sentimento é a dificuldade da familiar/acompanhante aceitar a morte do paciente, por isso a equipe de enfermagem precisa saber qual a postura humanizada adequada nesse momento. Tais considerações podem ser observadas no depoimento abaixo.

Hoje tive que parar minhas atividades, para dar atenção a um familiar. O paciente do leito 01 teve diagnóstico de morte cerebral, o filho não aguentou, entrou em desespero, chorando, tive que falar palavras de conforto e força (ENF 5).

Observa-se que o familiar tem dificuldade de aceitar a ideia da terminalidade do ser, necessitando do apoio dos membros da equipe de enfermagem diante de um contexto que muitas vezes, os profissionais acreditam que funciona como uma incapacidade profissional, mesmo sendo utilizado todo o aparato tecnológico e humanístico. Contudo, nesse momento, se faz indispensável que tanto a equipe de enfermagem quanto o familiar/acompanhante compartilhem desse sofrimento, mesmo sendo ambos os neófitos no que diz respeito à morte. Porém, essa conduta dependerá da concepção de morte e das experiências anteriores constituídas pelos mesmos.

Souza et al. (2009) esclarecem que a morte acontece em qualquer momento da vida do ser humano e, não é uma questão fácil de ser abordada, em virtude do pavor, por isso, o ser humano tem um receio intenso de lidar com a morte.

Na relação interpessoal é imprescindível, ainda, o estabelecimento de trocas simbólicas amparadas por sentimentos que foram experienciados, tanto no momento presente quanto anteriormente, pois ambos atuam na minimização de sofrimentos diante de quadros clínicos que fazem parte do seu dia-a-dia.

Meu pai tem dois cistos no fígado e quando o familiar me disse que o paciente estava com um cisto enorme no fígado chorei junto com ela, falei do diagnóstico de meu pai, dei força para ela e falei que nós íamos aprender juntas com esse sofrimento, falei do meus medos, minhas inseguranças (ENF 5).

Na narrativa da ENF 5, podemos contatar que houve uma comoção, pois a mesma se identificou com aquele familiar. Entretanto, mesmo vivenciando esse momento de dor, buscou palavras de apoio e força para o familiar, ou seja, compartilhou suas experiências, medos e inseguranças e realizou uma proposta para que ambas pudessem juntas buscar o significado desse sofrimento. Esse compartilhamento de experiências por meio de interlocuções, é presença marcante da humanização, possibilita uma melhor resignificação da própria vida, sendo um fator essencial na busca de forças interiores necessárias à esperança da

recuperação ou adaptação a uma condição que não pode ser transformada biomedicamente.

Travelbee (1979) enfatiza que a capacidade para enfrentar a realidade é uma experiência de renovação e de aprendizado tanto para o profissional como para o paciente. Viktor Frankl (1989), autor de preferência de Travelbee atenuar “o sofrimento faz o homem livrar-se da apatia da rigidez da alma” (p.153), desenvolvendo o sentimento da esperança que passa a reger o seu ser.

5.2.2 Condicionantes da Interação Humanizada no Contexto da Unidade de Terapia Intensiva

No contexto da UTI, vários condicionantes surgem limitando ou impossibilitando a efetivação e eficiência da assistência. Porém, por meio de estratégias humanísticas pode-se favorecer a síntese entre o técnico e o humano para que seja associado um cuidado de qualidade a um relacionamento interpessoal harmonioso entre os protagonistas desse cenário.

Nessa perspectiva, abaixo são apresentadas as subcategorias que emergiram das análises e interpretações das narrativas coletadas em campo, que são: procedimentos tecnoassistencial, envolvimento pessoal, condições de trabalho e nível de conhecimento.

5.2.2.1 Procedimentos tecnoassistencial

O corre-corre é grande temos que dar conta dos procedimentos, então infelizmente fico distante da família (ENF 12)

Quando ocorre a internação na UTI, a família vivencia mudanças significativas que poderão impactar na sua história de vida pessoal, profissional e familiar. Ainda existem profissionais que valorizam apenas o cuidar tecnicista, esquecendo-se da filosofia do cuidar humanizado, que associa o técnico ao humano. Esta realidade pode ser visualizada nos depoimentos que seguem:

Na maioria das vezes o familiar atrapalha, estamos correndo para agilizar um procedimento, ai temos que parar, para responder algumas perguntas dos familiares (ENF 4);

O nosso trabalho exige muito e não temos tempo para atender a família (TEC 21);

[...] Temos pouco contato com o familiar por causa do corre-corre (ENF5);

A equipe de enfermagem é ótima na sua capacidade e habilidade técnica. Falta calor humano (FA 9).

Percebe-se, na fala da ENF 4, que a rotina e os aparatos tecnocientíficos acabam comprometendo a atenção que deve ser dispensada ao familiar. Porém, com toda a demanda que a rotina de uma UTI exige, muitas vezes ações são caracterizadas como desumanas, mas precisa-se verificar outros elementos que podem estar imbricados nesse contexto assistencial.

Nas narrativas do TEC 21 e ENF 5, percebeu-se que o trabalho exige muito da equipe cuidadora, não só por ser um ambiente complexo, mas sobretudo pela quantidade de atividades que são realizadas, que demandam tempo, atenção, habilidades, conhecimento técnico entre outros, mesmo porque, nesse cenário, a maioria dos pacientes admitidos são críticos, podem evoluir para óbito muito rápido, devido a grande instabilidade do quadro clínico.

Ratificando as narrativas acima, verificou-se nas observações realizadas na UTI, campo de pesquisa, uma estrutura bastante tecnologizada, constatando-se, nesse processo do cuidar, ações automatizadas que perpassam a visibilidade do familiar, referenciando-se na preocupação com a rotina, estado crítico do paciente, solicitação de material, técnicas para serem realizadas e preocupações externas. Além da volubilidade quanto a aparelhagem que sempre está em processo de modificação. Todavia, foi notado que alguns profissionais da equipe buscavam associar o cuidar tecnológico com um cuidar integral.

O cuidar tecnológico é extremamente importante na UTI, pois o profissional precisa ter um conhecimento amplo sobre as fisiopatologias dos pacientes e também um conhecimento técnico, pois é o que garante a sobrevivência e até a cura do mesmo. Faz-se necessário, ainda, que o profissional da enfermagem, tenha consciência do seu papel no processo de humanização, visto que, no espaço da UTI ainda se encontra a supremacia do modelo biomédico hierarquizante e do cuidar fragmentado do ser humano. Por isso, é importante implementar políticas públicas de humanização nas unidades críticas a que venha unir o técnico ao humano.

Assim, a equipe cuidadora precisa complementar o conhecimento técnico com o cuidar acolhedor, sensível, solidário e comprometido com as questões humanas, transcendendo os limites da tecnologia avançada e assim, atingir o campo interacional, ponto basilar para humanização.

Nesse sentido, Salvador et al. (2012) e Marques e Souza (2008) sustentam que é necessário reavaliar e visitar as consequências das práticas diárias nosocomiais realizadas no contexto intensivista, no sentido de desenvolver a solidariedade para a humanização.

Nessa perspectiva, não se pode negar a contribuição da tecnologia nas UTI no processo do cuidado, porém deve-se lembrar da necessidade do envolvimento emocional para que se estabeleça a relação com o outro, neste caso com o familiar de pacientes internado na UTI.

5.2.2.2 Envolvimento pessoal.

Foi horrível entrar na UTI e ver a minha filha de 19 anos nesse estado grave, ninguém me falou dos aparelhos, não conseguir ficar nem 10 minutos, acho que se eu tivesse uma explicação dos aparelhos, do tubo na boca da minha filha, não tinha tomado um susto, até a forma de tocar a gente não sabe como, elas nem falam o seu nome, nem diz se são técnicos ou enfermeira (FA 14).

Na relação interpessoal, o envolvimento emocional é outro aspecto importante a ser considerado como uma limitação quando não acontece na convivência da ambiência intensivista.

Nesse sentido, muitas vezes, percebeu-se que o profissional de enfermagem não tem comprometimento com o familiar, não concebendo este no processo do cuidar, como na fala descrita abaixo:

Não me envolvo com a família, temos que ser “profissional” (ENF 3).

Nota-se, no discurso da enfermeira ENF 3, que a mesma mantém um distanciamento em relação ao familiar, apenas realizando as atividades laborais que são delegadas por suas atribuições profissionais. Entretanto, esse constructo precisa ser revisitado, pois na ciência da enfermagem, o cuidar é a essência da profissão, que visualiza o ser humano como total, e dentro desse universo, encontra-

se a família que precisa de ações de afetividade e amor, para enfrentar a internação de seu parente. Portanto, para lidar com o familiar, é indispensável ter fundamentação teórica centrada no seu objeto que tem como alicerce a sensibilidade.

O envolvimento emocional comprometido traz benefícios para a relação pessoa-pessoa e permite desenvolver atitudes interpessoais de caráter terapêutico humanizado. Os posicionamentos acima são ratificados por Cruz e Ângelo (2011) quando afirmam que o cuidar da família é conflitante com o modelo assistencial vigente (biomédico), centrado no profissional, de visão tecnicista e paternalista. Assim, urge-se medidas cada vez mais humanizadas para que seja possível, em um ambiente tão complexo e robotizado, se implementar ações mais direcionadas ao ser.

5.2.2.3 Condições de trabalho

O número de funcionários deveria ser maior para que a gente tenha mais tempo com o paciente e a família (TEC 6).

As condições de trabalho têm influência direta sobre o desenvolvimento das atividades em qualquer ambiente laboral, exercendo influência sobre o bem estar físico, mental e profissional, passando a ser um fator atenuante quando não atende às especificações de qualidade no tocante a humanização assistencial.

As questões de condições de trabalho podem ser um limitador para a relação interpessoal, como apresentados nas narrativas abaixo:

O atendimento tem que ser humanizado, mas às vezes entendo o colega que estar sobrecarregado, trabalha em outros lugares para ter um salário melhor, não consegue dar esse cuidado (TEC. 25);

Muitos colegas vêm de 12h de outro emprego para dar um plantão na UTI, então eles não estão 100%, com isso todos nós perdemos nessa assistência (ENF 10).

O conjunto de diálogo da TEC 25 e ENF 10 revelam que a sobrecarrega de trabalho acaba interferindo na prestação de uma assistência integralizada, pois necessitam complementar o salário para ter uma condição, melhor financeiramente, como evidenciado no perfil sociodemográfico. Assim, para ter uma condição de vida

com qualidade buscam trabalhar em outras Instituições, complementando o salário mensal. Porém, acabam comprometendo suas atividades diárias na UTI chegando muitas vezes cansados e desmotivados para uma nova jornada de trabalho, negligenciando o cuidar aos seres humanos envolvidos no processo do cuidar.

Nesse sentido, salienta-se que o cuidador também precisa de cuidados, pois os princípios da humanização também permeiam que os profissionais sejam valorizados profissionalmente e financeiramente. Entretanto, a enfermagem, atua com excesso de carga horária e não tem um piso salarial definido o que pode agir como elementos definidores na fragmentação do cuidar integrativo. Isso é reforçado através do COFEN (2013) que traz a existência de projeto lei de 4.924/2009 para o piso salarial e outro para a redução de carga horária 2295/2000, que se encontram tramitando no Congresso Brasileiro até a data de hoje.

Coadunando, Bernardes, Rocha e Barboza (2013) salientam que baixa remuneração, desgaste físico, emocional e responsabilidades vivenciadas pelos enfermeiros e Técnicos, contribuem com a insatisfação no ambiente de trabalho, pois a quantidade das atividades é maior que o quantitativo de salário que recebem, tornando-se um dos principais fatores que causam a desmotivação do enfermeiro e, muitas vezes, a desumanização do cuidado.

Em contraposição, as questões salariais não podem ser um entrave no negligenciar das atividades e atribuições da equipe de enfermagem. Cabe a cada profissional da área, mobilizar-se e lutar por melhores direitos, participando da Associação (ABEN), Sindicatos e conferências que dialogam sobre o fortalecimento da classe, pois o familiar nem o paciente podem ser penalizados por essa situação.

5.2.2.4 Nível de conhecimento

A equipe é muito profissional, mas nunca recebi uma palavra de apoio [...] (FA14)

As ações atitudinais em UTI devem estar enfronhadas em um conhecimento científico teórico-metodológico humanizado para contemplar o outro nas suas diversas necessidades técnicas e humanas que se apresentem nesse contexto.

Dessa maneira, a formação dos profissionais e a escolaridade dos familiares devem ser levadas em consideração, pois lidar com situações interpessoais envolve

diversas habilidades que permitem sair do limite das fragilidades de uma conduta estereotipada. Nesse sentido, buscou-se saber como o nível de conhecimento tem sido um limitador para o cuidado na relação interacional familiar/acompanhante e equipe de enfermagem, como destacado a seguir:

A equipe explica sobre medicação e curativo, mas falam uns termos que não entendo nada (FA. 2);

A escolaridade do familiar é uma barreira, por isso falo claro com ele (ENF. 5);

Nos discursos supracitados, fica revelado que o nível de conhecimento é um óbice para a integração relacional no cenário da UTI, pois na maioria das vezes estes atores acreditam que estão se fazendo entender e estão entendendo. Nota-se assim, que a comunicação entre pessoas de níveis diferentes se não processada, corretamente, a mensagem será comprometida, pois esta não é um ato isolado, precisa ser recíproca para a integração dos saberes. Ayres (2005) reforça que as relações interpessoais devem evoluir na perspectiva de um encadeamento embasado na relação pessoa-pessoa.

Assim, ficou constatado na descrição do perfil dos participantes que a escolaridade pode ser um dos agravantes na inter-relação. Por isso, é necessário que o profissional revise seus conhecimentos, pois na sua formação acadêmica aprendeu a lidar com as questões sociais, culturais do paciente, da família e comunidade, sendo necessárias estratégias para que a comunicação, seja clara, sem julgamentos de valores, objetiva e proporcione uma aproximação entre estes, para que, dessa forma, possa ocorrer uma integração.

Na relação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem, o sujeito do cuidar deve realizar uma aproximação sem atitude julgadora, pois dessa forma passa a conhecer o outro e suas necessidades (TRAVELBEE, 1979).

Outro fator limitante no registro do diário de campo tem relação com o desrespeito dos familiares para com normas e rotinas estabelecidas na Unidade. Alguns familiares não as respeitam, faziam fotografias dos pacientes internados, como também manipulam os aparelhos tecnológicos e sondas, condutas que deixavam a equipe de enfermagem estressada por proporcionar riscos para os pacientes e para o cuidar, além de comprometer a permanência do profissional na Instituição.

A UTI é um ambiente complexo e por isso precisa que as relações se constituam na humanização. A narrativa abaixo demonstra as estratégias para esse processo ocorrer:

Nós temos treinamentos, temos sempre orientação da instituição para atender bem o paciente e a família, mas isso não depende só do hospital, depende também do profissional (ENF. 8).

O depoimento da enfermeira ENF 8 revela que a equipe tem treinamento sobre humanização e tem sempre orientação da instituição para atender o paciente e a família da melhor forma possível. No entanto, não depende apenas de estratégias do hospital, mas também do profissional. Fica claro, no discurso da entrevistada que para ocorrer a humanização, torna-se necessário que algumas pessoas da equipe estejam realizando suas atividades com amor, zelo, compreensão e solidariedade para com os outros. É importante destaca que, urge realizar um questionamento sobre o treinamento: “será que é a forma mais adequada para constituir a humanização?” Considerando que para esta ocorrer depende da sensibilidade e da natureza humana de cada um. Se o profissional não tiver essa consciência, infelizmente os serviços de saúde, ainda vão ser cenários de atitudes de desumanização e também de obstáculo para as relações interpessoais entre os sujeitos envolvidos no ambiente da internação hospitalar, possam acontecer.

Nesta perspectiva, a humanização não deve ser considerada como um treinamento, mas, sim, uma sensibilização, o cuidar deve ser considerado como modo de ser, como condição da nossa humanidade e não como equivocadamente vem sendo passado, como consequência da humanização (WALDOW; BORGES, 2011).

Em contraposição com a preposição acima, Moscovici (1996), propõe um treinamento que estimule os participantes a experimentarem comportamentos divergentes do seu padrão cotidiano de interação, aprender a aprender, aprender a ser solidário e participação eficaz. Sinaliza que esse tipo de aprendizagem “fica para a vida, independente do conteúdo. É um processo de buscar conseguir... recursos para solucionar seus problemas, com e através da experiência de outras pessoas conjugadas à sua própria.” (p.6).

Para tal elucidação, é necessário que fique clarificado os pensamentos dos autores, pois o treinamento não pode ser cartesiano e linear, por isso é importante que os momentos em roda de diálogo seja representativo, reflexivo, de compreensão com o outro e trocas de experiências para que possa realmente acontecer mudança de comportamentos. Contudo, as transformações para ocorrerem dependem de cada um, é um processo intrínseco para a prática da humanização.

Travelbee (1979) estima que compreender é reconhecer a singularidade do outro, em um processo recíproco no qual tanto a enfermeira como a outra pessoa que está sendo ajudada, percebe-se e interage um com o outro. Por isso, o enfermeiro deve capacitar o sujeito para ter paciência e o valor necessário para enfrentar os problemas inevitáveis.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar a inter-relação familiar acompanhante e equipe de enfermagem, permitiu compreender a articulação entre ambos e sua importância para um cuidado eficiente e eficaz, tendo como fator basilar a humanização. Assim, foram verificadas interfaces, nessa relação interpessoal, que nem sempre são compreendidas e valorizadas dentro da práxis da humanização, no processo do cuidado da Unidade de Terapia Intensiva.

Dentro desse contexto, percebeu-se que, apesar da interligação que deve existir entre o familiar acompanhante e membros da equipe de enfermagem no tocante à humanização assistencial, ainda é significativamente presente, no cenário da UTI, a dicotomia do fazer técnico e do fazer humanizado, existindo óbices que interferem diretamente nessa relação. Apesar de ser notório que, em qualquer tipo de UTI, devido ao seu aspecto dinâmico e mutante, sempre haverá diferentes e múltiplos fatores estressantes aliados às tensões geradas pelo desgaste físico e psicológico dos atores que a compõem, seja profissional ou familiar.

Dessa maneira, notou-se dificuldade em reconhecer situações integras e singulares que tornavam a interlocução do familiar/acompanhante com a equipe de enfermagem em difícil sintonia, ocasionando barreiras no reconhecimento das diferentes necessidades de ambos. Assim, alguns aspectos limitantes da integração foram apontados como número insuficiente de profissionais no cenário intensivista; múltiplas jornadas e sobrecarga de trabalho; o lidar com o sofrimento humano; a estrutura física tecnoassistencial da UTI, e o próprio conhecimento científico dos profissionais para pôr em prática ações humanizadas junto aos familiares/acompanhantes, todos aliados ao perfil sociodemográfico específico dos mesmos.

O cuidar não se limita tão somente ao paciente, mas à família que é o referencial de confiança, apoio e constitui uma rede social para o doente. Portanto, é indispensável que a equipe de enfermagem tenha consciência da importância do contato familiar, que faz parte das diretrizes da Política Nacional de Humanização.

A pesquisa visualizada a partir da teoria pessoa-pessoa de Joyce Travelbee demonstrou que a enfermagem para cuidar do ser humano de forma integral precisa tirar as armaduras do modelo biomédico profissional e ver a família no seu mundo,

considerando as questões sociais e culturais. Constatou-se também que, a relação interpessoal necessita de uma comunicação eficaz que ultrapasse o papel apenas de informação do quadro clínico do paciente, ou seja, que possibilite um envolvimento emocional e pôr consequência a pessoa que estar sendo cuidada possa confiar e externar seus pensamentos e sentimentos, dessa forma, a equipe poderá realizar um cuidar humano.

Assim, é necessário que haja a unidade entre o técnico e o humano, pois a equipe que atua na UTI precisa ter conhecimento especializado, ser qualificada e habilitada para exercer os procedimentos técnicos sem se desvincular do humano, reconhecendo o familiar/acompanhante como aliado no processo da terapêutica assistencial. Dentro dessa perspectiva, fica evidente que só é possível humanizar a UTI mediante a própria humanização dos atores envolvidos nesse cenário, mesmo porque não tem como acolher o outro de forma íntegra se não for íntegros consigo mesmo.

Nesse contexto, a relação interpessoal humanizada deve permear desde o processo formativo inicial à educação continuada e/ou permanente, como significativa estratégia para a ressignificação do processo do cuidar. Sugiro cursos de relações humanas que favoreçam um despertar de consciência na perspectiva de um cuidar integral que poderá contribuir para melhorias na inter-relação no ambiente nosocomial.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. S. et al. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 844-849, nov-dez. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a07v62n6.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; BUSS, M. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 19, p. 444-449, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- ÂNGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: BRASIL/ Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. p.222-225.
- ÂNGELO, M. et al. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 43, esp 2, p.1337-1341, 2009. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 22 jun. 2012.
- AYRES, J. R. de C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, 2005, vol.10, n.3, p. 549-560. ISSN 1413-8123. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300013>>. Acesso em: 08 nov. 2013.
- BECK, C. L. C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.3, p. 503-510, Jul-Set, 2007.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 200 p.
- BONFIM, A. C.; BASTOS, A. C.; CARVALHO, A. M. A. A família em situações disruptivas provocadas por hospitalização. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo v. 17, n. 1, p. 84-94, 2007.
- BOUSSO, M. Â.; SZYLIT, R. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem **Revista da USP**, São Paulo, v. 43, Esp. 2, p.1337-1341, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 44, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instancias do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, p.20, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, p.32, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1707, 4 de julho de 2005.** Dispõe sobre a política nacional de atenção ao paciente crítico. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção.1, p.1, 8 jul. 2005.

CAETANO, J. Á. et al. Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva: um Estudo Reflexivo. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 11, p.335-330, jun. 2007.

CANABRAVA, D. de S. et al. Consulta de enfermagem em saúde mental sustentada na teoridas relações interpessoais: relato de experiência. **Ciência Cuidado Saúde**, Ribeirão Preto-SP, v.10, n.1, p.150-156, jan-mar 2011.

CASANOVA, E. G.; LOPES, G. T. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 831-836. nov-dez. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a05v62n6.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2013.

CASANOVA, E. G.; LOPES, G. T.. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.2, n. 6, p. 831-836, nov-dez. 2009.

CERVO, A. L. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. p. 22-67.

CHEREGATTI, A. L.; AMORIN, C. P.. **Unidade de terapia intensiva**. São Paulo: Martinari, 2010. p.18-56.

CORREA, A.; SALES, C., SOARES, L. A família do paciente internado em terapia intensiva: Concepções do Enfermeiro. **Revista Acta Scientarum**, Maringá, v. 24, n.3, p. 200-202, 2002.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M.; GAMBOA, S. G.. A visão da família sobre a experiência de ter uma criança gastrostomizada. **Revista de Enfermagem** (online), Coimbra, 2012, v. 3, n.8, p. 147-153. ISSN 0874-0283. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1216>>. Acesso em: 04 out. 2013.

ELSEN, I.; PATRÍCIO, Z. M.. A assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens, suas implicações para a enfermagem. In: SCHIMITZ, Edilza. Maria(Org.). **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

FONTES, N. C. F. **Fatores desumanizadores na assistência às crianças em unidade de terapia intensiva pediátrica cardiológica num Hospital Público Terciário em Salvador/Ba: Visão da Família**. 2011. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador, Salvador: UCSAL, 2011.

FREITAS, K. S.. **Construção e validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde**. 2011. 196 f. Tese (Doutora) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

FREITAS, K. S.; MENEZES, I. G.; MUSSI, F. C. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva. **Texto contexto**, v. 21, n. 4, p. 896-904. ISSN 0104-0707. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400021>>. Acesso em: 04 out. 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, A. M. **Enfermagem na Unidade de terapia intensiva**. 3. ed. São Paulo: E.P.U, 2008. p.13-40.

GONZALES, R. M. B.; BECK, C. L. C.; DENARDIN, M. de L. **Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem/ Nursingtheory**. Santa Maria: Pallotti, 1999. 264 p.

HAGUETT, T. M. F. **Metodologias qualitativa na sociologia**. 9. ed. São Paulo: vozes, 2001. 224p.

HAYAKWALY, L; MARCAN, S. Rede social de apoio a família de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, p. 22 - 24, 2010.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3 ed., v. 2. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 1305-1313.

LINARD, A. G.; PAGLIUCA, L. M. F.; RODRIGUES, M. S. P.. Aplicando o modelo de avaliação de meileisà teoria de Travelbee. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 25, n1, p. 9-16, abr, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 67-90.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. de. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63; n. 1, p. 141-144, jan-fev. 2010.

MARQUES, R. C.; MAIA, F. O. M.. Comunicação entre profissionais de saúde e familiares de pacientes internado em terapia intensiva. **Revista de enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 91 - 95, 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTICELLI, M.; BOEHS, A. E.. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 3,

n. 41, p.468-477, set. 2007. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 15 fev. 2013.

MOSCOVICI, F.. **Desenvolvimento Interpessoal**. 5. ed. Rio de Janeiro: José Olympio. 1996. 400p.

NASCIMENTO, E; MARTINS, J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI, e relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. **Revista Nursing**, Maringá, v. 4, n. 29, p. 26-30, mar. 2000.

NASCIMENTO, K. C. do; ERDMANN, A. L.. Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: a teoria do cuidado transpessoal e complexo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2009, v.17, n.2, p. 215-221. ISSN 0104-1169. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200012>>. Acesso em: 04 out. 2013.

NEVES, J. L. **Caderno de pesquisa em administração**: pesquisa qualitativa Características, uso e possibilidades. 3 ed. São Paulo. 1996.

OLIVEIRA, F. et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Nursing**, v. 60, n. 6, p.41- 44, mai. 2003.

OLIVEIRA, T. R.; SIMÕES, S. M. F. A comunicação enfermeira-cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (upa 24h): uma interpretação em Travelbee. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermeria**, n. 30, p.101-102. abr. 2013. Disponível em: <revistas.um.es/eglobal/article/download/154941/146621>. Acesso em: 03 de fev. 2013.

PEREIRA, M. I. M. A Co-Existência com os familiares dos pacientes hospitalizado: Experiência do Enfermeiro no seu mundo – vida profissional. **Rev. Min. Enfermagem**, Itajuba, v.7, n.2, p.93-101, 2003.

PETRINI, G. Políticas sociais dirigidas à Família. In: **BORGES, Â.; CASTRO, M. G.** (Orgs.). **Família gênero e gerações**: desafios para políticas sociais. São Paulo: Paulinas, p. 209–227, 2007.

PINHEIRO, A. L. U. et al. Humanização no cuidado hospitalar: percepção de familiares acompanhantes. **Revista de Enfermagem da UFSM**. 2011 Mai/Ago; v.1, n. 2 p. 204-213. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2525/1633>>. Acesso em: 08 de nov. 2013.

PINHO, L. B. de; SANTOS, S. M. A. dos. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.42, n.1, p. 66-72, 2008. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100009>>. Acesso em: 04 out. 2013.

RUEDELL, L. M. et al. Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em unidade de tratamento intensivo: Estudo bibliográfico. **Cogitare Enferm**. v.15, n. 1, p.147-52, jan-mar. 2010. Disponível em: <

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17186>>. Acesso em: 08 de nov. 2013.

SALVADOR, C. de O. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.111-117, 2012 jan/mar.

SILVA, F. S. da; SANTOS, I. dos. Expectativas de familiares de clientes em uti sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. **Revista Enfermagem**, v.14, n.2, p.230-235, abr-jun. 2010.

SILVA, G. F. da; SANCHES, P. G.; CARVALHO, M. D. de B. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Mineira Enfermagem**, Minas Gerais, v.11, n. 1, p. 94-98, jan-mar. 2007.

SILVA, R. C. da; FERREIRA, M. de A..Tecnologia na terapia intensiva e suas influências nas ações do enfermeiro. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n.6, p. 1403-1411, 2011. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600018>>. Acesso em: 04 out. 2013.

SQUASSANTEI, N. D.; ALVIM, N. A. T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p.11-17, jan-fev, 2009.

SZARESK, C.; BEUTER, B. C. M. Situações de conforto e desconforto vivenciados pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crônica. **Rev. Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, p. 378-84, 2009.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**: el proceso de lá relación de persona a persona. Cali: Carvajal, 1979. 248p.

URIZZI, F. **Vivência de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação**. 2005. 139 f.. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo:USP, 2005.

URIZZI, F.; CORRÊA, A. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. **Revista latina Americana de enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 4, julh-ago. 2007. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rtae>. Acesso em: 15 jan. 2013.

_____. Vivência de familiares internado em Unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 370-375, out-dez. 2008.

VIANA, R. A. P. P. **Enfermagem em terapia intensiva práticas baseada em evidências**. São Paulo: Atheneu, 2011.

VITOR, A. et al. Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidade de visitantes de uma UTI. **Revista Acta Scientiarum**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 186 - 200, mar. 2003.

WAIMAN, M. A. P; ELSEN, I.; MARCON. S. S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para construção de uma metodologia de cuidado à família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 282-291, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a13.htm>. Acesso em: 6 mar. 2013.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

WEBER, L.; DESSEN, M. A. **Pesquisando a família Instrumentos para Coleta e Análise de dados**. São Paulo: Juruá. 2011. 133p.

WERNET, M. ; ANGELO, M..Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n.1, p. 19-25, 2003. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342003000100003>>. Acesso em: 08 nov. 2013

APÊNDICES

APÊNDICE A **Modelo do Roteiro de Entrevista para Equipe de Enfermagem**

Roteiro de entrevista semi-estruturada.

Dados pessoais:

Idade: _____

Estado Civil: _____

Filhos: _____

Escolaridade: _____

Religião: _____

Profissão: _____

Tempo de Serviço: _____

Renda Atual: _____

Questões Norteadoras:

- 1- Em sua opinião, qual o lugar ocupado pela família no cuidar da enfermagem?
- 2- Qual a conduta da enfermagem no horário de visita com o familiar acompanhante? Você poderia exemplificar?
- 3- A instituição oferece condições humanizadas para a equipe interagir com o familiar acompanhante? Justifique
- 4- Como é a conduta no primeiro contato com o familiar acompanhante? Exemplifique. (Fase 1)
- 5- Para você quais são as limitações nesse primeiro encontro? (Fase1)
- 6- O familiar acompanhante precisa de atenção por parte da equipe de enfermagem? Justifique. (Fase 2)
- 7- O familiar acompanhante compartilha experiências com a equipe? Ou ainda encobre seus sentimentos. Exemplifique. (Fase 3)
- 8- Quando um paciente apresenta um estado grave e a família está em sofrimento, qual o seu envolvimento nesse processo com o familiar/acompanhante? Justifique. (Fase 4)
- 9- Quando a relação de confiança é estabelecida entre equipe e o familiar, você consegue trocar experiências e sofrimentos vividos com o mesmo? Exemplifique.
- 10- Quando o vínculo é estabelecido entre você e o familiar, o mesmo consegue comunicar suas emoções, sentimentos (medo, ansiedade), pensamentos, sofrimento com mais naturalidade? Justifique (Fase)
- 11- Quando é estabelecido um relacionamento de confiança mútua entre equipe e familiar, podemos afirmar que o enfermeiro fez uso consciente da sua personalidade como forma terapêutica
- 12- Quais são as estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem para ter um relacionamento humanizado com familiar acompanhante? Você poderia exemplificar?
- 13- O que é comunicação? Quais os tipos que você conhece?

- 14-A comunicação verbal e não verbal é importante para o relacionamento entre equipe de enfermagem e familiar acompanhante? Justifique.
- 15-Qual a importância para o paciente, quando a equipe de enfermagem desenvolve uma comunicação adequada e um atendimento humanizado com o familiar/acompanhante.

APÊNDICE B Modelo do Roteiro de Entrevista para o Familiar Acompanhante

Roteiro de entrevista semi-estruturada.

Dados pessoais:

Idade: _____

Estado Civil: _____

Filhos: _____

Escolaridade: _____

Religião: _____

Profissão: _____

Renda Atual: _____

Questões Norteadoras.

- 1- No primeiro contato seu com a equipe de enfermagem qual a sua impressão? Exemplifique
- 2- Para você, quais situações poderiam ser uma dificuldade na aproximação da equipe de enfermagem com a família (Fase 1)
- 3- Você precisa de atenção por parte da equipe de enfermagem? (Fase)
- 4- Você consegue compartilhar experiências, sentimentos (medo e angustias) com a equipe? Ou ainda encobre seus sentimentos. Exemplifique. (Fase 3)
- 5- Caso o seu parente apresenta-se em estado grave, qual envolvimento da equipe de enfermagem nesse momento com você? Justifique. (Fase 4)
- 6- Você acha que deve existir uma afinidade entre equipe de enfermagem e os familiares (Fase 5)
- 7- Quando o vínculo de confiança é formado entre familiar e equipe de enfermagem, qual a principal mudança que acontece? Justifique. (Fase 5)
- 8- Como é o relacionamento da equipe de enfermagem com você? Poderia dar exemplo?
- 9- Você acha que a equipe de enfermagem deve também prestar uma assistência para o familiar acompanhante? Justifique.
- 10- Qual a conduta da enfermagem no horário de visita com você? Você poderia dar um exemplo?
- 11- A instituição oferece condições humanas para a equipe relacionar com você?

APÊNDICE C Modelo do Ofício para autorização da pesquisa na Instituição Co-participante

Governador Mangabeira, 27 de junho de 2013.

Senhor Diretor,

Solicitamos a colaboração dessa conceituada Instituição no sentido de permitir meu acesso para coletar dados neste Hospital, referente à pesquisa intitulada, *“Familiar acompanhante na Unidade de Terapia Intensiva – UTI: interação com a equipe de Enfermagem”*, para cumprir requisitos do Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea, da Universidade Católica do Salvador, sob a orientação da professora Dr^a Miriã Alves Ramos Alcântara.

Atenciosamente,

Janelara Bastos de Almeida Silva

APÊNDICE D Modelo Do Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, estou sendo convidada(o) a participar de um estudo denominado, “ FAMILIAR/ACOMPANHANTE NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO (UTI): INTERAÇÃO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM ”, que tem como objetivo analisar a interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem na UTI e sua repercussão para práticas holísticas e humanizadas.

Para isso, responderei a uma entrevista aplicada pela pesquisadora e serei observada durante a assistência de enfermagem prestada ao paciente na UTI

Fui alertada (o) de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios indiretos, tais como: maiores esclarecimentos quanto a temática abordada, além de contribuir para o desenvolvimento científico a respeito do tema.

Por outro lado, recebi os esclarecimentos necessários sobre a inexistência de riscos diretos ou indiretos decorrentes do estudo. De que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informada de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de que, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Janelara Bastos de Almeida Silva e a orientadora. Prof^a. Dr^a. Miriã Alves Ramos Alcântara
Com eles poderei manter contato por e-mail. Com eles poderei manter contato pelo telefone (75) 9179-0038

É garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Fui informado de que a pesquisa não me trará qualquer tipo de despesa. Porém, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Santo Antonio de Jesus, ___/___/___

Sujeito da Pesquisa

Pesquisadora

Orientadora

APÊNDICE E Quadros dos relatos dos participantes do estudo

QUADRO DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DE ACORDO COM O **MODELO DE Travelbee**

FAMILIAR	RESPOSTAS RELACIONADAS					
	Pergunta 01 e 02	Pergunta 03	Pergunta 04	Pergunta 05	Pergunta 06	Pergunta 07, 08, 09 e 10
F1	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>01. Eles se identificaram e agiram com educação.</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>Precisamos de atenção, pois é um momento que estamos muito fragilizados, não tive medo de ver meu familiar com os aparelhos, sei da importância deles,</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>A equipe deve falar a verdade do que está acontecendo, mas se a gente não perguntar eles não falam</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>O familiar nessa hora precisa de atenção, mesmo que não diga nada, mas estando perto já dar uma certa segurança.</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>Falta informação, a gente precisa saber o que está acontecendo, estamos passando por momentos difíceis.</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>07. Não tenho relacionamento 08. Só falam bom dia e fazem os procedimentos com o paciente e explicam para o acompanhante. Como confiar nessa</p>

		mas tem familiar que tem muito medo dos aparelhos, acho que a equipe não tem interesse de falar, [chegam com a cara fechada então quem vai perguntar alguma coisa?] Colocam o remédio e saem sem dizer nada.				equipe 09. Continuam fazendo o trabalho deles e não dão atenção a gente 10. Gosto do tempo do horário da visita, mas a comunicação dos enfermeiros devem ser outra com a família.
F1	02. Seria a falta de informação, pois a gente precisa saber o que está acontecendo, estamos passando por momentos difíceis, vejo que são profissionais competentes e querem tirar nossas dúvidas.				Não tenho relacionamento com elas, não se aproximam, são frias, não vejo só comigo, mas também com os outros familiares	
F2	01. Foi boa, pois fomos acolhidos	Preciso, porque esses aparelhos dão	Tive um bom envolvimento com	Eu chorei muito quando minha irmã	Tem dias que choro e ninguém	07. É bom , mas tem equipe que é melhor

	eles têm muito cuidado com ela, nunca imaginei ver minha mãe em cima da cama.	medo, orientam para que serve os aparelhos, explicam também para que servem as medicações, mas dependem da equipe, tem umas que não falam nada.	os enfermeiros e técnicos, tive medo de perder minha irmã, e eles me ajudaram muito com palavras de apoio e me fortaleceu, achei isso muito bom.	deu outro infarto, então fui amparada pela equipe de enfermagem, elas falaram para que eu acreditasse em Deus que tudo ia dar certo.	se aproxima.	<p>08. eles não falam muito, mas falo para minha irmã que a equipe é boa, então ela confia neles.</p> <p>09. a equipe explica sobre medicação, curativos, mas falam uns termos que não entendo</p> <p>10. O horário da visita é bom, as técnicas tem carinho com a gente.</p>
F2	02. A comunicação bem feita, apresentação, se isso não acontecesse isso seria uma barreira. Quando a equipe cuida do paciente a gente confia				Me sinto segura com o atendimento que dão a minha irmã.	
F3	01. A equipe que me atendeu teve carinho comigo	Eles me orientaram com a limpeza das mãos, a equipe é muito prestativa e	Meu filho está em estado grave, fazendo hemodiálise, mas o	Meu filho, está grave mas não percebo envolvimento das	Hoje tenho confiança em algumas equipes.	07. relacionamento é bom quando choro, elas falam palavra de apoio.

		me dão atenção.	profissional que está fazendo não me explica nada não consigo ficar junto dele nesse procedimento, como ter confiança se não recebo apoio e até explicação dos profissionais, não tive ajuda de ninguém.	pessoas que trabalham aqui, passam nem falam nada sobre o menino, só se agente perguntar ou manda procurar o médico, acho que são frias, falta sentimento.		<p>08.Eles precisam explicar melhor o que fazem com o paciente, assim vou confiar mais neles.</p> <p>09.No horário da visita sinto sozinha, eles ficam no canto deles. Só fala se a gente pergunta.</p> <p>10.O horário da visita é bom demora, o carinho deles com meu filho.</p>
	02. Se a equipe atendesse de forma grosseira				Vou para casa mais tranquila, quando são as equipes que confio.	
F4	01. Achei a equipe prestativa	Nunca tinha entrado na UTI, parecia um pesadelo, então fui lá fora e chorei muito, como meu irmão também,	Apesar de todo tratamento recebido pela equipe, não consigo compartilhar meus desejos e sentimentos, talvez	Quando a equipe se envolve com a família o paciente fica mais seguro.	É necessário que a equipe se apresente, pois no momentos difíceis sabemos para quem	07. O enfermeiro chega alegre e não de cara fechada, por isso meu relacionamento é bom com eles, essa segurança passo para

		então elas falaram: tenha calma, tudo vai dar certo. O chão abriu, mais com apoio a gente consegue vencer.	com o passar dos dias tenha mais confiança.		perguntar.	o meu familiar. 08. Eles sempre explicam titim por titim, falo sempre a mãe da confiança que tenho nelas, pois mãe está lucida. 09. Falam da lavagem das mãos, da alimentação, fala como passou a noite. 10. O tratamento da equipe com minha mãe e comigo.
	02. Sou muito desconfiada, se não trata-se a mim e ao meu irmão bem, não teria confiança.				Já tenho confiança em toda equipe, pois chorei muito e tive apoio dos enfermeiros e psicólogos.	
F5	01. Eles são atenciosos, já cheguei chorando e eles me deram	Fiquei muito assustada com o acidente, mas não fiquei com medo	Eu não consigo falar nada, me apego a Deus que sabe de tudo, mas confio	A equipe deve falar a verdade do que está acontecendo, mas se a gente não	Confio em todos, porque não sei das coisas.	07. Não tenho muita aproximação 08. Quando a gente se entende com a

	<p>apoio, nesse momento falei para eles estou com medo de perder meu filho.</p>	<p>dos aparelhos não, as enfermeiras explicaram como deveria me aproximar do meu irmão.</p>	<p>nessas pessoas que estão cuidado do meu irmão.</p>	<p>perguntar eles não falam.</p>		<p>equipe, isso é bom para o doente</p> <p>09.Deveriam falar mais coisas para a gente, ficar mais perto.</p> <p>10.O horário de visita eu gosto, mas a conversa deve melhorar ente os enfermeiros e familiar.</p>
	<p>02.Há forma de tratar se fossem grosseira comigo e meu filho isso seria uma barreira na relação</p>				<p>Não tenho aproximação com eles, fico no meu canto para não atrapalhar.</p>	
F6	<p>01.Me trataram bem, cuidaram do meu irmão, isso basta.</p>	<p>A UTI me assustou muito, fiquei muito nervosa, mas fui acolhida pelos técnicos.</p>	<p>Consigo falar dos meus medos, ansiedades, pois tem um bom relacionamento com os técnicos e enfermeiros, apesar deles não falar do quadro clínico do</p>	<p>Os enfermeiros deveriam estar mais próximo da família dos pacientes, pois a gente sofre muito com dúvidas, falta de orientação.</p>	<p>Tem equipe que tenho aproximação, então fica tudo mais fácil nesse dia.</p>	<p>07.Meurelacionament o é bom com a equipe, pergunto tudo.</p> <p>08.Eles respondem todas perguntas que faço, tem equipe que responde com poucas palavras</p>

			meu irmão.			<p>09.Falam como passou a noite, mas não fala se teve febre da pressão</p> <p>10.O horário da visita deveria ser maior.</p>
F6	02. A forma do tratamento com meu irmão				Como falo muito já tenho confiança na maioria, pois tratam meu irmão bem.	
F7	01. Quando eu cheguei, a impressão não foi boa, pois a forma que me trataram foi grosseiramente, agora isso depende da equipe, tem umas que já tem carinho no falar, tem umas que precisam melhorar muito, falam de forma áspera. Exigem as lavagem	Eu nunca tinha entrado na UTI, ver tantos aparelhos não me deu medo talvez pela minha maturidade, antes de entrar na UTI fui até a internet e pesquisei como era uma UTI, mas ninguém aqui nunca me explicou para que serve os aparelhos, eu é que pergunto por que	Tenha certeza se eles se aproximassem eu até falaria, dos medos ansiedades, faço isso com os outros familiares é um apoiando o outro. Minha mãe teve uma parada a dois dias atrás, peguei a mão de minha mãe e coloquei no meu peito, chorei muito	Minha mãe teve uma parada, eles conseguiram que ela voltasse, mas ninguém depois chegou para explicar ou uma palavra de conforto, sei do cuidado que dão a minha mãe, mas o povo da enfermagem nem nota a gente na UTI, se vc tiver algum conhecido a coisa é	O corre-corre é grande, mas pelo menos parem um pouco para falar com os acompanhantes	<p>07.Elas são secas, frias e falta ser seres humanos. Tenho 21 dias era para confiar em todos, mas depende da pessoa que esteja de plantão</p> <p>08.Fala de forma clara com o familiar ai a gente tem confiança na equipe.</p> <p>09.Só quem dar atenção são as que eu</p>

	das mãos, depois não cobram mais.	sou curiosa, tenho 21 dias aqui na UTI, mas ninguém nunca me explicou os aparelhos, as medicações, eu é que pergunto, tem muita gente que não consegue perguntar porque tem vergonha e fica cheia de medos.	mesmo, todo mundo viu, mas não teve ninguém que chegasse próximo de mim, pelo menos para falar uma palavra de apoio, de fé, chorei no meu canto sozinha	diferente o tratamento. Não sei se é norma da casa mas parece que os enfermeiros tem medo de falar. A gente pergunta se a pressão da paciente subiu elas respondem pergunte ao médico.		conheço, que são minhas vizinhas, tratar bem é questão de educação não só estudo. 10. Tratamento da equipe de enfermagem tem que melhorar, teve uma vez que a psicóloga aumentou o tempo de visita até as 17:00. A técnica duvidou estava lendo um livro pediu para a colega olhar nem levantou do lugar, a colega dela estar ocupada, mas mesmo assim confirmou o que eu falei. ..
F7	02. É a forma de tratar e falar, essas pessoas foram preparadas para isso, mesmo que o				Para ter confiança, depende da equipe que esteja	

	familiar seja grosseiro pois essas estudaram para atender a todos de forma igual e com educação.				de plantão. Tem que falar de forma clara para agente entender.	
F8	01. Cheguei muito aflita mais quando vi a atenção deles com meu filho, fiquei mais calma achei que faltou as enfermeiras falarem o nome delas	Nunca entrei numa UTI mais tive a explicação e orientação da lavagem das mãos pela enfermeira, quando a gente se sente seguro apoiado, a gente tem mais força para enfrentar essa fase, peço a Deus o tempo todo para que ele fique bom.	Não consigo falar, fico com minha bíblia, às vezes estou chorando, elas passam rápido e falam comigo, pois entendo que o ritmo é acelerado na UTI, mas tem umas que nem falam nada.	Meu filho tem 24 anos e sofreu um acidente de moto, quando cheguei ele estava entubado, então entrei em desespero, chorei muito, mas deram atenção a meu filho, só isso já me conquistaram, depois a enfermeira veio falar comigo e me explicou tudo direitinho.	Explicam tudo que fazem com o paciente, então a gente se sente apoiado.	07. Hoje, já falam para algumas equipe que tenho medo de perder meu filho, pois já tenho uma melhor relação 08. A comunicação é bem feita, explicam tudo que fazem com o paciente, então a gente se sente mais seguro. 09. Falam da medicação se agente perguntar. 10. Deve aumentar o horário da visita, alguns enfermeiros devem prestar mais

						atenção em nós.
	<p>02.Se não cuidasse do meu filho, se não fossem simpática com a minha família isso seria uma grande barreira para aproximação com a equipe de enfermagem. Vejo o cuidado com o meu filho então a forma de tratar é muito boa.</p>				<p>Tenho apoio de todos, fico rezando no leito dele e ninguém reclama da minha oração.</p>	

F9	01. Eu cheguei de São Paulo e a primeira equipe foi ótima mais a segunda não atingindo a todos foi muito ruim o tratamento pois a comunicação e a forma de tratar é muito importante para o familiar que está muito mais tenso do que quem está trabalhando.	Quando cheguei no hospital não conhecia o que era uma UTI, acho que por normas a equipe de enfermagem não fala sobre o paciente, não tive orientação quanto ao espaço, sou curiosa então pergunto, seria interessante que o enfermeiro explicasse antes da gente entrar.	Não consigo falar, pois não tem comunicação de equipe de enfermagem e familiar, quando pergunto do quadro do meu pai, mandam procurar o médico.	Quando acontece alguma coisa grave é importante o familiar saber logo que chega de forma clara, com carinho e segurança, isso traz confiança para a família	Não é chegar tirar a pressão, fazer medicação e anotações, sem falar o que estão fazendo, tem que ser simpáticos, ter mais aproximação respeitando o limite. São tecnicamente muito bons mais falta humanização.	07. A equipe é ótima, falta calor humano. 08. Tem que ter treinamento para equipe de Enfermagem, elas fazem um bom trabalho, mas não tem humanização, precisam melhorar com relação ao tratamento a família 09. São tecnicamente bom, mas falta calor humano Deve melhorar a relação equipe de enfermagem e familiar, devem ser mais próximos, ter calor humano, o boletim médico é uma

						forma humanizada, o horário deveria ter a noite, pois tenho muitas saudades dele. 10. Aumentar o horário da visita.
F9	02. A comunicação é muito importante se você não é bem acolhido fica difícil a relação com as pessoas.				Não tenho relação com eles são muito reservados. Perguntei uma vez como estar paciente, ela respondeu pergunte ao médico, o que é do médico ele responde e o que é da enfermagem a equipe tem que responder.	
F10	01. No primeiro momento ficamos assustados mais eles explicaram e orientaram agente, então teve uma boa	Me assustei quando vi os aparelhos, mas a equipe me orientou de tudo, a equipe é ótima, tive muita confiança,	Falo dos meus medos, das sequelas que meu irmão pode ter, choro e elas me dão	Se isso acontecer espero que tenha apoio dos enfermeiros e técnicos	Tenho uma boa relação com a maioria.	07. A relação para ser boa depende da equipe que esteja de plantão. 08. Para falar comigo,

	impressão	por isso conseguir ficar a vontade.	apoio, carinho.			<p>depende da equipe, fico segura quando está a equipe que responde o que pergunto.</p> <p>09.No horário de visita tem equipe que é muito frias e outras falam das lavagem das mãos, das medicação que ele está usando.</p> <p>10.O boletim e o horário da visita acho que é uma forma humanizada de tratar a família</p>
F10	02. O acolhimento que me deram, a orientação e a informação que recebi se isso não tivesse acontecido a minha impressão seria ruim.				Quando a confiança acontece você volta mais tranquilo para casa.	
F11	01. A equipe é muito comunicativa mais	Foi horrível entrar na UTI e ver a minha	Depois de algum tempo, me falaram	Minha filha está em estado grave, estar	Se existisse afinidade com a	07. É bastante restrito

	tem umas que são mais reservadas o que importa é o cuidado que estão dando à minha filha.	filha de 19 anos nesse estado grave, ninguém me falou dos aparelhos, não conseguir ficar nem 10 minutos, acho que se eu tivesse uma explicação dos aparelhos, do tubo na boca da minha filha, não tinha tomado um susto, até a forma de tocar a gente não sabe como, elas nem falam o seu nome, nem diz se são técnicos ou enfermeiras.	que podia tocar minha filha, não choro na presença dela, só passo coisas positivas, mas não consigo falar dos meus sentimentos para eles, não sinto abertura para fazer isso.	em coma, mas não sinto calor humano dos enfermeiros	equipe eu conseguiria falar dos meus medos e angustias. Não me sinto à vontade de falar com elas.	<p>08.A comunicação no primeiro momento quando a gente chega deve ser bem feita, pois não sabemos como vamos encontrar nosso familiar, se isso tivesse sido feita, tinha ficado mais calma.</p> <p>09.São muitos técnicos, falta humanização.</p> <p>10.Falta calor humano da equipe de enfermagem.</p>
F11	02. A forma que me tratam e o carinho que elas têm por minha filha, isso não tem preço.				Ela tem 14 dias internada aqui, eles não são mal educados, mas são frios.	
F12	01. A atenção e a forma com que me trataram fiquei mais	As enfermeiras explicaram os aparelhos, foram	Não consigo falar nada, pois estou muito assustada	Se isso acontecer preciso de apoio dos profissionais	Tenho aproximação com as enfermeiras,	<p>07.É boa.</p> <p>08. comunicação é fundamental, as</p>

	calma	atenciosas comigo.	com tudo.	daqui.	porque quando estou com os médicos fico muda.	enfermeiras respondem tudo que pergunto. 09. Explicam sobre medicação, aparelhos, curativo 10. O horário de visita é bom.
F12	02. A comunicação, a forma grosseira de tratar, a falta de atenção com o familiar seria uma dificuldade na relação familiar e equipe de enfermagem.				Tenho 30 dias aqui, já tenho abertura de falar sobre minhas angustias com algumas equipes, mas não com todas.	
F13	01. Foram atenciosos, orientaram a lavagem das mãos e fui muito bem acolhida.	Eu sabia o que era uma UTI, mesmo assim foi difícil, imagine quem é leigo, fica mais difícil ainda a situação.	Quando dar tempo, porque o corre-corre delas é muito grande, falo dos meus sentimentos e elas sempre me escutam e dão exemplo de força e coragem.	Ficamos muito perdidos e triste, por isso precisamos de apoio.	Deve existir uma relação harmônica	07. Tem equipes que são especiais 08. Se trata agente bem, vamos passar essa confiança para o paciente que está no leito 09. Vai depender da

						<p>equipe para o horário da visita ser ótimo.</p> <p>10.Toda equipe deveria tratar do mesmo jeito, pois tem pessoas que são educadas, outras são mal educadas.</p>
F13	<p>02.A forma grosseira com os familiares, se o tratamento fosse ruim, a falta de comunicação.</p>					
F14	<p>01.Fiquei apreensiva, aparentemente tive uma boa impressão percebi que ela estava bem tratada pela qualidade da equipe, mas estava preocupada pelo estado grave de saúde da minha mãe, me sentir acolhida pelos</p>	<p>A equipe foi simpática e me acolheu e com isso tenho confiança.</p>	<p>A equipe é muito profissional, mas nunca recebi uma palavra de apoio, não sei? Acho que eles são imparciais e concordo com essa postura.</p>	<p>Quando a gente sabe que o nosso familiar vem para a UTI é porque está grave, então não podemos ser pessimista e espero que cada um continue se dedicando cada um do seu jeito.</p>	<p>Deve existir uma relação harmônica A equipe foi simpática, me acolheu e com isso tenho confiança</p>	<p>07.Sempre pergunto o nome dos profissionais mesmo que estejam com o crachá, estou sempre dialogando com elas.</p> <p>08.Pergunto tudo, talvez eu seja chata, uns falam mais outros menos.</p> <p>09.Tem enfermeiras</p>

	técnicos e enfermeiros, me tranquilizaram e tiraram minhas dúvidas.					que são fechadas e técnicos também, mas quando pergunto respondem, sem muito entusiasmo. 10. Deveria melhorar a forma de tratamento da equipe de enfermagem, tudo quem sabe do paciente é o médico
F14	02. Se solicitasse informação e o profissional não desse atenção, as vezes a equipe está cheia de coisas para fazer mais quando eu pergunto pedem para eu esperar um pouco e depois tiram as minhas dúvidas.				Temos que acreditar na equipe, mas para isso acontecer, a gente observa o tratamento com o nosso familiar. Isso fez mudar meu comportamento com a equipe, embora minhas irmãs pensem diferente.	
F15	01. Eles me trataram bem porém tem	Precisamos de atenção por parte	Sempre falo porque estou chorando,	Quando minha mãe piorou e ficou	Se não pergunto eles não falam,	07. Eles me trataram bem não sei se é

	alguns técnicos de enfermagem que me conhecem e também a minha mãe, então ficou tudo mais fácil.	da equipe de enfermagem, porque a gente está frágil, cheio de dúvidas, precisamos de orientação, de palavra, de força e coragem.	tenho medo e pavor da ideia de perder minha mãe. Peso sempre ajuda para os enfermeiros, apesar do tempo deles ser bastante agitado.	agitada tiveram que amarrar, quando vir fiquei desesperada com muito medo de perder ela, mas a equipe me ajudou explicou o que estava acontecendo, então esse momento as enfermeiras me ajudaram.	Hoje elas falaram como estava o açúcar da minha mãe, porque não falam quando fazem um procedimento com nosso familiar?	<p>porque conheço alguns.</p> <p>08.A gente tem que sempre perguntar, tem umas que são grosseira, responde o mínimo</p> <p>09.No horário da visita, pedem licença e realizam o procedimento, mas não explicam o que estão fazendo.</p> <p>10.Acho que tem resistência pela equipe de enfermagem, falam que só médico pode falar. Tem dias que choro é ninguém se aproxima.</p>
F15	02. Não encontrei barreiras com elas, por que me trataram bem, tratam o doente				Tenho confiança na equipe, porque vejo a forma como estão tratando	

	com amor, chegam educadamente.				minha mãe. Fico mais tranquila e vou para casa mais calma.	
F16	01. Elas agiram com educação, falaram da importância de lavar as mãos, meu irmão estava entubado, fiquei muito triste e assustada, mais a equipe me explicou o que era o tubo.	Eu não me assustei, por que já vivi experiência na UTI, mas é importante os enfermeiros falarem dos cuidados, porque nem todo familiar sabe.	Sou tímida, não consigo falar com os técnicos, ninguém da enfermagem fala que eu podia tocar nele, eles ficam para lá e para cá. Tiveram lá com meu irmão fizeram alguma coisa, mas não falam o que é, a gente não sabe. Como posso confiar para falar os meus medos.	Dar atenção, porque a gente fica com muito medo de perder nosso familiar, uma palavra de afeto nessa hora é muito bom.	Se eu tivesse alguém para me perguntar como estou? Acho que já tinha falado dos meus medos e angustias.	07. Não tenho relação com a equipe. 08. Elas são frias e falta um sorriso. 09. Quando a gente tem confiança, passa para o nosso familiar que está na cama. 10. Horário de visita e o boletim é uma forma humana de tratar a família.
F16	02. Se elas não me explicasse porque ele estava com o tubo ia ser difícil confiar na equipe.				Acho que com o tempo posso me aproximar da equipe, mas como já falei sou muito tímida.	
F17	01. Eles me orientaram como	A UTI me assustou muito, os aparelhos	No primeiro encontro me	Aqui me sinto acolhida, porque a	Não sei se seria afinidade, mas	07. Tem equipe que dar atenção e outras

<p>fazer a lavagem das mãos, tive acolhimento pela equipe, se apresentaram e me acolheram.</p>	<p>também, quando cheguei fiquei muito nervosa e chorei bastante, pois quando ele entrou na UTI estava falando e no outro dia quando cheguei estava com o tubo na boca, tive muito medo de tocar nele, mais as meninas da enfermagem me tranquilizaram e disseram que eu podia tocá-lo.</p>	<p>reservei, não sentir abertura da enfermagem, tem 30 dias que estou aqui, hoje consigo falar com as meninas da enfermagem, porque já tenho confiança, a gente vai vendo a forma de tratar a familiar e o paciente.</p>	<p>situação dele é muito grave, já pensou se ele complica, sei que vou precisar desse apoio pelos técnicos e enfermeiros, não sei como vai ser esse momento, é muito difícil.</p>	<p>tratar bem é muito importante.</p>	<p>não.</p> <p>08.teve uma vez que estava tentando falar com alguém da equipe e chegou uma delas e me falou que UTI não é lugar de passear Acho que era para ela falar está precisando de alguma coisa? Boa comunicação é quando fala de forma clara, escuta as nossas duvidas.</p> <p>09.Vai depender da equipe, para falar das medicações, falar palavra de apoio, falar do paciente.</p> <p>10.Fiquei 30 dias no hospital e ninguém nunca perguntou como eu estava. Tem que melhorar o atendimento da equipe de enfermagem com a</p>
--	---	--	---	---------------------------------------	--

<p>F17</p>	<p>02.Se eles não me orientasse, se não falasse o nome delas, isso seria uma limitação.</p>				<p>Tenho confiança em algumas equipes e outras não.</p>	<p>família.</p>
<p>F18</p>	<p>01.A equipe de enfermagem eles têm capacidade para dar atendimento ao paciente e família, embora orientaram a limpeza das mãos apenas uma vez e depois não cobram mais isso dos familiares.</p>	<p>Conheci a UTI através de fotos, pois minha filha entrou primeiro que eu e tirou a foto dele para me mostrar, sei que não foi certo mais vi que ele estava com o tubo na boca cheio de sonda, quando eu cheguei ninguém me explicou nada, chorei muito do lado dele, mas ninguém se aproximou de mim, não recebi nenhuma palavra de conforto.</p>	<p>Eles nunca chegaram para conversar, a gente entra e sai e eles não falam nada, não tenho confiança nelas, acho que é por causa disso que vou para casa muito preocupada.</p>	<p>Ele está muito grave, mas ninguém da enfermagem fala nada, espero que elas mudem o jeito delas, nem uma palavra de apoio, fico muito triste com isso.</p>	<p>A equipe deve ser mais próxima, tem aparelhos que ficam apitando eles chegam sem falar nada e desligam o aparelho, será que deve ser assim o comportamento da enfermagem?</p>	<p>07.Tenho 8 dias com meu pai internado e não sei o nome delas, não tenho relação, dão bom dia e pronto, não existe aproximação</p> <p>08.Não existe comunicação, nem falam o nome delas.</p> <p>09.Hoje no horário de visita perguntei ele teve febre, não sei que milagre falou que não.</p> <p>10.Falta aproximação dos enfermeiros com a família.</p>




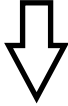
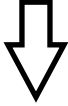

F18	<p>02.Acho se elas não tratasse agente bem ia ficar difícil, mais tenho que lhe revelar, tem umas que não dão atenção, são grosseiras com os familiares, passam e nem falam com agente, andam de cara fechada.</p>				<p>Se elas fossem próxima falaria dos meus medos, pois tenho muito medo de perder meu pai é que me ajuda. Dão bom dia e ficam no canto delas. Não pergunto porque tenho medo de como vão me responder.</p>	
F19	<p>01.Elas dão atenção a meu filho, isso me basta.</p>	<p>Tem familiares que não conhece o espaço da UTI e precisa de atenção, palavra de apoio de um sorriso para o familiar se sentir acolhido.</p>	<p>A lesão dele foi na cervical está todo mundo da família preocupado, mas estamos com todo apoio da equipe de enfermagem, pois estamos muito fragilizados, acho que esse apoio é porque conhecemos a grande maioria que trabalha aqui.</p>	<p>O familiar está fragilizado, tenso e esperando um retorno da equipe de enfermagem se essa atenção não chega a família vai perder a credibilidade, a confiança nos profissionais.</p>	<p>Já temos amizade com as enfermeiras daqui, pois são minhas vizinhas, ai tudo fica mais fácil.</p>	<p>07.A relação é boa, tenho bastante conhecidas aqui, acho que se não fosse isso o tratamento não era o mesmo. Não preciso perguntar elas já falam as coisas, mas não vejo isso com outros acompanhantes.</p> <p>08.Ele estava muito nervoso, mas como a gente confia na equipe</p>

						<p>passa para ele, então ele está mais tranquilo.</p> <p>09.Fazem com segurança e confiança o trabalho deles, comunicar o que estão fazendo.</p> <p>10.Gosto do horário do boletim, falam de um jeito que a gente entende e do horário da visita isso dar uma segurança a família.</p>
F19	02. Hoje mesmo o aparelho despertou, fiquei preocupada, mas veio alguém para resolver, caso não desse atenção eu já ia ter outra impressão da equipe.				Temos confiança na equipe, então estamos mais calmos e confiante e o nosso medo já passou.	
F20	01. Fui acolhida,	Nunca tinha vivido	Tenho 35 dias aqui,	Acho que a equipe	A equipe dar um	07. Já tenho 35 dias já

	<p>tiraram minhas dúvidas.</p>	<p>esta experiência, nunca tinha visto uma pessoa entubada, cheio de aparelhos, principalmente porque era a minha mãe, chorei muito do lado dela, então as enfermeiras me deram atenção, me sentir segura e mais calma.</p>	<p>já consigo falar com a equipe sobre tudo, pois já tenho confiança e respeito porque cada profissional tem uma forma de falar uns falam pouco outros falam mais.</p>	<p>deve falar o que ocorreu, pois a gente é leigo.</p>	<p>pouca atenção, mas fala resumidamente o que o paciente tem, então dizem que só o médico para explicar, não tem como ter aproximação com eles.</p>	<p>consigo me relacionar com várias equipes.</p> <p>08.No dia que estavam fazendo o curativo não conseguir ficar, mas depois a enfermeira me explicou tudo certinho.</p> <p>09.Observei que tem outros lugares o profissional fala no corredor e aqui tem uma sala reservada para falar da doença do meu irmão.</p> <p>10.Relacionamento é feito através de uma boa comunicação e isso a equipe de enfermagem faz, porque também depende como vai chegar o familiar.</p>
	<p>02.Seria a falta de informação, pois a família precisa saber</p>				<p>Hoje já consigo falar dos meus sentimentos de</p>	

	<p>o que está acontecendo, pois estamos passando por momentos delicados, vejo que são profissionais competentes, então a família já fica mais calma, se sente mais segura.</p>				<p>forma natural para equipe, pois nesses 35 dias a confiança já chegou, pois quando chorei eles me ajudaram a enfrentar a doença da minha mãe.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

QUADRO DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DE ACORDO COM O **MODELO DE Travelbee**

ENFERMEIRAS	RESPOSTAS RELACIONADAS					
ENF 1	<p style="text-align: center;">Pergunta 01 e 02</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>1.Me identifico, falo que sou enfermeira, digo meu nome, falo da rotina na UTI, se quer passar alguma informação sobre o paciente.</p>	<p style="text-align: center;">Pergunta 03</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Está entregue em nossas mãos o bem mais precioso que eles têm, eles só vão ver de 24 em 24 horas. Como é que o familiar chega e você fala entre e visite, precisa no mínimo que</p>	<p style="text-align: center;">Pergunta 04</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>A maioria compartilha e se for parente de primeiro grau, por isso muitas vezes, o profissional enfermeiro tem que ter cuidado para não entrar em depressão</p>	<p style="text-align: center;">Pergunta 05</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Se a gente vem mantendo um bom atendimento com o paciente e o familiar já temos uma confiabilidade, quando chega esse momento, temos que</p>	<p style="text-align: center;">Pergunta 06, 07 e 08</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>6.Já aconteceu comigo e passei para o familiar a minha experiência. Tinha observado que toda vez que uma pessoa chegava no horário da visita o paciente depois agitava, conversando em particular com a esposa, ela confirmou que eles tinham problema e passei a</p>	<p style="text-align: center;">Pergunta 09, 10, 11, 12, 13, 14 e 15</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>09 – Ele não faz parte do cuidar diretamente mais indiretamente da equipe.</p> <p>10 – A enfermagem se preocupa primeiro lugar como o cuidado com o paciente e se esforça para que nesse momento o paciente esteja bem assistido nas suas necessidades. Orientar que não deve tirar foto, observar o estado emocional do familiar, pois o mesmo pode ter um choque pela gravidade do paciente, pois em vez de um paciente vamos ter dois. Devemos orientar o familiar sobre o que ele vai</p>

		<p>a gente escute, dessa forma já deu atenção</p>	<p>com o sentimento do outro, tem que receber aquilo e transforma naquele momento em força para família.</p>	<p>acolher com palavras equilibradas, não podemos mentir sobre o quadro do paciente, explicar que realizamos tudo que estava ao nosso alcance e chegou ao limite do homem e em quanto família eles fizeram a parte deles. Sempre faço essa pergunta é justo que alguém sofra o resto da vida só para a gente não sofrer?</p>	<p>minha experiência quando minha mãe estava internada, quando uma pessoa chegava a pressão arterial dela subia, identificamos e resolvemos. Como relação ao paciente conseguimos sem agredir, sem trazer mal estar para o familiar encaminhamos a situação ao serviço social.</p>	<p>falar, porque o último sentido que o paciente perde é audição, pedimos para pegar na mão que ele vai sentir. Ela me perguntou como está meu pai? Falei que estava melhorando ela respondeu graças a deus já estava até desistindo, disse nunca fale isso, imagine se eu trabalhasse aqui só por trabalhar e não acreditasse no que sinto, somos instrumento de Deus, o que não podemos é não acreditar.</p> <p>11- A primeira estratégia é a passagem do plantão, já observei que em outros lugares o profissional fala no corredor e aqui temos uma sala reservada, teve um adolescente que conseguimos a liberação para o familiar trazer um tablete e no final da visita levava para casa, pois o paciente interagia com os amigos e melhorou bastante o seu quadro clínico.</p> <p>12 – Essa harmonia quando ocorre, isso é muito bom para o paciente, porque o mesmo confia mais na equipe, fazendo melhorar o nosso trabalho, o paciente melhor a auto estima, porque ele pensa que está na UTI e vai morrer.</p> <p>13 - A comunicação não verbal é muito</p>
--	--	---	--	--	--	--

ENF 1						importante. Teve um paciente que estava colocando a espingarda do lado do forno de lenha para esquentar e apertou o gatinho e não disparou, então ele foi soprar o cano e arma disparou na boca do mesmo, graças a Deus não teve sequelas muito grave, mas teve que fazer traqueostomia, ficou sedado, quando começou a tira-lo da sedação o mesmo agitava, então notei que a esposa dele ficava ansiosa, solicitei a mesma para ter calma e conversar com ele, pois ele estava precisando desse apoio e graças a Deus conseguimos tira-lo da sedação, depois de umas folgas que conseguir tirar, quando retornei ele estava nervoso, então estarei como ele não podia falar pedir para escrever e ele escreveu que estava cansado de estar naquela posição a tanto tempo, conversei com a fisioterapeuta e minimizamos a situação.
	2.A limitação nesse primeiro encontro é justamente o desespero que o familiar chega, temos que ter cautela como falar e mais paciência com o que vai				7.Tinha uma paciente com traqueostomia na UTI e a esposa dele chegava muito nervosa e triste, falava para a equipe que tinha medo se ele não falasse mais. E esse estress dela deixava ele nervoso, então conversei com ela não poderíamos dar	14.Issso depende de cada profissional, Tinha uma criança de 13 anos que chorava muito quando a mãe ia embora, solicitamos a psicóloga para liberar a visita da mãe até às 17:00, temos normas e rotinas como em qualquer lugar, mas

ENF 1	<p>ouvir, às vezes você faz tanto e não é reconhecido, mas temos que dar um tempo para eles. A gente tem que ter muita paciência e mostrar que estamos ali para cuidar.</p>				<p>garanti se ele ia falar ou não, mas não poderia ter sido pior? Olhe como ele melhorou.</p>	<p>temos que ter bom senso.</p> <p>15.A comunicação pode ser visual, auditiva, tato só como olhar podemos entender a expressão de dor, sofrimento ou alegria</p>
					<p>8.Fazemos isso todo dia, o psicólogo lida com o paciente e familiar em uma sala e nós que lidamos com todos de uma só vez em um único espaço.</p>	
ENF 2	<p>1.Vou buscar informações sobre o paciente com a familiar, como era a</p>	<p>Tento ser simpático, mas eles querem saber logo sobre o</p>	<p>No primeiro momento encobre, depois compartilha muito,</p>	<p>Isso é bem complexo aqui, até dar uma informação nesse</p>	<p>6.A parte fraca é o familiar, entendeu? Não troco minhas experiências com eles, Na nossa profissão a gente vai ficando frio</p>	<p>09.Faz parte do nosso cuidar e também ajuda no cuidar do paciente, conversando com o mesmo, uma paciente adolescente a mãe ajuda na sua autoridade.</p> <p>10.Geralmente não tem essas</p>

	<p>rotina dele, hábitos de vida, precisamos para o processo de enfermagem, o primeiro contato é dessa maneira.</p>	<p>médico responsável pelo familiar internado e isso traz angustia..</p>	<p>principalment e com a equipe de enfermagem, às vezes eles tem vergonha de perguntar aos médicos, como estão mais em contato com conosco, acho que ficam mais à vontade.</p>	<p>momento é difícil. O que você fala pode ser usado no tribunal contra você (risos) A gente tenta minimizar, mas não passar maiores informações.</p>	<p>até para desabafar, ficamos muito pragmático, você acaba se reprimindo.</p>	<p>preocupação, o pessoal vai chegando e entrando a agente fica na nossa rotina, se tiver uma dúvida pergunta, nós respondemos, não abordamos, o acompanhante entra e sai e a gente não ver, devido a essa rotina.</p> <p>11.Condições humanizada? Nunca foi discutido isso como forma de interação pela instituição, depende de cada profissional, não é institucionalizado.</p> <p>12.Ficou tenso e teve risos. A gente que está aqui somos continuidade da família, quando os profissionais tem uma boa relação com o familiar apesar de pouco tempo cria vinculo isso ajuda no nosso trabalho e dar confiança ao familiar.</p> <p>13.Quando o familiar chega e ver o paciente sem falar, entubado, ele se choca, então cabe a equipe tirar as dúvidas, explicar quais as medicações que está fazendo uso, isso é fazer a comunicação verbal bem feita, porém temos que ter cuidado com a comunicação não verbal, pois quando ele solicita a sua presença, como é que você reage. Você deve demonstrar que gosta do que faz, tem prazer de cuidar bem</p>
--	--	--	--	---	--	---

						<p>daquele que está sofrendo. Tem profissionais que tem um conhecimento técnico muito bom, mas são hostil, então para o familiar eles acham que é educado é bom profissional, não sabem diferenciar essas duas situações.</p> <p>14. Não temos uma estratégias bem definida, o que faço é ser cordial, tentando lidar com a empatia, colocando-me no lugar do outro. Você fica frio quando está trabalhando, não me choca a morte de um paciente, mas ver o familiar chorando, sofrendo me dar uma compaixão não temos estratégia.</p> <p>15. É você passar uma mensagem pode ser verbal com gesto, com olhar e com você recebe, pode ser escrita, verbal.</p>
ENF 2	<p>2. Eles não conhecem a equipe, fica reseoso de falar, o ambiente é tenso, me identifico, mas</p>				<p>7. No primeiro momento não, mas acredito com o vínculo de confiança, eles vêm conversar com a gente, chora, desabafa, porém se o sofrimento é tão</p>	

ENF 2	<p>ele ainda não confia. A limitação também é a falta de vínculo.</p>				<p>intenso, o familiar chega desabando.</p>	
					<p>8. Não sei se sou consciente ou inconsciente (risos), mas quanto a personalidade depende da postura profissional.</p>	
ENF 03	<p>1. Me apresento como enfermeira, que vou ficar nas 24 horas se tiverem alguma dúvida podem me procurar.</p>	<p>Temos que dar atenção, pois tem familiar que cardiopata, hipertenso passa mal e tem aqueles que mexem em tudo, pergunta que tudo é esse na boca? Posso</p>	<p>Eles desabafam com a gente principalment e quando tem muito tempo na UTI, tinha uma paciente que já estava na UTI a 60 dias, a filha chorava, relatava que tinha medo de</p>	<p>Não me envolvo, temos que ser profissional, temos os nossos limites, observo o familiar, mas a minha preocupação é o paciente.</p>	<p>6. Não passo meus sentimentos, pois não temos oportunidade nem tempo para isso, o corre-corre é grande na UTI.</p>	<p>09. A família é importante, porém aqui temos uma limitação de contato.</p> <p>10. Aqui na UTI o contato é distanciado, porque eles querem saber todas as informações e temos limite no que devemos falar, às vezes nos distanciamos até mais deles, com medo de falar algo que não é da nossa alçada, então digo para esperar o boletim médico.</p> <p>11. Acho que não, o nosso contato é bastante restrito, deveria ser maior, na hora do boletim médico acho que toda</p>

ENF 03		mexer? Temos que ficar de olho.	perder a mãe. Tanto a paciente como os familiares já faziam parte da equipe, quando ela foi transferida tanto a equipe chorou como os familiares.			<p>equipe deveria participar. Os familiares tem mais abertura com a gente do que com o médico.</p> <p>12.Quando o paciente está lúcido, essa relação é mais evidente, por que se o familiar gosta da equipe, ele participa mais do tratamento, passar segurança para o paciente, então todo mundo sai ganhando.</p> <p>13.Quando o familiar entra no horário da visita calado é importante observar se ele está chorando, triste, para que a equipe der um apoio emocional.</p>
	2. Como não podemos dar maiores informações aos familiares, isso já é um barreira falam que a equipe de enfermagem é distante, não interagi, nós até tentamos, porém somos poudados.				7. Quando o vínculo é formado eles consegue falar do medo, das dificuldades. Hoje teve uma paciente que apresentou uma crise convulsiva, algo normal na UTI, mas a filha nunca tinha visto, saiu chorando, com medo, achando que a mãe estava morrendo, então parei o que estava fazendo e fui	<p>14.O que eu tento é dar bom dia, tirar dúvidas dentro dos limites estabelecidos, quando dar 11:00 os familiares querem entrar na UTI não deixam a gente fazer mais nada com o paciente.</p> <p>15.Falo o básico do básico é a rotina da casa. Minhas colegas me chamam de insensível, se chegou atrasado para o horário da visita e que entrar, pergunto ao médico se ele disser sim é sim se for não é não, pois a voz maior é dele. Se dependesse de mim eu deixaria todo</p>

ENF 03					explicar, mas conseguir porque estava calmo, mas no dia dia nos preocupamos com a rotina, às vezes percebo o quanto a gente fica uma pedra de gelo.	mundo entrar.
					8. Acho que conseguimos quando o plantão está calmo.	
ENF 04	1. Bom dia sou a enfermeira do dia, esse contato é meio tímido, pois sou tímida, isso às vezes me atrapalha.	Tudo que a gente for fazer com o paciente temos que explicar, se for dar uma medicação, eu falo isso e dramir para vômito, isso é antibiótico, eles ficam muito assustado	Alguns conseguem externa outros ficam só olhando, Perguntam será que ele vai morrer? Falo para ter fé, gostaria de ter mais tempo com o familiar, mas o corre-corre é	No primeiro momento a dedicação é para o paciente, mas depois volto para o familiar, hoje uma paciente foi transferida para outra ala e teve uma crise, a filha desesperou, expliquei que	6. Não gosto de trocar minhas experiências, pois a que vivi com minha mãe não foi positiva, então me reservo, não gosto de falar. (lágrimas nos olhos).	9. Na minha opinião é um lugar importantíssimo, eu como profissional gostaria de ter mais tempo para me dedicar ao familiar acompanhante, porque já fui familiar acompanhante de paciente intensivista que foi minha mãe que era a base da família, não gosto nem de lembrar, a gente precisa de apoio psicológico de toda equipe, uma palavra de apoio, conforta, nos profissionais somos tão sobrecarregado não temos tempo de fazer isso, gostaria de ter mais tempo para o familiar. 10. Infelizmente a gente fica tão

		<p>quando o monitor alarma, falo que a pressão subiu um pouco, já pensou fazer tudo isso com o paciente e não explica nada para o familiar que está ali, isso não é só falta de profissionalismo e também falta de educação. Tem colegas que acham o familiar insuportável. Você tem que fazer o que gosta e o</p>	grande	já estava tudo bem, mas só acreditou depois que viu a mãe.		<p>sobrecarregado, mas fico atenta se eles estão trazendo objetos se estão fazendo a higiene das mãos, às vezes o familiar está tenso, chora na beira do leito do paciente, solicito que fique calmo porque isso não faz bem para o paciente. Temos que ter um olhar amplo.</p> <p>11.O horário de visita é uma ação humanizada, explicar qual a medicação vou administrar no paciente, tirar dúvidas, não participamos do boletim, mas é uma forma humanizada, a passagem de plantão é uma forma humanizada.</p> <p>12.Na maioria das vezes o familiar atrapalha, estamos correndo para agilizar um procedimento, ai temos que parar para responder algumas perguntas dos familiares, então temos que ser mais firmes. Quando a relação é boa todos saem ganhando.</p> <p>13.temos que ter muito cuidado com nossos gestos, olhar, mesmo se o paciente estiver parando, temos que ter calma para solicitar a saída do familiar, se a gente enquanto profissional se apavora imagina como não fica o familiar.</p>
--	--	--	--------	--	--	---

		familiar faz parte do nosso cuidar.				14. Sempre que for fazer um procedimento explicar, ser simpático com familiar.
ENF 04	2. Acho que tudo vai depender como chega o acompanhant e pois tem aqueles que precisam de orientação, outros já chegam cheios de confiança, outros mais assustados, reservados, minha timidez acho que é um tipo de barreira.				7. Quando você é uma boa profissional e humana o familiar sempre vai ter confiança, então ele consegue expressar com mais facilidade suas emoções.	15. Acho que a comunicação não verbal é muito importante, lembro de um episódio, onde a mãe ajoelhou no chão e próximo ao leito e começou a chora em tom alto, fui até a mesma falei palavras de carinho, fé, expliquei que isso não faz bem para o filho dela, pois ele vai ficar preocupado com o sofrimento dela. Ela nunca mais fez isso. Existem acompanhantes difíceis e profissionais também, o importante é ter jogo de cintura e usar a tipo certo de comunicação.
ENF 04					8. Acho que nem todo mundo tem essa	

					consciência.	
ENF 05	<p>1.Me identifico, tento ser simpático, mas tem uns que só querem falar com o médico, chegam fechados.</p>	<p>Hoje por exemplo tive que parar minhas atividades para dar atenção a um familiar. O paciente do leito teve diagnóstico de morte cerebral, o filho não aguentou, entrou em desespero, chorando, tive que falar palavras de conforto e força e depois solicitei a um técnico que levasse ele</p>	<p>Lembro que a técnica de enfermagem solicitou com educação que a acompanhante saísse, porém a mesma foi grossa com a profissional.</p>	<p>Temos pouco contato com o familiar por causa do corre-corre.</p>	<p>6.Troco sim, se eu chorar me desculpe. (olhos cheios de lágrimas). Meu pai tem dois cistos no fígado e quando o familiar me disse que o paciente estava com um cisto enorme no fígado chorei junto com ela, falei do diagnóstico de meu pai, dei força para ela e falei que nós íamos aprender juntas com esse sofrimento, falei do meus medos, minhas inseguranças. Chorou bastante.....</p>	<p>9.Na minha opinião a família/acompanhante em qualquer setor hospitalar deve ficar 24 horas se eu pudesse criava essa lei.</p> <p>10. Horário da visita para os familiares.</p> <p>Unidade tenta, mas é difícil pela nossa rotina, temos pouco contato com o familiar por causa do corre-corre. Se eles tem dúvida chama a gente.</p> <p>11. A escolaridade do familiar é uma barreira, por isso falo claro com ele.</p> <p>12. O paciente sente-se seguro, cabe a equipe de enfermagem está preparada para ser esse instrumento de relação</p> <p>13. A verbal é muito importante. Lembro que a técnica de enfermagem solicitou que a acompanhante saísse, porém a mesma foi muito grossa com a profissional, então entendo essa postura do familiar, pois seu filho único estava morrendo.</p> <p>14. Orientar os procedimentos que está fazendo com o paciente, explicar as</p>

ENF 05		para a emergência.				medicações.
	<p>2. Depende de quem chega como familiar e também do profissional, a questão cultural é uma barreira, falo claro com eles, pois se falo termos técnicos, vou complicar a cabeça deles.</p>				<p>7. Quando eles confiam falam o que sente para o profissional...</p> <p>8. Acho que os profissionais não tem essa consciência, pois se o familiar faz uma pergunta, o profissional vira as costas, ou então daqui a pouco falo com você</p>	<p>15. Comunicação bem feita cria laços. Com você e não volta mais.</p>

				e não volta mais		
ENF 06	1 Identifico-me falo que sou enfermeira, digo o meu nome, falo da rotina da UTI e pergunto algumas informações sobre o paciente.	Temos pouco contato, essa questão psicológica temos o serviço de psicologia e serviço social para resolver, mas quanto a dúvida é com a gente, pois eles não conhecem o aparelhos e ficam com medo.	Depende da relação ente familiar e equipe de enfermagem, tem familiar que é muito complicado.	A hora do óbito é muito complicado, teve uma vez que o paciente parou e os familiares está na UTI no horário de visita, foi uma gritaria, pedindo para Cristo ressuscitasse o rapaz. Não tem como não se envolver. É um momento muito complicado.	6. Se o familiar confia ele fala, caso contrário não.	9. O familiar é quem traz sempre novidade pra o paciente. 10. Explicar todas as situações, se chegam e o paciente está contido acham que é uma agressão e tiram sem saber o porquê. 11. O horário da visita, boletim médico. 12. É muito importante essa relação principalmente se o paciente está lúcido, pois se um familiar sai falando mal da equipe, nem membro dessa família vai confiar, sempre vão está desconfiado. 13. Depende do jeito de ser de cada um, não temos nada específico. Não existe formula para humanização está inerente ao ser humano. 14. A comunicação é importante, mas temos que ter cuidado com a não verbal.
	2. A questão cultural e falta de conhecimento do familiar. Teve um				7. Não me envolvo.	15. Comunicação é escutar e ser entendido.

	familiar que não queria deixar administrar insulina no pai dela, porque ele poderia ficar diabético e para explicar que o estress estava causando hiperglicemia, fiquei muito tempo dialogando e tive que chama o médico.					
					8.Não sei se todo profissional de enfermagem tem consciência disso depende de cada uma, acho que a confiança é necessária.	
ENF 07	1.Quando dar	Tem gente	Se for no	Geralmente a	6.No primeiro	9.Acho que o boletim apenas em um

	tempo, solicito informações, acho que a enfermagem deveria participar do boletim médico.	que não está preparado para ver o familiar na UTI, temos que as fezes chamar o setor de psicologia.	primeiro momento o familiar encobre os seus sentimentos.	gente se reserva, como é a dor do outro, a gente se controla, mas quando é com a gente também choramos e sentimos dor, então nessa hora é importante se colocar no lugar da família.	encontro o familiar está com medo, inseguro e com instabilidade emocional. Quando fala para o familiar que o paciente está na UTI, ele logo acha que vai morrer, então quando eles confiam na equipe, falam do medo, das angústias, dos problemas econômicos, porém eu não consigo falar dos meus medos e das minhas inseguranças para o familiar.	<p>horário é complicado, por que as vezes o familiar por algum motivo não compareceu no horário e esse só terá informações no outro dia, então já cria uma barreira entre o familiar e a equipe.</p> <p>10.Percebemos muitos familiares sem saber o que fazer não sabem tocar no paciente, ficam buscando informações, é importante que a enfermagem esteja atenta a essas situações.</p> <p>11.A passagem de plantão, acho que quando o familiar chega atrasado devemos passar as informações.</p> <p>12.Eu tento levar uma linguagem simples, não tenho dificuldade de falar mesmo com aqueles familiares que têm nível cultural baixo. Teve uma situação, o paciente era jovem e o familiar chegou depois do boletim, falei com o médico, o mesmo me respondeu que só amanhã, é importante ser flexível, e se colocar no lugar do outro.</p> <p>13.A comunicação que é realizada na passagem de plantão é muito bem feita, a equipe de enfermagem tem que estar atenta a todas a informações que chegam até ela para que depois, o familiar não diga que não entendeu. Comunicação bem feita cra laços.</p> <p>14.Não tenho estratégia, acho que o diálogo é importante nessa relação</p>
--	--	---	--	--	--	---

ENF 07						família e equipe. 15. Existe comunicação visual, escrita e falada e todas essas usamos na UTI.
	2. A forma como o familiar é abordado pela equipe, o ambiente da UTI, temos que falar de forma clara.				7. Teve um familiar que estava muito preocupado com a situação financeira da família, contou que a mulher não trabalhava e que só ele sustentava a família, e agora como vai ser? Pois ele estava deixando o trabalho para tomar conta da mulher, quando a equipe fala educadamente, ouve e tem simpatia, tanto o paciente quanto o familiar fala dos seus medos. Quando o familiar gosta da equipe, vai para casa mais tranquilo.	
					8. Infelizmente vários profissionais da enfermagem não têm	

					essa consciência por que não tem amor pelo que faz, gostaria de dar mais atenção ao familiar, mas a gente acaba sendo limitado pelo corre-corre e as intercorrência do dia.	
ENF 08	<p>1.Me identifico, quando você sabe o nome do outro, já passa segurança para a família, falo para que serve as medicações, tudo é a forma de falar com a família, muitos pedem o número do meu celular, mais a gente não pode dar,</p>	<p>O familiar tem que ser observado e a equipe de enfermagem tenta-lo ajuda-lo, tem familiar que quer alimentar o paciente e não é para alimentar. Os familiares de pacientes em custódia se reservam mais que os outros</p>	<p>Para isso ocorrer depende da natureza do familiar e do preparo técnico e psicológico do enfermeiro.</p>	<p>Teve uma vez que estávamos dando banho num paciente e ele parou e morreu, quem falou do óbito foi o médico, neste momento eu me reservo, não gosto de me envolver.</p>	<p>6.Eu falo para o familiar dando exemplo de outros pacientes que tinham a mesma doença e conseguiram melhorar e saíram da UTI, pois ainda não vivi perdas na minha família.</p>	<p>9.Muitas famílias não sabem como sua presença para o paciente é importante, tem paciente que ficam aqui e ninguém da família vem visitar, a família é o melhor remédio para o paciente, teve um paciente que estava desenganoado pelos médicos, ele era vaqueiro e o irmão perguntou a enfermeira se tinha autorização para cantar e tocar sanfona para o irmão pois o seu irmão além de vaqueiro era cantor e assim ele o fez, a noite o paciente começou a responder a estímulos o que não fazia, foi uma coisa maravilhosa na unidade.</p> <p>10.Antes dos familiares chegarem fazemos o curativo, adiantamos o banho, então quando eles chegam me identifico, falo que estou cuidando do seu familiar</p>

	<p>querem tirar foto, explico que não devem tirar, sou simpática, falo para não ficar assustado com o ambiente da UTI, pois o familiar dele está tendo uma assistência 24 h de toda a equipe, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros.</p>	<p>familiares.</p>				<p>recebemos determinação para não falar do diagnóstico médico e prognóstico, apenas falo do diagnóstico de enfermagem. Foi uma estratégia que o hospital utilizou para minimizar as falas de comunicação.</p> <p>11.Nós temos treinamentos, temos sempre orientação da instituição para atender bem o paciente e a família, mas isso não depende só do hospital, depende também do ser humano que cuida, as capacitação é no nosso horário de trabalho fica difícil participar de todas, pelo nosso corre-corre.</p> <p>12.É importante quando a família desenvolve um bom relacionamento com a equipe, pois todos vão ganhar nesse momento.</p> <p>3.Existem várias formas, mas acho que o sorriso, o toque, é uma forma de comunicação muito forte para familiar e o paciente.</p> <p>14.Receber bem o familiar, orientar as informações básica sobre a UTI.</p> <p>15. A comunicação é a base de tudo!!</p>
<p>ENF 08</p>	<p>2.Acho que a forma de falar a gente pode abrir portas ou fechar. Veja, tinha uma paciente hoje pedindo água,</p>				<p>7.Quando cria vínculo entre familiar e equipe, eles conseguem falar do sofrimento, às vezes vejo familiar chorando no leito do paciente, vou lá dou um abraço</p>	

<p>então expliquei que ela estava com reserva de água, porque estava urinando muito e apresentando um desequilíbrio hídrico, a mesma entendeu o que eu expliquei e me agradeceu. Poderia ter uma pessoa lá fora para explicar aos familiares como funciona uma UTI, explicar porque os pacientes entubados e com</p>				<p>e falo no ouvido dele, confie em Deus pense positivo, vai dar tudo certo, ai ele fala para mim, obrigado minha filha, isso aconteceu com um familiar que a mãe estava na UTI, estava para sair de alta, mais infelizmente a paciente faleceu, tive que consolar a filha da paciente, pois já tinha um vínculo com a mesma e neste momento ela se sentiu mais acolhida.</p>	
--	--	--	--	---	--

<p>ventilação mecânica, porque quando o familiar entra na UTI eles enlouquecem acham que o ente querido deles vai morrer, outro exemplo, quando o paciente está com ventilação mecânica, que tosse, o familiar entra em desespero achando que o paciente vai morrer, e sai gritando, enfermeira o paciente está morrendo, e a gente leva um susto danado,</p>					
---	--	--	--	--	--

	<p>achando que o paciente está parando, quando a gente chega lá o paciente apenas tossiu, ai vamos explicar o que houve, se o familiar tivesse um introdutório antes isso não aconteceria, uma das grandes limitações é a comunicação mal feita.</p>				
ENF 08					<p>8.Os enfermeiros não têm consciência disso, na faculdade aprendemos o que é humanização, mas muitos não colocam em prática, tem algumas enfermeiras</p>

					<p>que nem se identificam para o familiar, quando o familiar perguntam alguma coisa para os pacientes eles dizem que só o médico pode falar alguma coisa, não se colocam no lugar do outro, já vi paciente sobre custódia, em estado grave e colega falar, já matou tanta gente agora fique ai sofrendo, então falei o que é isso, é um ser humano, e se o familiar entra, tem tanta enfermeira que não gosta do que faz, não sei porque está na enfermagem, tem gente que não sabe o que é dar um sorriso.</p>	
ENF 09	1.Tento falar na linguagem que eles	Eu estava indo atender um paciente	Alguns compartilham e outros	No meu plantão quando o	6.Troco experiência falando sobre a perda da minha vó para	9.O corre-corre na UTI é grande, fazemos o possível para acolher o familiar, mas às

	<p>entendam, mas fico atenta para não falar sobre diagnóstico médico.</p>	<p>e visualizei o familiar chorando muito, então parei o que estava fazendo e fui dar uma rápida atenção, dei água, troquei algumas palavras e ele se acalmou mais.</p>	<p>famíliares são muitos reservados.</p>	<p>paciente se agrava muito, tento sempre acolher o familiar, mas infelizmente é de forma rápida.</p>	<p>tentar minimizar e mostrar que às vezes não tem jeito, chegou a hora da pessoa.</p>	<p>vezes, é muito difícil.</p> <p>10.Pergunto ao familiar se ele está com dúvidas, me apresento, lógico, falo do diagnóstico de enfermagem, o tubo é um terror, os familiares acham que o paciente vai morrer, tento explicar.</p> <p>11.Tem estratégias sim, através de reuniões para discutir assuntos do paciente família, o boletim médico é humanizado, mas acho que o enfermeiro deveria participar.</p> <p>12.Se a equipe é boa passa segurança para o familiar, tinha um paciente com 50% do corpo queimado, muito calado, mas sentindo muita dor, porém não comunicou nada a equipe, mas quando o familiar chegou, sinalizou e esse passou para mim, apliquei analgésico, mas se o familiar não chegasse, será que ele estava confiando na equipe.</p> <p>13.Visual, escrita e verbal, acho a verbal extremamente importante, pois temos que saber o que falamos para a família.</p> <p>14.Isso vai depender de cada profissional, devemos orientar, ser</p>
--	---	---	--	---	--	--

						<p>humanizado e ter habilidade científica.</p> <p>15.É falar de forma clara, e também entender o que as pessoas estão solicitando.</p>
<p>ENF 09</p>	<p>2.A gente não tem tempo de acolher o familiar, porque o ritmo é acelerado, a dinâmica de trabalho é grande, temos que fazer pedido de medicação, curativo, então não em como a gente dar atenção, por isso eles podem achar que nós somos distantes.</p>				<p>7.Como eu já lhe disse, isso vai depender do jeito de ser de cada paciente.</p>	

						8.Nem todos, já vi muitos profissionais robóticos, a forma de falar é uma ponte de aproximação.
ENF 10	<p>1.Tento explicar o básico, mas não passo diagnóstico médico, temos que ter muito critério quando vamos falar com o familiar, pois eles podem estar tentando checar as informações então temos que ter cuidado com a</p>	<p>Tiro as dúvidas principalmente de quem é leigo, o que mais eles ficam triste é ver o seu familiar entubado, tento minimizar essa situação.</p>	<p>A gente acolhe por estar gritando, chorando, chamamos o serviço de psicologia para apoiar, se tiver necessidade levamos até a emergência, porém aquele que está sofrendo calado, passa despercebido.</p>	<p>Não me envolvo, prefiro ficar distante.</p>	<p>6.Mais ou menos, acho que o profissional não dar espaço, se a pessoa não acha esse espaço fica difícil falar de sua vida, geralmente a atenção é dada para quem coloca a boca no trombone.</p>	<p>9.O familiar faz parte do cuidar da enfermagem, pois necessita de orientação pela equipe e apoio emocional, porém ele um grande fiscalizador se a equipe está desempenhando bem as suas funções.</p> <p>10.A enfermeira deve se identificar, orientar nas lavagens das mãos, explicar os medicamentos, estamos aqui na unidade colocando o familiar para observar os cuidados principalmente com os curativos de úlceras. Não entendo porque os profissionais quando estão realizando os procedimentos pedem para que o familiar saia, se fosse uma parada, tudo bem, talvez seja para os familiares não identificar as falhas.</p>

	comunicação				<p>11.O horário de visita, o boletim médico a forma que os profissionais devem tratar os familiares e os pacientes, explicar para a família todos os procedimentos que vão realizar com o paciente. Nas reuniões falamos como os profissionais devem tratar tanto os pacientes quanto os familiares de forma humanizada, não ficar com medo de familiar poliqueixoso, olhar o outro com mais cuidado. Já existe pretensão de que o enfermeiro participe do boletim médico.</p> <p>12.É importante desenvolver essa relação com a família, teve um paciente que chegou bastante magro, com 36 anos e aparentava 80 anos, o médico solicitou a sorologia para HIV e deu positivo, quando reunimos a esposa a mesma não teve surpresa pois já sabia, mas não avisou nem ao médico nem à equipe de enfermagem.</p> <p>13.A comunicação bem feita é extremamente importante, sou muito de caras e bocas isso é horrível, sei que preciso mudar. Veja quando a comunicação é bem feita, um paciente</p>
--	-------------	--	--	--	--

					<p>foi dado o diagnóstico de morte encefálica, abordei a família e conseguir que elas doassem os órgãos, percebi que as famílias não doam os órgãos por que não tem informações adequadas.</p> <p>14.Sei que as relações são difíceis, principalmente se colocar no lugar do outro, sei que muitos colegas vêm de 12h de outro emprego para dar um plantão na UTI, então ele não vai estar 100%, com isso todos nós perdemos, familiar, paciente e profissionais na assistência que está sendo dada.</p> <p>15.É dar e receber uma mensagem de forma clara, por exemplo, um paciente foi a óbito e pela determinação de hospital, se o familiar não estiver na unidade tem que ser comunicado em uma hora, então aconteceu num final de semana, o paciente morreu às 22h de domingo, não temos serviço social no domingo, o técnico e o enfermeiro só observaram um número de celular, as não foram para a ficha onde tem outros telefones, então esse familiar só foi avisado às 9h da manhã de segunda-feira, onde chegou aborrecido, chateado</p>
--	--	--	--	--	--

ENF 10						e com toda razão, será que não faltou mais dedicação para detectar os números de telefone?
	2.Acho que o quantitativo de profissionais pode ser um limiar, se o familiar tem uma queixa na hora, pode não ter um profissional para responder devido à sobre carga.					7.Como eu já disse o familiar só fala dos seus sentimentos se tiver espaço pela equipe, caso contrário isso não ocorre.
						8.Isso é um fato, o nosso agir, falar é uma terapêutica para o familiar, acho que muitos profissionais falam gritando, ficam estressados devido à sobre carga e questão financeira, não

					atendem bem o paciente imagine o familiar. Quanto a grosseria dos profissionais, isto é uma questão de educação doméstica, você pode estar estressado e depois pedir desculpas, o importante é reconhecer os erros.	
ENF 11	1. Me identifico, tem uns que só que fala com os médicos.	Tento dar atenção aos familiares que choram, dando apoio emocional.	Se você dar atenção o familiar confia e expressa seus sentimentos.	Me envolvo de forma discreta, dando apoio.	6. Não falo das minhas experiências, apenas cuido do paciente.	<p>9.O familiar é importante para o enfermeiro, mas infelizmente não temos tempo para ele.</p> <p>10.Tiro as dúvidas, quando sou solicitada</p> <p>11.Boletim médico, a forma humanizada pelos enfermeiros que gostam da enfermagem.</p> <p>12.Sim, principalmente para o paciente lúcido, quando o familiar gosta da gente, nós conseguimos trabalhar melhor com os pacientes.</p> <p>13.Comunicação verbal e importante, mas o toque o sorriso também</p>

						<p>14.Não temos estratégias, apenas cada um Hage de acordo com as orientações da coordenação.</p> <p>15.Comunicação é a forma de falar.</p>
ENF 11	<p>2.O vocabulário pode ser uma barreira, tento falar de forma esclarecedora</p>				<p>7.Tem família que fala apenas o essencial.</p>	
					<p>8.Nem todos os profissionais, temos muitos colegas que não gostam da profissão e também não temos um piso salarial definido, tudo isso interfere na postura do profissional.</p>	
ENF 12	<p>1.Me apresento ao familiar, não</p>	<p>Tem familiar que é muito estressante e</p>	<p>No primeiro encontro é difícil eles</p>	<p>Acho que o familiar precisa de</p>	<p>6.Não falo pois infelizmente o familiar pode interpretar com</p>	<p>9.O familiar é muito importante para o paciente por isso temos que dar apoio</p>

	<p>falo muito sobre o paciente digo que o médico vai falar o estado geral do paciente para ele.</p>	<p>passa esse estresse para a equipe e até para o seu familiar, e as vezes não quer nem ouvir o que temos para falar.</p>	<p>falarem, mas depois passam os dias e a afinidade chega.</p>	<p>uma palavra de apoio mas o meu olhar é voltado para o paciente.</p>	<p>intimidade e depois trazer problemas.</p>	<p>ao mesmo.</p> <p>10.O corre-corre é grande temos que dar conta dos procedimentos então infelizmente fico distante da família.</p> <p>11.O boletim médico, o horário de visita.</p> <p>12.A família quando tem vínculo, confia na equipe pelo tratamento e educação da mesma.</p> <p>13.O poder do sorriso, mesmo que seja 10 minutos, quando o familiar estiver chorando é importante saber a hora de chegar e as vezes até de calar, se agirmos como seres humanos o familiar sempre vai ter confiança.</p> <p>14.Compartilhar mais com o familiar pois assim eles têm mais segurança, sei que o corre-corre é grande mais tento fazer a minha parte, tenho a minha consciência tranquila tendo a certeza que fiz o melhor.</p> <p>15.Tem vários tipos de comunicação, para mim o mais importante é a verbal, explicar os procedimentos não adianta pedir para o familiar sair e não explicar</p>
--	---	---	--	--	--	---

ENF 12						o que vai fazer, lógico que ele vai chamar o profissional de mal educado e o familiar fala para os outros familiares a enfermeira de hoje é ótima é bastante educada.
	2.Se eu chegar e o familiar estiver com a face de sofrimento, me reservo, não sei como chegar.				7.Passo sempre coragem para os familiares, teve uma paciente que perdeu a irmã e era a única que tinha e estava chorando muito, então naquele momento dei o meu apoio.	
					8.Acho que nem todo profissional sabe da importância de acolher e tratar bem o familiar.	
ENF 13	1.Me identifico, mas o primeiro encontro é difícil, porque o impacto é muito forte	No meu plantão um familiar veio trazer o esposo e este veio diretamente	O familiar pode compartilhar no primeiro encontro, porém, vai depender de	Não tive muitas intercorrências com o familiar, às vezes eles perguntam	6.Quando a confiança existe, isso acontece.	9.O familiar é a rede social do paciente, ele é extremamente importante para a recuperação do paciente, por isso temos que ter um outro olhar para a família. 10.Falo para que serve as medicações, não fico perguntando o que aconteceu,

	<p>para eles e a sobre carga de trabalho para nós dificulta o contato, a gente tenta dentro das possibilidades, dar atenção.</p>	<p>para a UTI, ela era de outra cidade, não tinha onde ficar e nem tinha almoçado, me relatou toda a situação, conseguir com a nutrição o almoço e uma outra acompanhante ouvindo a conversa sensibilizou-se com a situação e chamou para ficar na casa dela. Veja, com todo esse corre-corre é importante dar atenção</p>	<p>sua abordagem.</p>	<p>sobre o quadro clínico do paciente e aí a gente não pode falar, mas tento explicar as normas e minimizar os questionamentos.</p>		<p>vou para o prontuário.</p> <p>11.Na UTI a gente tenta humanizar a cor das roupas, cada profissão é identificada pela cor, o boletim médico, as enfermeiras devem participar dando a sua colaboração.</p> <p>12.É importante sermos acolhedor com o familiar, mas também, é necessário ser firme, mas não mal educado, pois, o familiar ajuda, mas também atrapalha.</p> <p>13.O toque, o rosto, o olhar, podem dizer muitas coisas, por isso cabe à equipe de enfermagem ter sensibilidade para entender e ao mesmo tempo tomar cuidado com a comunicação não verbal que eles fazem quando vão atender um familiar.</p> <p>14.Acolher bem o familiar, dar atenção ao paciente, ter conhecimento científico.</p> <p>15.Realizar uma comunicação clara e objetiva com o familiar.</p>
--	--	--	-----------------------	---	--	---







ENF 13		ao familiar, temos que ter sensibilidade , a gente não sabe o dia de amanhã.				
	2.Uma das barreiras é a sobre carga de trabalho, pois temos pacientes graves na UTI.				7.Não falo das minhas experiências pois não gosto de criar expectativas.	
					8.Acolher com um sorriso é demonstrar como podemos ser simpáticos, para tratar alguém bem, temos que estar bem resolvidos com os nossos problemas, fazer uma viagem interna, quando não estou bem é ai que trato a pessoa muito melhor, as vezes fico	

					36 horas sem dormir.	
ENF 14	<p>1.Meu contato é quando o familiar vem perguntar alguma coisa, quando identifico algum problema na beira do leito, ou quando ele necessita de algumas informações.</p>	<p>O familiar precisa de atenção, e é importante os profissionais levarem em consideração as questões sócio econômica dos familiares, pois muitos deles têm vergonha de perguntar, o que o paciente tem, o que são aqueles aparelhos, é difícil na assistência você ver um familiar chorando e</p>	<p>No primeiro contato vai depender do equilíbrio emocional do familiar para isso acontecer.</p>	<p>Se o vínculo foi formado o familiar fala dos seus sentimentos.</p>	<p>6.A equipe de enfermagem fala às vezes que é até psicólogo, pois quando o médico não quer dar notícia do óbito, somos nós que fazemos, então abraçamos o familiar e tentamos acolher.</p>	<p>9.O familiar ele é benéfico para o paciente, mas também, alguns podem atrapalhar o tratamento do mesmo.</p> <p>10.É importante que a equipe de enfermagem esteja mais a beira do leito, dando carinho, afetividade e atenção ao paciente. Buscamos uma UTI com maior humanização e um contato direto com o familiar, aumentando assim o vínculo e a relação.</p> <p>11.Fazemos reuniões para humanização com equipe e os gestores, o nosso horário de visita é humanizado, a equipe de enfermagem está tentando se adaptar ao novo horário de visita, pois entendemos quanto mais tempo o familiar passa com o paciente é melhor para o mesmo.</p> <p>12.A comunicação com a equipe e familiar deve ser de forma horizontal e contribuir desta forma para o bem estar do paciente.</p> <p>13.O gesto, as caras e bocas podem causar mal-estar, por isso é necessário a</p>

		não se envolver.				<p>importância da comunicação não verbal.</p> <p>14.A enfermagem deve ter como estratégia o acolhimento.</p> <p>15.A comunicação é extremamente importante, pois o que falamos para o familiar temos que ter muita certeza para não trazer problemas.</p>
ENF 14	<p>2.O nível cultural, o estado emocional da equipe e do familiar, pode ser uma limitação. A abordagem, a forma de apresentação dos profissionais para o familiar. Criamos um fardamento com cores diferentes para ter</p>				<p>7.Não consigo passar as minhas experiências.</p>	

	<p>identificação, as vezes os profissionais não se identificam pelo nome e o familiar fica sem saber com que profissional estar falando.</p>				
<p>ENF 14</p>				<p>8.Eu tenho essa consciência que a forma de falar e a nossa postura é importante para o familiar, mas nem todos os profissionais tem essa consciência. Tento acolher e quando acontece algo com o familiar que me tira do sério, respiro fundo, me tranquilizo e tento fazer a coisa certa.</p>	

QUADRO DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DE ACORDO COM O **MODELO DE Travelbee** (a ser inserido como apêndice)

TÉCNICOS	RESPOSTAS RELACIONADAS					
TEC 1	Pergunta 01 e 02 	Pergunta 03 	Pergunta 04 	Pergunta 05 	Pergunta 06, 07 e 08 	Pergunta 09, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 
	<p>01.A minha conduta é dar um bom dia ou boa tarde, para ter uma aproximação, eles perguntam e a gente pergunta na</p>	<p>Técnicos, enfermeiros tem hora que temos que ser psicólogo, (risos) pois o familiar começa a chorar, passar mal, temos que</p>	<p>Compartilha, eles choram, contam o que aconteceu, ficam angustiados, ansioso para chegar o outro dia para retornar no horário da</p>	<p>Eu me envolvo sim! Tinha um paciente muito grave que o filho via visitar e ele chorava muito no horário da visita, porque</p>	<p>06.Falo das minhas experiências, teve uma vez que contei para um familiar, sobre a dor da minha perda, pois minha irmã</p>	<p>09.Faz sim, temos que orientar como tocar o paciente, apoiar e falar palavras de confiança, pois o momento é difícil.</p> <p>10.No horário de visita deveríamos estar mais perto, para explicar os aparelhos e dar apoio.</p> <p>11.Claro que sim, o horário da visita, eles orientam para falarmos com o</p>

	<p>medida do possível, pois as informações do quadro clínico só o médico pode dar.</p>	<p>dar água, falar que tem que ser forte.</p>	<p>visita.</p>	<p>ele achava que todo paciente que estava na UTI vai morrer, então falei para ele ter calma que aquele quadro poderia mudar. Ele disse ele ontem estava falando e hoje não aperta mais minha mão; essa situação para o familiar não é fácil, temos que dar apoio emocional.</p>	<p>tinha 36 anos ficou na UTI dois meses e faleceu, mas digo ao familiar não gostaria de ver minha irmã sofrendo, Deus sabe de tudo na nossa vida, se chegou a hora do seu parente, como chegou da minha irmã temos que superar e tirar lição de vida.</p>	<p>familiar, ser educado, responder as perguntas até um certo limite</p> <p>12. temos que ter sensibilidade, pois para o familiar é difícil esse momento, então como não ajudar.</p> <p>13.às vezes o familiar chega com a cara fechada, mas não aborrecido, pois quem está com seu familiar na UTI não vai chegar sorrindo, alegre, então vou até ele falo tenha fé, acredite em Deus, não fique assim, acabam até chorando, por isso a comunicação não verbal é importante.</p> <p>14.Não temos estratégias definida, temos que ser educados, acolher o familiar.</p> <p>15.Como técnicos não podemos tirar todas as dúvidas, então falo que no boletim médico ele podem tirar, para não fazer uma comunicação errada.</p>
<p>TEC 1</p>	<p>02.Vou tentando puxar conversa, mas tem família que não quer</p>	<p>.</p>			<p>07.Tem momentos que sim e outros que não vai depender da</p>	<p>.</p>

	conversa, ficar quieto no seu canto, fica só olhando.			abordagem da equipe, quando falo tenha fé, coragem, pode vir outros colega e fala de forma negativa, vai depender de cada profissional, se eu ver uma colega falando negativo, sou capaz de intervir.	
TEC 1				08. Não tem estratégia, o boletim é uma forma humanizada, organização do setor as orientações são importante para o familiar lavagem das mãos, aconselhar o	

					familiar conversar com o paciente, passar um apoio.	
TEC 2	01. Me apresento e explico o tratamento pergunto se tem dúvidas? Para tirar com o médico na hora do boletim.	Precisa do nosso apoio, pois o ambiente para ele é desconhecido, os aparelhos também.	No primeiro momento não, eles estão assustados, muito emocionados, choram muito, tem medo do que estão visualizando.	Procuro me reservar, mas tento dar apoio, quando necessita chamo a psicóloga	06. Não consigo, a minha experiência com meu pai não foi boa, então, posso passar pensamentos negativos.	09. É responsabilidade nossa tratar a família bem, hoje teve uma mãe que me perguntou como está minha filha, falei estou chegando agora no plantão, mas ela está estável, qual quer dúvida na hora do boletim a senhora tirar, então nós temos que dar atenção ao familiar, para uma mãe não é fácil ver sua filha de 19 anos em coma. 10. tem cuidados que não podemos deixar de fazer na hora da visita, as medicações o controle hídrico, às vezes percebo que o familiar que ficar sozinho, oriento que pode falar com ele, tocar, fazer carinho. 11. O horário do boletim, recebemos orientação que podemos falar com o familiar só o necessário. 12. Pasei por essa situação com meu pai internado na UTI e sei o quanto é importante a equipe tratar a família e

						<p>o paciente</p> <p>com humanização, a família fica mais tranquila</p> <p>13.O família chega e ver o paciente entubado, sondado e monitorizado, fica desesperando achando que seu familiar está a beira da morte, então a gente tem que observar os gestos dos familiares para tentar ajudar.</p> <p>14.Vai depender dos familiares, cada um tem a sua história, temos que orientar sobre as normas e rotinas da UTI.</p> <p>15.Acho que a comunicação não verbal a equipe deve estar atenta com muita sensibilidade para perceber, pois a rotina é grande e às vezes não percebemos esses detalhes.</p>
TEC 2	02. Acho que uma limitação é que os familiares querem que a gente fala do				07. Eles conseguem quando tem confiança na equipe, caso	

	quadro clínico do paciente e isso só médico pode falar. Eles chegam até chorando vamos tentar dar um apoio, mas o corre corre é grande.				contrário não	
TEC 2					08. Acho que sim, é importante transmitir segurança para o familiar, dessa forma você consegue minimizar a angustia e o medo dessa família.	
TEC 3	01. Primeiro fico olhando disfarçadamente e então quando o familiar olha	É preciso dar atenção ao familiar e orientar também, pois depende do desespero uma vez um familiar veio visitar o seu primo na UTI que	Não tem como não se envolver, Mas não posso transmitir meus sentimentos,	06. Hoje a filha de um paciente estava chorando, dizendo que	09. É preciso que o familiar saiba de todas as informações sobre o paciente. 10. Ficar atenta para o familiar não tirar foto, porque a gente não pode se

<p>pergunto se está precisando de algo, graças a Deus tenho facilidade para lidar com as pessoas, oriento que deve pegar na mão, chama o paciente pelo</p>	<p>quando o paciente sair quem vai cuidar dele é o familiar. No dia a dia apoiamos o familiar, temos que nos colocar no lugar do acompanhante.</p>	<p>tinha sofrido um acidente grave, quando ele viu o familiar no leito, aquela visão chocou tanto que entrou em desespero, teve medo e me procurou dizendo que ia ligar para a família providenciar o velório, então expliquei a ele calma meu filho esse quadro pode retroceder, esse paciente é jovem e pode melhorar, conseguir tranquilizar, esse paciente muitos meses depois saiu de alta com algumas sequelas.</p>	<p>acho se isso ocorrer vou aumentar o sofrimento do familiar, tenho piorisse por estresse, acho que são essas emoções que tento neutralizar na UTI</p>	<p>lutou tanto para levar o pai no médico e ele não queria vir, falei com ela que meu marido também é assim, mas não entrei em detalhes, isso é importante por que tem familiar que se culpa pela situação eu deveria ter feito isso aquilo, então disse a ela cada um faz as suas escolhas e temos que tirar lição também no sofrimento. Troco experiências com limite.</p>	<p>expor, a enfermagem já é muito criticada, não estamos fazendo na fora da lei, é que quando a posso filma ou tira foto ela não sabe em que situação foi e pode ter várias interpretações.</p> <p>11. Somos orientado para tratar de forma humanizada o familiar dentro de um protocolo, que acho frio, certo que não vamos dar diagnóstico médico, não temos cacife para isso, mas podemos falar outras coisas que não vão comprometer.</p> <p>12. O paciente se sente mais aconchegado quando ocorre essa relação.</p> <p>13. Temos que estar sempre atento, percebi hoje que os filhos estavam sem saber como fazer para falar com o pai, então cheguei mandei eles chama pelo nome e quando eu fiz isso ele abriu os olhos, nem a equipe percebeu que ele já estava abrindo os olhos, chamei o filho e deixei ele falando com o pai.</p> <p>14. tento da minha forma acolher e</p>
--	--	---	---	--	---

						trata bem o familiar. 15. É de expressar e tentar passar da melhor forma possível às informações para o familiar.
TEC 3	Meu contato é com o paciente e quando o familiar vem perguntar alguma coisa.					07. Quando tem confiança eles falam de tudo, recebi essa semana um abraço de um acompanhante, ele me agradeceu e falei que estava fazendo a minha parte, graças a Deus sou intensa em tudo que faço, no dia que partir sei que fiz a diferença.
TEC 3						08. Nós somos autorizados para dar o

					mínimo de informações possível, até para não dar uma informação equivocada, isso até compreendo, tento me solidarizar com o acompanhante, me coloco no lugar dele é a primeira vez que estou aqui, tudo para ele é novidade, tento passar para ele que aquela situação pode ser momentânea.	
TEC 4	01. Falo o meu nome, procuro usar os termos mais simples possível para o	Até a forma de explicar como se faz um curativo, falar das medicações	Compartilha, quando isso não acontece é porque a equipe é ignorante com	Não me envolvo.	06. Aqui no hospital não podemos dar maiores informações,	09. Precisa de toda atenção, porque eles estão fragilizado. 10. Orientar sobre higienização, acolher o familiar.

	familiar entender, não uso termos técnico com o familiar.	que o paciente está usando isso já é uma forma de dar atenção.	ele.		para não ter entendimento errado pela família.	<p>11. Explicar o que vai fazer como procedimento para o familiar, o horário da visita,</p> <p>12.O trabalho fluir bem, e isso é bom para o paciente que fica mais seguro com a equipe e o familiar mais tranquilo.</p> <p>13.O médico é que comunicar e tirar as duvidas.</p> <p>14.Sinceridade, antes de tudo você tem que gostar do que faz e se colocar no lugar do outro.</p> <p>15.A comunicação deve ser clara.</p>
TEC 4	02. Vai depender do momento da equipe e do familiar, tem familiar que não quer conversa, mas vou tentar falar, pois o medo da morte por eles é muito grande.				07. O familiar sofre muito, às vezes ele não sabe o que fazer, teve uma mãe que o filho sofreu um acidente de moto e ele queria que eu ficasse sempre cuidando do	

					filho dela por eu fazia com amor, o paciente faleceu com 24 anos.	
					08. Não sei se consciente, pois tem muita gente que trata o familiar sem humanização.	
TEC 5	01. Falo o meu nome, tento aproximação, mas sem passar maiores informações sobre o paciente	Precisa, mas nem todos estão sensível a presença do acompanhante.	No primeiro momento encobre os sentimentos, depois ele tendo confiança ele fala tudo e também o ambiente assusta o familiar	Chegar perto, dar uma palavra de apoio.	06. Não minha experiência não é positiva, meu marido morreu em um acidente de carro.	09. A família faz parte do nosso cuidar orientando sobre as normas e rotinas da UTI. 10. Orientar o familiar lavar as mãos, tocar o paciente 11. O boletim médico, mas acho que não temos muito como interagir, porque depende do corre-corre e não podemos dar muitas informações, então tudo é o médico. 12. Quando essa relação é harmônica, faz bem para todos equipe, familiar e

						<p>paciente.</p> <p>13.è importante para entender quando o familiar está triste, com cara fechada.</p> <p>14.depende da educação da equipe e também dos familiares, tem uns que chegam que só que conversar com o médico.</p> <p>15.A comunicação deve ser a mais clara e objetiva possível para que o familiar possa entender tudo o que está passando com o paciente.</p>
	02. Depende do tratamento que a equipe da ao familiar e como essa chegam na UTI.				07. Tenho vinculo até hoje com essa família, vou para os aniversários.	
					08. Tenho essa consciência que quando nos comunicamos positivamente com o paciente ou familiar	

TEC 5					estamos realizando uma forma de tratamento terapêutico. .	

TEC 6	<p>01.Depende do momento que o familiar chega na unidade, teve uma vez que a mãe de um paciente chegou desesperada, ele tinha sofrido um acidente e era usuário de droga, estava grave, não sei se pelo desespero ela me falou tudo da vida do filho, geralmente os familiares de</p>	<p>Veja aquela mãe que falei, tive que abraça, acolher e falar que Deus sabe de tudo.</p>	<p>No primeiro momento eles tem uma resistência, mas depois falam das angustias, dos medo de perder seu parente. Teve um caso que me marcou, uma paciente adolescente sofreu um acidente e a mãe sofria muito em ver a filha dela naquela situação, eu ficava muito comovida, porque tenho filho e me</p>	<p>Não me envolvo quando o paciente morreu, não tenho coragem de ver o familiar,</p>	<p>06.Falo das minhas experiências sim, conto do problema que minha irmã teve que foi muito grave e ela saiu da UTI e está bem.</p>	<p>09.A família ajuda muito ao paciente melhorar, gostei de ter aumentado o horário da visita, os pacientes que estão lúcido perguntam já estar na hora da visita.</p> <p>10.Não deixamos nossa rotina, falo para fazer higiene das mãos, cuidado do paciente e caso perguntem alguma coisa tiro as dúvidas, dentro do que posso falar.</p> <p>11.O número de funcionários deveria ser maior para que a gente tenha mais tempo com o paciente e a família.</p> <p>12.Se o paciente está lúcido a família passa para que ele tenha confiança na equipe e quando essa relação não acontece até o paciente fica desconfiado da equipe e dificulta até o</p>

	usuários de drogas são mais resistente de aproximação.		colocava no lugar dela.			tratamento. 13. A comunicação é importante, o ser humano tem que saber tratar o outro. 14. Não tenho estratégia tenho é meu jeito de ser. 15. Quando a comunicação é bem feita, ouvir, falar de forma clara, se tem possibilidade de tirar dúvidas, porque não fazer, ter sensibilidade. Ninguém esta aqui porque quer.
TEC 6	02. Se o familiar for uma pessoa grossa, a gente se fecha e se for o contrário o familiar se fecha, os familiares que chegam aqui é				07. Quando tem confiança na equipe, primeiro eles ficam mais tranquilo, porque sabem que o seu familiar está	

	muito humildes, então é só a equipe conversar com simplicidade.				bem cuidado e falam da vida lá fora, das dificuldades financeiras, dos medos	
TEC 6					08. Tem consciência, o jeito de ser de cada um é importante quando fala com o familiar. Acho que devem escutar o familiar ele não pediu para estar aqui.	.
TEC 7	01. Falo com eles, se me pedem informação dou, se falam respondo.	Falo dos aparelhos, das medicações, mas não posso falar do quadro clínico.	Não falam no primeiro encontro, depois alguns falam sobre os seus sentimentos.	Não quero nem tá perto se não choro	06. Estou preocupada com a mãe dessa paciente de 19 anos, que está em coma, acho que ela tem confiança na equipe, mas	09. A família ajuda para o paciente se sentir seguro, mas atrapalha quando estamos fazendo procedimento e ficam perguntando para que serve isso e aquilo, acabamos perdendo tempo, temos que parar e responder. 10. No horário de visita se eles me perguntam se der para responder ótimo se não mando procurar a

Tec 7					<p>chega calada e sai calada, também não me sinto a vontade para falar com ela.</p>	<p>enfermeira e o médico,</p> <p>11.O horário da visita acho que é humanizado.</p> <p>12.Acho que sim (ficou pensativa) O paciente fica mais seguro.</p> <p>13.Tem que explica tudo para o familiar e para o paciente se este estiver lúcido, porque quando não é feita essa comunicação, o paciente pode achar que a equipe vai descontar algo nele.</p> <p>14.Trato todo mundo bem, mas depende do jeito de ser de cada um</p> <p>15.É importante você explicar tudo que vai fazer com o paciente, teve um colega que administrou uma insulina no paciente, mas não explicou ao familiar e esse deu queixa na direção. Temos que ser claro com o familiar.</p>
	02. Se eu chegasse gritando e eles fossem grossos comigo, não					07. Não falo da minha vida, tento só falar coisas positivas, quando dar

TEC 7	teria relação				tempo.	
					08.Não tive oportunidade para perceber, mas acho que sim.	
TEC 8	01.Falo o meu nome e se está precisando de alguma coisa.	Precisa de atenção, falar dos aparelhos, muitos nunca entraram em uma UTI	Depende da situação, foi uma vez a mãe de uma amiga minha que deu entrada na UTI e a filha chorou muito, então fiquei bastante emocionada.	Não gosto de estar presente com o familiar nessa hora.	06.Não falo da minha vida, pois o familiar pode confundir as coisas	<p>09.Pode ajudar e também atrapalhar, ajuda o paciente porque precisa de palavra de apoio e atrapalha quando estamos no corre-corre temos que parar para explicar ou falar depois.</p> <p>10.Nós orientamos para o familiar aproximar e tocar o paciente, mesmo aquele que está entubado.</p> <p>11.Precisamos de mais tempo para ter uma relação boa com os familiares, às vezes é difícil porque a rotatividade de paciente é grande.</p> <p>12.O paciente sente mais seguro, quando a equipe e familiar se dão bem.</p> <p>13.É importante falar de forma clara, porque os familiares são muito simples.</p>

						<p>14.É importante explicar os procedimentos que vai ser feito com o paciente.</p> <p>15.É falar para o outro entender.</p>
TEC 8	<p>02.Como os profissionais não pode dar maiores informações para o familiar sobre o paciente, acho que isso é uma barreira no relacionamento.</p>				<p>07.Se a confiança chegar entre o familiar e equipe, eles falam para a gente, tento sempre ajudar..</p>	
TEC 8					<p>08.Acho, que alguns fazem isso, mas nem todos, porque isso vai muito da pessoa. Eu faço a minha parte</p>	
TEC 9	<p>01.Dou bom dia, tento ser</p>	<p>Temos sempre que explicar como já disse</p>	<p>. A gente não pode se abrir muito, porque</p>	<p>Não me sinto bem para falar com o familiar</p>	<p>06.Falo sempre da experiência com meu pai</p>	<p>09.A família é muito importante para o paciente fala palavras de apoio e</p>

	cordial.	eles não tem o conhecimento das medicações, dos aparelhos da rotina na unidade.	querem o número do celular para ligar, temos que dar limite.	do óbito	estava com uma doença grave e melhorou, falo isso para o familiar ficar mais confiante.	<p>carinho.</p> <p>10.Só falo do que da minha competência o que é do médico falo que na hora do boletim pode perguntar.</p> <p>11.A direção fala para a gente estimular proximidade do familiar com o paciente.</p> <p>12.Acho importante essa relação tendo limites</p> <p>13.A equipe tem que explicar a rotinas da UTI, porque tem paciente que fica assustado com o ambiente.</p> <p>14.Não tenho estratégia se o familiar me pergunta eu dou atenção se não me perguntar vou fazer meu trabalho, me preocupo com o paciente.</p> <p>15.A comunicação tem que ser simples para o familiar entender e não fazer confusão.</p>
TEC 9	02. Uma barreira também é a		.		07. Eles quando confiam fala	

<p>forma que o familiar aborda a equipe, teve um paciente que acabei de dar o banho o familiar chegou e nesse meio tempo ele fez dejeções eu estava atendendo outros pacientes naquele momento fazendo medicação, então ela falou não vai limpar o meu pai, disse a ela tenho que fazer essa medicação nesse paciente se não ele pode morrer e coco não mata ninguém, então</p>				<p>para gente dos problemas financeiro, das dificuldades de deixar os filhos com outras pessoas, mas de forma rápida, porque a gente não para.</p>	
---	--	--	--	--	--

TEC 9	eles não tem conhecimento e não entende.					
					08.Não sei se todo mundo tem consciência disso, mas tento tratar todo mundo bem, não sabemos o dia de amanhã	
TEC 10	01.Dou atenção e procuro ser simpático com o familiar, hoje teve um acompanhante que entrou na UTI e ficou chocado com o ambiente, então, tive que explicar os aparelhos e falar da rotina da UTI, pois ele	Precisa de atenção sim, às vezes acho que não percebemos isso, acho que é porque já nos acostumamos com o ambiente, mas o familiar não, ele não conhece, não sabe dos aparelhos, que	Lembro de um paciente adolescente que ficou muito tempo aqui, o pai chorava muito, falava dos problemas que estava enfrentando, ele solicitou para trazer um bolo para comemorar o aniversário do filho, foi	.Acho importante da força, apoio para o familiar é um momento muito difícil.	Tem colegas que vem de 12 horas de outro emprego para dar plantão na UTI, então eles não estão 100%, com isso todos nós perdemos nessa assistência	09.Tenho quatro anos na UTI e vejo o quanto a família é importante para o paciente. 10.A nossa rotina é bastante agitada, tento dar esse apoio ao familiar quando posso, mas quando acontece algo pela manhã chamamos a psicóloga, porém não temos esse serviço à tarde e nem nos finais de semana. 11.Oferece, mas por exemplo não podemos falar do quadro clínico do paciente só médico, então tem

	<p>não conhecia.</p>	<p>tem de fazer a higiene das mãos.</p>	<p>autorizado e todo mundo da equipe participou, o filho saiu de alta ele voltou para agradecer o carinho que a equipe teve com o filho dele.</p>			<p>familiar que não quer falar com a gente</p> <p>12.É importante essa relação, mas tem colega quando o paciente está lúcido que chamam toda hora</p> <p>Acha tanto o familiar como o paciente chato.</p> <p>13.Temos que falar de forma clara e perceber o que o familiar está sentindo.</p> <p>14.A equipe tem que tratar o paciente de forma acolhedora e também falar sempre a verdade para o familiar.</p> <p>15.A comunicação é falar de forma clara e também saber ouvir.</p>
<p>TEC 10</p>	<p>02.A forma de trata o familiar e a forma que esse chega até a equipe, vai depender disso para ter uma boa ou ruim relação.</p>				<p>07.Eles falam, mas às vezes me reservo, porque a gente sofre também.</p>	

TEC 10					<p>08.Acho que com o passar do tempo vamos neutralizando as nossas emoções, não ficamos frios, ficamos mais resistentes as emoções, mas tem colegas que não gosta da família porque acha que eles estão apenas para fiscalizar o trabalho da equipe. Nem todo mundo tem essa consciência depende da forma de ser de cada um.</p>	
TEC 11	<p>01.Procuro deixar eles a vontade, oriento que</p>	<p>Com certeza, veja a situação de meu cunhado que</p>	<p>Depende da relação que é construída com a equipe se for de</p>	<p>Me envolvo, vou acolho o família, caso tenha sido no</p>	<p>06.Não consigo falar das minhas experiência, não sou uma pessoa</p>	<p>09.teve um familiar que passou mal aqui quando viu seu pai fazendo hemodiálise, porque a maquina é feia de se ver e o familiar fica assustado,</p>

<p>pode conversar com o paciente</p>	<p>passou mal, porque estava nesse ambiente, não conseguiu ver a mãe nessa situação, se a equipe não acolhe-se ele seria muito pior.</p>	<p>confiança a família fala de tudo, das condições financeira, dos medos, angustias.</p>	<p>meu plantão essa situação.</p>	<p>que falo da minha vida.</p>	<p>então é necessário orientar o familiar do que estar acontecendo.</p> <p>10.Deixar ele a vontade com o paciente, não falo do quadro clínico.</p> <p>11.O horário de visita, o boletim médico são momentos oferecido pela instituição para que a equipe possa interagir.</p> <p>12.Isso é muito bom para o paciente, familiar e equipe porque o trabalho flui e a confiança do familiar passa para outras pessoas da família e quando o paciente sair do coma, o familiar passa essa confiança para ele e esse já vai acreditar na equipe.</p> <p>13.Todo tipo de comunicação é importante, mas se você não trata o familiar bem essa comunicação vai ficar difícil.</p> <p>14. Humanização depende de cada um, se colocar no lugar do outro.</p> <p>15.Saber ouvir, ter a forma de fala, hoje tinha uma senhora com seu pai e estava desesperada porque meu pai estar com esse tubo na boca? Falei</p>
--------------------------------------	--	--	-----------------------------------	--------------------------------	--

						tenha calma que vou explicar e ela ficou mais calma, caso não desse importância como ficaria esse familiar?
TEC 11	02. Acho que a limitação maior é a questão de conhecimento do familiar, às vezes a gente explica mais não consegue entender pela questão de escolaridade				07. Consegue falar, mas depende do momento e da confiança com a equipe	
					08. Não tem consciência, isso acontece pela experiência de cada um, cada um se posiciona a depender do seu jeito de ser.	
TEC 12	01. Pergunto como vai, se	Precisa está vigiando porque	Quando ele tem confiança, fala de	Não me evolvo muito não, mas	06. Sim tento falar para eles	09. Às vezes a atrapalha o nosso trabalho, mas são muito importante

<p>está tudo bem, lógico que não estar, porém é a forma que encontrei para me aproximar.</p>	<p>eles mexem nos aparelhos, ficam também sensível choram e é preciso ajudar em todos os sentidos</p>	<p>tudo, teve um paciente que ficou internado aqui e seu filho de 16 anos ficávamos sempre conversando, sobre futebol, mas o pai dele foi ficando grave e no dia do meu plantão o filho desabafar e começou a chorar em cima do pai e dizer pai não me deixe, retirei o menino e abracei muito ele, e disse a ele tenha calma tudo vai acontecer como deve ser, sua mãe vai precisa muito de você agora. Ele foi ficando mais calmo, fiquei também muito sensibilizado com</p>	<p>dou atenção, pois o que não quero para mim não quero para o outro, por isso procuro acolher o familiar</p>	<p>das minhas experiências com outros pacientes na minha família, para tentar ajudar eles, dando força, pena que o tempo é curto e nossa rotina é muito trabalho.</p>	<p>para o paciente, então a gente tem que ter cuidados também com eles.</p> <p>10.Tento acolher, porém não podemos falar do quadro do paciente, mas se pergunta teve febre não respondo nem sim ou não, falo que não temos autorização.</p> <p>11. horário de visita, pois tem muita gente da zona rural e tem dificuldade de transporte, então esse horário ajuda muito essas pessoas para vir visitar seu ente querido.</p> <p>12.Se o paciente ver a equipe em uma situação harmônica com o familiar ele tem confiança, mas se ver a família brigando com a equipe, ele vai ficar com medo, pois vai achar que essa equipe vai descontar nele.</p> <p>13.Acho muito importante, pois você pode não falar mais seus gestos estão falando, temos que ter muito cuidado.</p> <p>14.Não tenho estratégias, é em cima do meu jeito de ser que tento tratar todo mundo, tenho que explicar ao paciente as dúvidas, mas se trato ele</p>
--	---	--	---	---	---

			a sena, pois tenho filho.			com ignorância ele não me pergunta mais nada. Temos que ser humano sentir na pele o que o outro estar sentindo. 15. É a forma de expressão, ele é tudo para relação.
TEC 12	02. O pessoal tem a visão quem está na UTI vai morrer, então tento mudar essa visão, explicando os aparelhos falando que é um atendimento direto que o familiar dele recebe, para que isso não seja um limite, mesmo que me trate com				07. Quando o vínculo de confiança existe, eles consegue falar sobre os medos, infelizmente não podemos passar muito tempo, mas é importante para e dar uma atenção.	
TEC 12					08. Não sei se todos tem essa	

					consciência, mas faço a minha parte como profissional e ser humano.	
TEC 13	<p>01.Me identifico, boa tarde, pergunto se está com dúvidas, caso me pergunte algo que não posso falar, passo a situação para a enfermeira</p>	<p>. Quando meu cunhado ficou internado aqui, todos da família tiveram atenção, acho isso muito bom e faço a mesma coisa com quem chega.</p>	<p>.Teve um familiar que me perguntou se era grave a situação do paciente, perguntei o médico disse o que, ele respondeu que é muito grave, então começou a chorar me abraçou e tive que comunicara enfermeira sobre isso.</p>	<p>.Me envolvo, procuro ajudar o familiar nessa hora</p>	<p>06.Passo sempre a experiência de doença que tive com meu cunhado que estava grave e os médicos disseram que ele não escaparia, mas graças a Deus está dirigindo</p>	<p>09.Eles ocupam um papel muito importante para o seu familiar, para nós o foco é o paciente, mas como o paciente faz parte de uma família, também somos responsáveis por eles.</p> <p>10.falo para o acompanhante lavar as mãos, desligar o celular e orientar o familiar.</p> <p>11.Horário de visita.</p> <p>12.Se a equipe trata bem o familiar, esse passa para o paciente e ele vai confiar na equipe.</p> <p>13.Eles entram calado na UTI, mas só no olhar percebo que estão com dúvidas, quando perguntam eles falam</p> <p>14.depende do profissional, aprendi trata bem a família, porque já passei</p>

						<p>por isso</p> <p>15.Aqui no hospital melhorou muito a comunicação, os familiares voltam para agradecer o atendimento, mas se eu ver algum trata mal a família falo para a enfermeira, pois me coloco no lugar deles.</p>
TEC 13	<p>02.Uma limitação é que quando eles perguntam sobre o quadro do paciente não posso falar, então explico que só no boletim médico eles vão ter essa explicação, então eles não gostam ficam chateados</p>				<p>07.Ele s falam quando tem confiança, veja o paciente que me abraçou.</p>	
					<p>08.Acho que a forma de tratar o paciente e o familiar é importante para</p>	

					<p>todos, quando eles me encontra na rua me abraçam, procuro ajudar, porque já passei por essa situação difícil, tenho que ajudar quem está passando por ela.</p>	
TEC 14	<p>01.Me identifico se tiver dúvida tento tirar.</p>	<p>Ele precisa saber como está o seu familiar, como lidar com as situações, então precisa da nossa atenção.</p>	<p>Tive mães que estavam com seus filhos adolescente internada na UIT que falavam que tinham medo de perder seus filhos, me lembro de uma paciente que sofreu queimadura e chegou entubada, a mãe estava desesperada, naquele</p>	<p>Acho muito importante nessa hora se envolver se colocar no lugar do outro.</p>	<p>06.Lembro que contei a um familiar sobre a experiência com minha avó, que faleceu, disse a ele que foi melhor para ele descansar do que ficar sofrendo em cima da cama, então que ele entregasse a Deus e que tentasse</p>	<p>09.Ela tanto ajuda como atrapalha, mas é importante para o familiar</p> <p>10.eu explico os procedimentos, chego perto, dou apoio ao familiar.</p> <p>11.Oferece condições e estimula esse contato, mas temos que ter cuidado no que vamos falar, para não ter outras interpretações.</p> <p>12.Quando essa relação é boa a família confia na equipe e o paciente também.</p> <p>13.Se eu não perguntar para o familiar se tem algum problema, fica difícil a</p>

			<p>momento larguei o que estava fazendo e fui falar com ela para ter calma e fé em Deus.</p>		<p>entender que a mãe dele estava indo embora.</p>	<p>comunicação, mesmo que o familiar fique chateado.</p> <p>14.ser gentil, importante saber ouvir e às vezes nem falar nada, só está observando.</p> <p>15.Veja como é importante a comunicação, sempre expliquei a essa mãe como estava a filha dela, quando era no meu plantão pedia para que eu ficasse com a filha dela, então ela me contou que a filha dela estava na UTI porque foi espancada pelo namorando que era usuário de droga, só faltava amarar esse menina que só tem 16 anos no pé da cama, mas tinha que trabalhar, então disse a ela que não era momento de conversar com ela sobre esses assuntos aqui, disse ele sair para conversar sobre o fato.</p>
<p>TEC 14</p>	<p>02.Mesmo que o familiar esteja chateado não vejo como limite, vou até ele para tentar ajudar.</p>				<p>07.Se eu chego no familiar com cara fechada ele não vai querer conversar comigo e me chamar de mal</p>	

					educada.	
					08. Temos que ser educados, gentil nessa hora é a família do outro, mas um dia pode ser a sua.	
TEC 15	01. Me apresento, qual a minha função e estamos aqui para cuidar nas 24 horas.	Teve uma vez que tive de deixar tudo que estava fazendo para atender um familiar que passou mal, levei ele até a emergência para ser medicado, temos que ter sensibilidade.	Depende do momento e da equipe	Me envolvo com a situação.	06. Eu me preocupo com o familiar, porque já passei por isso com meu familiar, falo da minha experiência e digo que temos que tirar lição desse sofrimento para vida.	09. Temos que dar apoio a família, pois eles chegam na UTI e seu parente estar cheio de droga e entubado, eles não conhecem o ambiente da UTI, então esse papel não é só da psicóloga e do serviço social. 10. Explico, levo o familiar no leito, falo que o paciente está estável. 11. Fazem reunião, falam para tratarmos bem a família, mas isso depende de cada um tem pessoas que não estão preocupados com a família. 12. É importante essa relação, pois a família passa a ficar mais segura. 13. A gente não pode dar informações

TEC 15						<p>do quadro clínico do paciente, mas podemos falar se o paciente fez glicemia se teve febre ou não, mas tem colegas que dizem que só médico pode falar e de uma forma seca para a família, então que comunicação é essa?</p> <p>14. Não tenho estratégias trato as pessoas com educação.</p> <p>15. A comunicação clara com educação é muito importante para essa relação.</p>
	<p>02. Depende do jeito de cada um, tem colega que não encosta no familiar, apesar de ver eles angustiados, acha que é responsabilidade e do serviço social e do psicólogo apenas, não se envolve com o familiar.</p>				<p>07. Consegue falar, mas depende da equipe.</p>	

					<p>08.Teve uma puerpera que deu entrada na UTI com 27 anos, falando e o marido ficava com ela, ele tinha uma filha de 2 anos e a pequenina que nasceu, Quando essa paciente morreu chorei muito, quando o marido chegou eu já estava melhor e fui dar apoio a essa familiar, Como a gente não se envolve temos sentimentos.</p>	
TEC 16	<p>01.Tento ser simpática, me identifiquei e falei meu nome, a irmã dele</p>	<p>Precisa, porque ele está vendo o sofrimento do seu parente e não pode fazer</p>	<p>Comigo eles conseguem falar dos medos angustias no primeiro</p>	<p>..... Ainda me sensibilizo, tem familiar que não está pronto para entrar na</p>	<p>06.Falo da experiência que vivi com meu irmão que morreu com 22</p>	<p>09.Em primeiro lugar o paciente depois a família precisamos deles para ajudar na recuperação do paciente, teve um paciente de 19 anos que sofreu um acidente e ele já era</p>

	<p>disse já é um sinal seu nome é o mesmo de minha mãe e começou a chorar, tive que dizer a ele que tudo ia ficar bem, para ter calma, que eu cuidaria da mãe dela e todas as equipes estão ali para fazer um bom trabalho.</p>	<p>nada, tem que confiar na equipe.</p>	<p>encontro, acho que depende da abordagem.</p>	<p>UTI ver tantos aparelhos, monitores, vou buscar água, digo para ficar calmo e dor apoio.</p>	<p>anos, não foi fácil o sofrimento, mas passo para eles que superamos, não íamos querer que ele ficasse sofrendo, digo para eles que esse momento vai passar e temos que aprender com o sofrimento</p>	<p>agitado, mas quando a irmã chegava ele ficava calmo.</p> <p>10.Explico que deve conversar normal com o paciente dar carinho, a gente observar pelos aparelhos quando o paciente fica mais calmo ou se agita com o familiar</p> <p>11. Temos reunião para falar do atendimento humanizado, e tanto a coordenação como a direção solicita para explicar sobre os procedimentos.</p> <p>12.É uma segurança amis para o paciente</p> <p>13.Quando a comunicação é bem feita, o não bem feito é como se fosse um sim.</p> <p>14.Usar sempre a verdade, sou tranquila, converso com o familiar, dou atenção</p> <p>15.Respondo com clareza e consigo ser entendida.</p>
<p>TEC 16</p>	<p>02.È a de não dar informações sobre o quadro</p>				<p>07.Teve um acompanhante que estava</p>	

	do paciente, teve um paciente que era da minha cidade e o acompanhante e solicitou meu número do celular, expliquei para ele com calma e de forma educada que não poderia dar e que no boletim médico ele poderia perguntar todas as dúvidas.			chorando muito e abracei a colega falou olha a coordenação, então falei nunca recebi reclamação por isso.	
TEC 16				08. Teve um paciente que ficou internado e sua namorada tinha confiança em me e falava tudo da vida dos dois, sei que ajudei muito a	

					esse casal passa por aquele momento.	
TEC 17	01. Me identifico, e espero que eles perguntem algo.	Eles precisam de atenção, porque estão fragilizados.	Depende da equipe e do familiar	Não me envolvo.	06. Falo muito pouco sobre isso, fico mais atenta em tratar o paciente bem	09. Precisa de atenção, mas o nosso tempo é restrito. 10. Quando vejo um familiar chorando tento acalma falando prova de apoio 11. Acho que poderia ser maior, pois precisamos de mais profissionais acho que dessa forma também poderíamos dar mais atenção ao familiar. 12. É importante essa relação, o paciente fica mais seguro 13. tentar ser claro a linguagem 14. Explicar os procedimentos, medicações. 15. É a forma de expressa a nossa mensagem.
TEC 17	02. Falo com o familiar, digo para que serve os aparelhos.				07. Acho que a nossa rotina é tão grande, que não temos tempo para dar	

					atenção ao familiar	
					08. Acho que isso depende de cada um	
TEC 18	01. Trato da melhor maneira, levo até o leito, não tenho barreiras com o familiar, mas tem colegas que fala grosseiramente com a família	Tem familiar de idade que não consegue entrar sozinho, então temos que ter sensibilidade de acompanhar ou mandar alguém entrar com ela, mas de forma rápida, porque não podem entrar na mesma hora 2 familiar de um paciente.	Teve um paciente que tinha duas filhas elas falavam que tinha medo de perder a mãe, porém teve uma paciente de 30 anos passou três meses aqui e a família não apareceu para visitar	Tento minimizar, converso com a família.	06. Não consigo nessa hora sou profissional	09. Hoje teve uma paciente que perguntou ligar para minha casa, não veio ninguém me visitar, ele estava preocupado coma mãe dele, então como não devo me envolver, falei com o serviço social. 10. Falo com o familiar, oriento, converso, tem gente que evita essa aproximação. 11. Oferece, através do horário de visita. 12. Quando isso acontece dar segurança para todos os envolvidos na relação. 13. Teve uma paciente que tinha que entubar, mas a mãe não aceitava, chorava e tive que acolher e explicar melhor para ele, ficou mais calma.

						<p>14.Depende do profissional</p> <p>15.Veja como a comunicação não verbal é importante quando o familiar é de paciente envolvido com o trafego de droga ou soro positivo, eles se fecham, não falam nada, fico observando e tentando fazer a comunicação não verbal para me aproximar, acho que ficam envergonhados pela situação.</p>
TEC 18	<p>02.A forma como a equipe fala com a família de forma grosseira e também como o familiar trata a equipe.</p>				<p>07.Teve um paciente, que a esposa que segurava tudo em casa e aqui na UTI, e a sogra chorava muito, eu conversava muito com a esposa, quando ele morreu a sogra desabou e ela teve que controlar ela.</p>	

					<p>08.Acho que não tem consciência, tem gente de coração duro, não se preocupa com a família, podemos ajudar minimizar essa situação para a família</p>	
<p>TEC 19</p>	<p>01.A gente leva até o leito sou simpática faço com que ele se sintam bem.</p>	<p>Com certeza, lembro de um familiar, que dei bastante atenção, porque a filha dela tentou suicídio, o vínculo foi tanto que temos amizade até hoje.</p>	<p>Não gosto de me envolver nessas situações</p>	<p>Quando isso ocorre chamo a psicóloga não gosto de me envolver.</p>	<p>06.Não falo de minha vida, apenas dou o apoio necessário para o familiar, oriento quanto ao ambiente, as medicações, mas não entro em detalhes sobre minha vida.</p>	<p>09.Também o familiar como o paciente faz parte do cuidar da enfermeira.</p> <p>10.No horário da visita me identifico, explico sobre a rotina da UTI.</p> <p>11.Estratégia é dar atenção, ser educada, isso é estimulado pela direção da UTI</p> <p>12.Teve uma paciente adolescente que confiava muito em mim, mas isso só foi possível porque mãe dela criou um vínculo muito forte comigo.</p> <p>13.A comunicação é necessária para uma boa relação ou quando não é bem feita para não existir essa relação,</p>

						<p>então tento sempre fala de forma clara, objetiva com o familiar.</p> <p>14.E dar na medida do possível assistência a essa família, pois não é fácil ver seu filho, pai, mãe na UTI, tem familiar que chega desesperado.</p> <p>15.É a forma de passar a mensagem e como recebe.</p>
TEC 19	<p>02.Tudo depende de como a equipe fala com o familiar e também como esse fala</p>				<p>07.Não me evolvo, já tenho meus problemas para resolver.</p>	
					<p>08.Nem todos, acho os técnicos mais humanizados do que os enfermeiros acho que muitos trabalham pelo dinheiro e não</p>	

					por amor.	
TEC 20	01. Falo meu nome, tento confortar nessa hora tão difícil	Precisa, pois eles não conhecem o ambiente, não sabe que aparelhos são aqueles.	Quando eles criam o vínculo de confiança, consegue falar das questões. Financeiras, dos medos, como vai ser quando sair daqui o paciente quais vão ser as sequelas?	Me envolvo de forma discreta, pois também sinto quando acontece isso, sofro junto.	06. Falo das experiências com outros pacientes que estavam grave e conseguiram sair de alta, para ter fé em Deus que tudo vai dar certo, mas não falo do quadro clínico do paciente	<p>09.A família faz parte do nosso cuidar, pois ele é importante para o paciente.</p> <p>10.Tem familiar que tem medo de tocar o paciente, falo que pode, oriento quanto as medicações.</p> <p>11.O horário de visita é uma hora para essa relação, mas a quantidade de funcionários, a rotina da UTI faz com que seja rápido esse momento.</p> <p>12.Com essa relação quem ganha é todo mundo, pois o ambiente fica harmônico.</p> <p>13.Quando recebo o familiar calado vou até ele para tentar falar alguma coisa de bom, mas o corre-corre é grande tem dias quem nem dar para fazer isso.</p> <p>14.Tentar atender de forma humanizada, responder as perguntas, mas tem colegas que falam espera ai e nunca volta para dar a resposta ou por causa da rotina ou porque não liga mesmo para o que o familiar está</p>

TEC 20						passando. 15. È uma fora de falar para o pessoal entender.
	02. Acho que o maior limite é forma de comunicação, os familiares a grande maioria não tem boa escolaridade, então temos de falar de forma simples, não sei se todos entende o boletim médico.					07. responder as perguntas é importante tem colegas que nadam espera e não dão a resposta.
						08. Acho que nem todo mundo está atento a isso, pois muitos nem percebe presença do familiar, acho que só servem para atrapalhar

					o no trabalho. Tem gente que não sabe nem resolver os seus problemas	
TEC 21	01. Me apresento, fico observando e se perguntarem alguma coisa tento responder dentro das possibilidades.	Precisa, mas infelizmente o nosso trabalho exige muito e não temos tempo para atender a família.	No início ainda são envergonhado, mas com o passar do tempo confiança vem e eles falam o que está sentindo.	O nosso trabalho exige muito, não tenho tempo para a família..	06. Teve um paciente que tinha o mesmo problema meu, e está aqui na UTI, quando contei que tinha a mesma doença logo ele não acreditou, mas começou a melhorar, ficar mais otimista, acho que foi porque falei com ele de forma clara e dei o meu exemplo.	09. A família ajuda o paciente, mas tem uns que vem só por curiosidade. 10. A gente pede para família falar palavras de carinho. 11. A instituição pede para a gente tratar bem o paciente e família 12. Quando essa relação é boa o familiar fica amis a vontade, confia na equipe. 13. tem acompanhante que começa a chorar no leito do paciente, então falo que não é bom, vou confortar e eles agradece isso é uma boa comunicação. 14. Pergunto o nome do familiar, tento respeitar o momento deles quando estou fazendo algum procedimento que pode ficar para mais tarde, eles sabem diferenciar as equipes pela forma que a gente trata o paciente e

						eles também. 15. Saber passar as informações com clareza.
TEC 21	02. Depende da abordagem de ambos.				07. Teve confiança eles falam, os familiares que não gostam de falar dos sentimentos são dos pacientes usuários de droga	
					08. Acho que não, tem pessoas que não sabem o quanto a forma de tratar o outro é importante, principalmente para quem está com seu familiar na UTI.	
TEC 22	01. Me identifico,	Criar vínculo, pois a	Tem alguns que consegue falar,	Me envolvo já passei por isso	06. Quando a relação é	09. A família é a base do paciente,

	alguns familiares são abertos outros se mantém fechados.	rotatividade é grande e também abordagem que fazemos com o familiar.	mas a grande maioria só consegue com o tempo para criar essa relação.	um paciente foi a óbito no horário da visita, foi horrível, mas a gente tem que chegar tentar falar alguma coisa se solidarizar	firmada é importante a verdade com o familiar, mas tendo a forma de falar, passo para eles que do sofrimento, podemos tirar muitas lições e conto a experiência que tivemos com minha avó	então temos que acolher. 10. Falo com eles que não podem pegar na sonda, mas pode pegar no paciente. 11. Acho que podemos falar mais sobre humanização, o horário da visita. 12. Quando a relação é boa isso é bom para o paciente. 13. A gente aqui ver é muita coisa tem filhos que o pai ainda não morreu já estão brigando pela herança e a mãe é que sofre, tentei falar com a mãe, mas não tinha o que dizer, então só dei um abraço e ela chorou muito. 14. Minha estratégia é me colocar no lugar do outro e tentar minimizar o sofrimento do paciente e familiar. 15. É a forma de passar e receber a mensagem.
TEC 22	02. Talvés seja a abertura para o diálogo.				07. Sim, você se torna próximo.	

					<p>08.Eles conseguem, tinha um paciente com tumor e problemas renais que a mãe dele se apegou muito a mim e somos grandes amigas. Essa relação aconteceu pelo meu jeito de tratar e me solidarizar com a família</p>	
<p>TEC 23</p>	<p>01.Normalment e comprimento, se percebo ele muito triste falo palavras de apoio, quando o paciente muito grave já falo vamos entregar Deus, tenha fé.</p>	<p>Essa ajuda que damos ao familiar é que faz com que ele não perca a esperança.</p>	<p>Eles só falam depois da confiança, estava conversando com o filho da Paciente teve uma parada esse rapaz ficou louco não deixa minha mãe morrer, então levei ele</p>	<p>Me envolvo com a situação, teve uma vez que o marido de uma senhora foi confundido com assaltante e dei muito apoio para ele, pois ela estava sofrendo muito</p>	<p>06.Não falo das minhas experiência dom doença, pois perdi um parente e não quero passar energia negativa.</p>	<p>09.O paciente acredita mais no familiar do que na equipe.</p> <p>10.Acho que a gente se coloca muito pouco por causa da rotina, temos que melhora esse olhar para o familiar.</p> <p>11.Sempre trato os familiares bem, sei que não podemos falar do quadro do paciente, mas falo dos cuidados de enfermagem, a coordenação estimula para tratar de forma humanizado o</p>

			para fora tentei acalma e falei será que ela tinha que continuar sofrendo.....	com o marido na UTI e tendo que comprovar que ele era a vítima.		paciente e a família. 12. Quando isso ocorre o familiar tem segurança e confiança e passa para o paciente e também quando o familiar vai embora sai tranquilo porque é você que está no plantão e ele não vão dormir no xixi e nem no cocô. Tem colegas que acham que dou ousadia aos familiares, porque eles acham que a família só atrapalha. 13. Com uma boa comunicação e com o passar do tempo eles sabem quem trata bem o seu familiar. 14. Quando o paciente vai fazer hemodiálise explico todo o processo a família não fica assustado se sente seguro. 15. Faço sempre minha obrigação que é tratar bem o paciente e familiar.
TEC 23	02. Acho que é a forma até de dar um bom dia, às vezes não acredito que				07. Normalment e depois da confiança estabelecida eles falam dos	

	<p>certas coisas são da boca de colegas. Teve um vez que o paciente estava com sonda e vômito, mas o familiar não sabia o que era, perguntou a colega e essa nem deu assistência, sair da onde estava e fui explicar, falta compromisso e amor pelo ser humano.</p>				<p>medos, das inseguranças, mas nem todas as equipes não passam confiança.</p>	
<p>TEC 23</p>					<p>08.Acho que nem todos tem essa consciência gosto de dar sempre um sorriso, tento acolher e sou muito certa, tem colegas que</p>	

					não gostam desse jeito de ser meu.	
TEC 24	<p>01.Falo que sou tec de enfermagem, deixo eles se aproximar, tem uns que são mais fechados e desconfiados como o familiar de assaltantes, usuários de droga eles não gostam de falar</p>	<p>Tento dar sempre assistência ao familiar, porém o corre-corre é grande tem dias que não dar.</p>	<p>Tento sempre me aproximar do familiar, mas ele só fala da sua situação depois da confiança</p>	<p>Temos que ter cuidado na fora de falar e de expressar com a face, mas procuro não me envolver muito</p>	<p>06.Falo das minhas experiência, uma vez aprendi muito com um familiar estava com problema com meu marido e foi ela que me deu conselhos.</p>	<p>09.A família é importante para o paciente, faz parte do nosso cuidar, mas tem colegas que não aceitam muito bem a presença da família.</p> <p>10.Na hora da visita a rotina continua, então temos que acolher esse familiar explicar os procedimentos.</p> <p>11.A gente é um pouco limitando sobre o quadro clinico do paciente, até entendo tem familiar que fazem outras interpretações do que a gente fala.</p> <p>12.Isso é importante para o paciente família e equipe.</p> <p>13.Quando você tem sensibilidade consegue até no olhar do paciente ver o que ele está sentindo, medo do seu familiar morrer.</p> <p>14. É a forma de falar e entender a mensagem.</p>

						15. É falar e o outro me entender.
	02. O conhecimento sobre UTI, familiares de usuários de droga				07. Eles falam lembro de um familiar que me falou da situação do esposo que estavam culpando ele por um assalto.	
TEC 24					08. Se sou uma pessoa mal amada, rancorosa, stressada vou descontar no familiar, me sinto realizada na enfermagem mais tem gente que falta amor.	
TEC 25	01. Dou bom dia, boa tarde, falo para que serve cada aparelho e falo o meu	O familiar precisa de atenção, porque ele não conhece orientar, tem que explicar	Uma mãe estava com seu filho internado na UTI acoolatra e no primeiro momento ela não	No primeiro momento me reservo, depois me envolvo falo palavras de apoio, dou	06. Não falo da minha vida, fico só escutando, a gente sofre muito com a dor do outro, me	09. Tento sempre acolher e me envolvo sempre com o paciente e a família, às vezes tenho que me reservar porque sofro muito.

TEC 25	nome.	para não tirar fotos	falava, mas depois com a confiança ela começou a disser tenho medo de perder meu filho, onde errei na criação?	carinho, abraço, mas a gente sofre muito também vendo o sofrimento do outro.	peguei muito a esposa e a mãe de um paciente era professor e teve uma complicação de dengue, quando o médico disse morte cerebral, tive que ir ao banheiro para chorar depois dei força para elas.	<p>10.Wxplico o que vou fazer sempre</p> <p>11.Eles estimulam o contato com o familiar</p> <p>12.O paciente fica tranquilo quando essa relação existe.</p> <p>13.Temos que ter cuidado com a forma de falar</p> <p>14.tem que ser um atendimento humanizado, mas as vezes entendo o colega que estar sobrecarregado, trabalha em outros lugares para ter um salário melhor e com isso tudo às vezes tem colega que não ama a profissão.</p> <p>15.E a forma de falar e receber a notícia.</p>
	02. A forma de ser do familiar tem uns que ficam muito chocado quando ver o paciente entubado a gente tem que					07. Vai depender da confiança da família com o profissional

	explicar.					
					08. Meu jeito de ser ajuda muita gente nesse momento. Me preocupo com o outro	
TEC 26	01. Fico observado o familiar se caso ele perguntar respondo, caso contrário não falo nada	Precisa, mas aqui não temos autorização para falar do quadro clínico, falo para perguntar ao médico.	No primeiro momento eles não falam nada	Não me envolvo fico mais observado, deixo para a coordenação	06. Não falo da minha vida para não ter interpretações erradas	09. Falo o necessário 10. Oriento a lavagem das mãos, as medicações. 11. Acho que deveria melhor a quantidade de funcionários, pois o corre corre não deixa a gente cuida do familiar 12. Essa relação é importante entre equipe e familiar 13. A comunicação é importante entre as partes envolvidas. 14. trato com profissionalismo, então trato todo mundo com meu conhecimento científico. 15. A comunicação pode ser por gestos, pela fala, o importante e a

						pessoa compreender o que você estar falando.
	02. Acho que a forma grosseira dos familiares e também da equipe.				07. Depende da relação com a equipe	
					08. Meu compromisso é com o paciente, depois a família.	

ANEXOS



Santo Antônio de Jesus, 14 de julho de 2013.

Prezada Senhora,

Venho por meio deste autorizar a pesquisadora Janelara Bastos de Almeida Silva a realizar uma pesquisa intitulada por: Familiar/acompanhante na Unidade Tratamento Intensivo (UTI): Interação com equipe de enfermagem, orientada pela professora Miriã Alves Ramos Alcântara, que será no período de junho a setembro do corrente ano na Unidade de Terapia Intensiva.

A referida pesquisadora tem o compromisso de apresentar no hospital o estudo na data previamente marcada com a direção.

Atenciosamente;

Dr. Jorge Lima
Diretor do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus