

REORGANIZAÇÃO DA FAMÍLIA EM SITUAÇÕES DE CRISE PROVOCADAS POR HOSPITALIZAÇÃO

Arlete da Cruz Bomfim*

RESUMO: *Partindo do pressuposto de que o familiar que tem um parente seu internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é exposto a uma situação potencialmente estressante, o presente estudo buscou identificar e descrever a forma como o familiar enfrenta a situação gerada pelo internamento de paciente agudo em uma UTI geral de um hospital de grande porte na cidade do Salvador, Bahia. O estudo foi orientado pela abordagem bioecológica do desenvolvimento humano e pelos modelos de enfrentamento do estresse. Adotou-se uma metodologia qualitativa de observação participativa com entrevistas semi-estruturadas e caderno de campo. Foram entrevistados familiares de seis pacientes internados há mais de cinco dias na UTI. O material coletado foi organizado em categorias identificadas como: a estrutura da família, as características da situação, a história e os eventos nodais, o relacionamento com a UTI, as mudanças no cotidiano, as metas e os projetos futuros e o processo de enfrentamento (ou coping) em si, com a confecção de quadros demonstrativos deste processo em cada grupo estudado. As estratégias de coping foram identificadas e catalogadas conforme a escala Toulousiana o que permitiu uma maior abrangência do problema. Os resultados reafirmam o caráter estressante do internamento na UTI e apontam para a capacidade de reestruturação, presente em todas as famílias. Dessa forma a família se mostra como o meio mais adequado para o indivíduo aprender a enfrentar as circunstâncias que surgem na sua vida cotidiana.*

Palavras-chave: Família contemporânea; Coping; Internamento hospitalar.

O foco dos estudos e a conseqüente ação social sobre a família em si são muito recentes, tendo sido privilegiada, por longo tempo, uma mentalidade individualista na defesa dos direitos da criança, do adolescente, da mulher ou do idoso, em um olhar parcial sobre a realidade familiar. Entretanto, segundo Petrini (2003), estudos mostram que diversos problemas sociais envolvendo crianças e adolescentes têm uma forte relação com o bem-estar das suas famílias, sem subestimar a influência de outros fatores da realidade social.

O fato de pertencer; pertencimento aqui entendido como estar inserido; fazer parte de um grupo, assumindo as características deste grupo como se suas fossem, a uma realidade maior que a própria pessoa, se configura como de grande importância para o desenvolvimento do indivíduo. Sendo a família um “espaço de convivência humana ao qual cada membro pertence” (PETRINI, 2003, p.85), torna-se um local privilegiado e decisivo para este desenvolvimento nos primórdios da vida, possibilitando a formação de vínculos sólidos e duradouros.

Na atualidade a sociedade vem sendo submetida a mudanças altamente velozes e a família, reconhecida como o elemento fundamental desta sociedade, tem um papel crucial na adequação do indivíduo aos novos estilos de vida que continuamente surgem. Donati (2001) descreve a família como sendo um elemento que faz nascer a sociedade, pois, no início, não está o indivíduo isolado, mas inserido e pertencendo a um grupo familiar.

Donati (2001 apud HORKHEIMER&ADORNO 1996) reafirma a importância da família para o indivíduo e para a sociedade, quando diz que: “uma sociedade não pode existir se não dispõe de uma cultura que possa pensar e viver de modo ‘familiar’ aquilo que está além do seu

* Mestre em Família na Sociedade Contemporânea pela Universidade Católica do Salvador – UCSal. Orientadora: Professora Doutora Ana Almeida Carvalho; co-orientadora: Professora Ana Cecília Bastos.

horizonte (aquilo que é desconhecido, estranho, não familiar)” (p.8). Assim a capacidade de mudança de uma sociedade consiste em tornar o não-familiar em familiar.

A exposição da família às constantes mudanças impostas pela sociedade contemporânea tem sido objeto de estudo por parte de diversos pesquisadores, que tentam adequar modos de avaliação que facilitem o entendimento das reações familiares. As transições que ocorrem na família, tão bem descritas por Cowan (1995), podem ser de caráter normativo, como são considerados os eventos de certa forma previsíveis definidos nos estudos sobre o ciclo de vida (CARTER&MCGOLDRIK, 1995), ou não normativos, onde são considerados os eventos ocorridos de forma não previsível, acarretando mudanças na dinâmica familiar.

No caso do presente estudo, o interesse se concentra sobre a doença caracterizada como de início agudo, súbito e inesperado, em indivíduos previamente hígidos. Esse início agudo exige da família uma mobilização mais rápida para adaptar-se a este momento de transição e capacidade de lidar com a crise desencadeada, entendendo-se por crise aqui a ocorrência de um evento que traz consigo o estigma da mudança, podendo ter efeito positivo ou negativo, visto que a família não tem como ficar indiferente a determinadas situações que a atingem. As famílias mais abertas no relacionamento entre seus membros, mais flexíveis e com uma rede de apoio consistente, presumivelmente terão mais facilidade no manejo da situação.

Marcada por eventos sucessivos de mudanças e perdas, a vida da família sempre traz à tona a questão da morte. Um destes momentos mais significativos é aquele em que a família é surpreendida pelo evento de uma doença ou acidente, por sua natureza não premeditada, levando ao internamento hospitalar de um ou mais dos seus membros.

Porém estes momentos de mudanças não normativas, que desencadeiam invariavelmente mudanças, não podem ser considerados apenas como pontos negativos. Entende-se melhor isto quando Kovács(1996) afirma que:

[...] nas situações ‘dolorosas’, em que por algum tempo se vive sob o domínio da dor, do sofrimento, em alguns momentos percebidos como sem saída, como só a morte se configuraria como tal, podem ocorrer reviravoltas, transformações – e da morte emerge uma nova vida com mais vigor.(p. 13).

Vê-se descrita aqui a experiência positiva de muitas das famílias que dão entrada na UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) ou em qualquer unidade de uma instituição hospitalar com um seu parente doente... a dor que gera vida.

A abordagem proposta aqui se refere ao internamento de paciente agudo em UTI, porém pode muito bem ser expandida para as outras unidades, uma vez que a UTI é vista como o ponto mais extremo do internamento hospitalar.

Dispondo de um aparato tecnológico grandemente especializado, na UTI, consegue-se manter a vida dos pacientes em condições extremas, antes impensáveis de serem revertidas, possibilitando, muitas vezes, a cura dos seus males. Porém, diante de toda a tecnologia, que ironicamente foi criada para ele, o paciente, em um ambiente potencialmente mecanicista, muitas vezes fica relegado a segundo plano como ser humano, com seus anseios e temores. O que dizer então dos seus familiares que enfrentam o anseio e medo do seu ente querido internado em uma UTI e, além disso, os seus próprios medos, que não devem deixar transparecer para poder incutir coragem ao paciente? Quem os pode ajudar neste momento?

Partindo-se da hipótese de que o ambiente da UTI tem características potencialmente estressantes e de que o internamento de um familiar na UTI pode ser uma fonte de estresse para toda a família, e na tentativa de entender a situação vivenciada pela família exposta a um internamento hospitalar, foi feito um estudo com seis famílias que tinham pacientes seus internados em uma UTI geral para adultos por causa aguda, ou seja, um evento de caráter súbito

e inesperado. Para tal, partiu-se de uma análise baseada na abordagem bioecológica de Bronfenbrenner e nos modelos de enfrentamento do estresse (*coping*).

O objetivo foi alcançado através, inicialmente, da caracterização das famílias em questão, com dados fornecidos pelo próprio familiar envolvido no evento e no momento em que este ocorria.

Entende-se, aqui, conforme sugerido na abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, que o *microsistema* familiar, com todas as suas particularidades e complexidades, é obrigado, por força das circunstâncias, a se relacionar com um novo *microsistema* que é a UTI. Estes são caracterizados como dois ambientes, até então totalmente diversos, que necessitam tornar-se familiares (DONATI, 2001), formando o *mesossistema*, para que a convivência seja minimamente harmônica e atinja o objetivo desejado para todas as famílias investigadas e para a UTI, que seria o cuidado efetivo a ser prestado ao familiar-paciente.

No modelo PPCT, definido sucintamente conforme Alves (2002), Alcântara (2001) e Tudge (1999), conseguiu-se estruturar toda esta pesquisa. Partindo do pressuposto de que, para entender a percepção que o próprio familiar tem do momento vivido e do seu enfrentamento da situação (Processo), seria necessário considerar as características individuais da família envolvida, suas crenças, atividades, metas e motivações (Pessoa), entender os dois ambientes em questão e todo o contexto em que eles estão inseridos (Contexto) e, por fim, as questões referentes à história e eventos nodais vivenciados por estas famílias (Tempo).

Observou-se que, na percepção dos familiares, o impacto maior está nos momentos iniciais da notícia do ocorrido, quando o familiar ainda não teve tempo de elaborar mentalmente o evento, provocando uma reação involuntária e de auto-proteção ao estresse, que não seria caracterizada como enfrentamento. A maioria dos familiares apresentou reações que variaram entre o desespero e a inação, até ao assumir imediatamente o controle da situação, tendo, como preço a pagar, o aparecimento de sintomas físicos

No impacto inicial, é possível observar a importância do momento do ciclo de vida que está sendo vivenciado pelo familiar-paciente. No exemplo da família Begônia, o familiar-paciente, ainda muito jovem e com toda uma vida pela frente, tem sua trajetória interrompida pelo evento. Este aspecto pode ser percebido em todas as famílias estudadas, como pode ser apreciado mais adiante, visto que todas se encontram em fases diversas, no entanto, ainda bastante produtivas e incidentes no núcleo familiar. Contraopondo-se aqui ao exemplo dado pela família Girassol, no internamento em uma UTI da avó, que, por ser muito idosa, a sua morte era esperada e vista como natural pela família, sendo enfrentada com mais tranquilidade, causando pouco impacto ao núcleo familiar.

Tem-se, ainda, o caso da família Murta, onde o familiar-paciente é aquele que assume cotidianamente o papel de cuidador, ocorrendo de imediato uma paralisia da família nuclear, que, aparentemente, não estava acostumada a tomar decisões, como a esperar pela ação daquele que sempre assumiu este papel. Nesta família, a capacidade de enfrentamento é lenta e, na maior parte do tempo de caráter negativo, em uma postura defensiva com relação ao evento.

Já nas famílias Girassol e Hortênsia, o familiar-paciente aparece como aquele que sempre cuidou de todos na família, sem tirar, no entanto, a iniciativa dos outros familiares (como no caso da família Murta), tornando-se o ponto de unidade para toda a família. Estes cuidavam e agora precisam ser cuidados, gerando uma reestruturação do núcleo familiar, que tenta se adequar ao novo momento, com o envolvimento de todos os seus membros.

Nas famílias estudadas, percebe-se, ainda, como de grande importância, o papel ocupado pela pessoa do familiar entrevistado que, na maioria dos casos, foi aquele que mais assumiu as responsabilidades durante o internamento. Este item tem a característica de ser um dos nortes para a escolha das estratégias de enfrentamento por parte de toda a família, visto que esta segue a

forma de enfrentamento daquele membro que se mostra mais firme e disponível na resolução dos problemas que surgem em decorrência do internamento.

As experiências prévias também se mostram como fator relevante para o direcionamento das estratégias. As famílias que nunca haviam tido a experiência de ter alguém internado em uma UTI, tiveram mais dificuldade de enfrentar a situação. Pode-se observar também a incidência do fato de ter havido eventos anteriores, porém com desfecho fatal, coisa que também interfere na forma de vivenciar a situação, tornando-se fator de comparação com a conjuntura vivida na atualidade.

A questão relacionada ao tempo de internamento é vista pelos familiares como uma possibilidade de tornar o ambiente da UTI mais familiar, favorecendo a confiança na equipe e no tratamento, como foi o caso das famílias Hortênsia e Girassol, que, com o passar do tempo, tornaram-se mais à vontade com relação ao ambiente; fator não observado nos internamentos mais curtos, onde os familiares, ainda sob o impacto do ocorrido, continuaram a ver a UTI como um ambiente estranho e hostil.

A seguir são propostos, como exemplo, dois quadros que refletem as estratégias assumidas pelas famílias, baseadas na proposta da 'Escala Tuolousiana de Coping' encontrada em Rafael (2000), que foi modificada para uma melhor adequação a este estudo.

ESCALA DE ESTRATÉGIA DE COPING			
Família Murta			
Estratégias	Campos		
	Comportamental	Cognitivo	Afetivo
Focalização	Apenas a família de origem, principalmente na figura da irmã, assume a postura focada na resolução do problema. (Positivo/negativo)	O olhar sobre o problema também se resume à família de origem. (Positivo/negativo)	Aplica-se à postura da família nuclear, principalmente a esposa, que procura um culpado pela inércia generalizada nos primeiros momentos do evento. (Negativo)
Suporte social	A família de origem assume a frente da situação. Apesar da pouca colaboração dos mais imediatamente próximos ao familiar-paciente, tem uma rede de suporte moderada. (Positivo/negativo)	Não se aplica à família nuclear. Já a irmã procura todas as informações possíveis para entender a situação. (Positivo/negativo)	A irmã entrevistada, exausta, utiliza-se do momento da entrevista para a satisfação da necessidade de escuta e reconhecimento. (Positivo)
Retraimento ou evitamento	A família nuclear repete no presente evento a postura de isolamento já adotada previamente em outros momentos. (Negativo)	O não pensar no problema foi vivenciado pelos filhos desde o momento inicial, quando ignoraram o ocorrido com o pai. (Negativo)	Compensação, vivenciada principalmente pela esposa quando se refugia no trabalho para não pensar nas circunstâncias. (Negativo)
Conversão	A mudança do comportamento se deu no transcorrer do internamento, quando a família nuclear começou a tornar-se mais participativa. (Positivo)	A aceitação e a convivência com o problema vem se dando de forma lenta e gradual, gerando reaproximação entre as famílias. (Positivo)	Diante da situação vivenciada, superam as diferenças existentes e tentam retomar minimamente os relacionamentos. (Positivo)
Controle	A irmã tem a capacidade de resistir aos impulsos, o que possibilita um relacionamento relativamente saudável entre as famílias. (Positivo)	Os objetivos da irmã são relacionados ao cuidado do familiar, o da esposa é o de não se deixar atralhar pela situação. (Positivo/negativo)	O fato de não expor os sentimentos, devido ao fato de ter que aparentar tranquilidade diante do irmão e da mãe, gera na familiar entrevistada mais estresse. (Negativo)

ESCALA DE ESTRATÉGIA DE <i>COPING</i>			
Família Girassol			
Estratégias	Campos		
	Comportamental	Cognitivo	Afetivo
Focalização	Focalizam a situação buscando formas para resolver o problema, porém, não com tranqüilidade, mas com grandes exigências à pessoa que assume a frente da situação. (Positivo/negativo)	Buscam entendimento da situação através dos relacionamentos nascidos na UTI. (Positivo)	A agressividade e culpabilidade estão presentes na dedicação exagerada à filha, nas reações do filho quanto à equipe e situação e na distância do neto. (Negativo)
Suporte social	Resumem-se ao pequeno núcleo familiar e aos relacionamentos nascidos no momento atual, como a equipe de saúde e os familiares de outros pacientes. (Positivo/negativo)	Buscam conselhos e informações na equipe de saúde e os familiares de outros pacientes. (Positivo)	Escuta de Reconhecimento. Não tendo a quem recorrer, utiliza-se do momento da entrevista e do encontro com os outros familiares (Positivo/negativo)
Retraimento ou evitamento	O isolamento é uma característica previamente existente na família, mantida no evento atual. (Negativo)	Não pensar no problema: presente no neto que não consegue se relacionar com o fato da doença da avó. (Negativo)	Presente moderadamente na filha, que encontra na comida a sua forma de compensação. (Negativo)
Conversão	Acontece quando a filha começa a assumir a personalidade da mãe. (Negativo)	Aceitam pouco o problema e tentam aprender a conviver, o que acontece de forma lenta; excetuando-se o neto, que não consegue aceitar de forma alguma. (Positivo/negativo)	A troca da sua religião pela da mãe, com participação nos ritos que a mãe freqüentava. (Negativo)
Controle	O controle diante das decisões a serem tomadas é alcançado, porém tornando-se mais uma fonte de estresse. (Positivo/negativo)	Os objetivos traçados resumem-se aos cuidados que terão de ser prestados à mãe. (Positivo/negativo)	O controle emocional é aparente, transformando-se em mais uma causa de estresse. (Negativo)

Nos grupos estudados, observa-se a escolha de estratégias de enfrentamento, de um modo geral, de caráter positivo. A maioria alcança o objetivo do enfrentamento mais facilmente, outros têm maior dificuldade, mas todos chegam à meta desejada, no sentido de adaptação ao problema vivenciado.

Pode-se observar, nos quadros acima, que a estratégia de focalização, nos campos comportamental e cognitivo, apresenta-se de um modo geral de forma positiva, em uma tentativa de entender e resolver a situação que se apresenta. Já a família Murta assume uma estratégia de fuga em relação à situação. O campo afetivo da estratégia de focalização é de caráter essencialmente negativo e aparece nas duas famílias, relacionado ao caráter de isolamento presente nestas.

A estratégia de suporte social mostra-se como um fator muito importante no enfrentamento do evento. Todas as famílias, de uma forma ou de outra, procuram ajuda, umas mais, outras menos, mas todas lançam mão desta estratégia. Mesmo aquelas famílias que têm uma rede de apoio reduzida, ou lançam mão de um apoio antes tido como indesejado, como no caso da família Murta que se reporta à família extensa com quem antes não se relacionava; ou constroem uma nova rede de amigas a partir do ocorrido, como no caso da família Girassol

com relação aos familiares de outros pacientes internados na UTI. Esta estratégia tem como objetivo uma busca de ajuda concreta nos problemas cotidianos, a busca de conselhos e informações e um apoio emocional nos momentos mais difíceis.

Com um caráter amplamente adaptativo, todas as famílias estudadas reorganizam-se neste sentido, podendo ser visto claramente, na estratégia de conversão, onde as mudanças são configuradas para favorecer o enfrentamento, ou mesmo em uma postura defensiva em relação ao problema. Nas famílias em questão, observa-se uma preponderância do caráter positivo. Como exemplo, chama-se a atenção nesta estratégia para a questão da religiosidade (mantida no campo afetivo), que se apresenta como positiva na maioria das famílias, as quais se utilizam da religião para tentar compreender e vivenciar melhor o internamento. Na família Girassol, no entanto, a religião é utilizada para suprir a atitude de isolamento, como barganha, ou até mesmo para afastar-se do problema.

A estratégia de controle, quando vivenciada pelo grupo familiar como um todo, apresenta-se de forma tranqüila, favorecendo o enfrentamento, porém quando este controle se resume a apenas uma pessoa, que assume todas as responsabilidades do problema apenas para si, esta estratégia se transforma em mais uma fonte promotora de estresse para a pessoa e, conseqüentemente, para todo o grupo familiar. Esta diferença pode ser vista especialmente nos exemplos a seguir, que são a família Girassol, que, com seu caráter de isolamento, abraça e controla o problema, porém sem se dar a chance para um repouso ou distração (distração esta vista como positiva, pois, minimiza o caráter estressante da situação sem se afastar do problema), tornando-se em mais uma fonte de estresse e a família Hortênsia, que exerce o controle da situação em uma divisão de tarefas e sentimentos, o que dilui um pouco o momento estressante.

Pode-se observar que todas as famílias se reorganizam diante do problema agudo de um internamento na UTI, caracterizando-se como a primeira grande forma de enfrentamento do estresse. Estas famílias lançam mão de todos os recursos que estão ao seu alcance e, mesmo quando eles não estão disponíveis, são criadas novas formas, ou até mesmo retomadas formas antigas não mais utilizadas, que favorecem este enfrentamento. Fica claro, portanto, que todos os grupos tentam alcançar o intento da melhor adaptação possível à situação vivida, em uma desorganização e reorganização do *microsistema* familiar em função do episódio.

Diante destas famílias, confrontando-se com o seu sofrimento sem desviar o olhar, é possível entender o quão rica pode se tornar essa experiência que, quando olhada apenas na superfície, só se apresenta como capaz de gerar dor e desespero, individual e familiar.

Neste percurso foram encontradas famílias de pessoas aparentemente frágeis e tímidas e famílias de indivíduos fortes e expansivos; famílias nucleares e com pouco suporte social e famílias extensas com uma vasta rede de amigos; enfim, pessoas que, independente dos recursos que possuíam, sempre encontraram um jeito de lidar com a situação da melhor forma que lhes era possível.

Foi observado que o ambiente da UTI, mesmo reconhecido inicialmente como hostil, se torna em fonte de alento para muitos familiares que achavam nos profissionais e nas outras famílias que ali encontravam, uma forma de tornar aquele lugar inicialmente estranho em um espaço familiar e até mesmo acolhedor.

A família apropria-se, na maioria das vezes, de estratégias já antes adotadas e tidas como positivas, e, ainda, revela-se capaz de criar e reconhecer novas formas de enfrentamento que se possam adequar à ocasião. Desta forma a família se mostra como o meio mais adequado para o indivíduo aprender a enfrentar as circunstâncias que surgem na sua vida.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, M.A.R. **Modos do adolescente enfrentar o risco**: um estudo longitudinal sobre projetos de vida no contexto da família. Tese (mestrado em saúde coletiva)- UFBA, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2001.
- ALVES, P.B. **Infância, tempo e atividades cotidianas de crianças em situação de risco de rua**: as contribuições da teoria dos sistemas ecológicos. Tese (doutorado em Psicologia do Desenvolvimento)- UFRGS,0, Porto Alegre, 2002.
- CARTER, B.; MEGOLDRICK M. **Mudança no ciclo de vida familiar** : uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- COWAN, P. Individual and family life transition. In: COWAN, P. A; Hetherington, M. (Ed.). **Family Transition**. Lawrence Erlbaum: Hillsdale, 1995. p.3-26.
- DONATI, P. **Manuale di sociologia della famiglia**. Editori Laterza. 3ª ed. Roma: Bari.. (2001).
- KOVACS, M.J. A morte em vida. In: BROMBERG, M. H. P. F; KOVACS, M. J.; CARVALHO, M. M. M. J.; CARVALHO, V. A. **Vida e morte**: laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p.11-33.
- PETRINI, J. C. Notas para uma antopologia da família. In: PERINI, J. C.; MOREIRA, L. V. C.; ALCÂNTARA, M. A. R.(Org.) **Família XXI – entre pós-modernidade e cristianismo**. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2003.
- RAFAEL,G.A. **Relação de Ajuda e a Ação Social**: Uma Abordagem Rogeriana – Estudo sobre a Auto-Estima e as Estratégias de *Coping* realizado com estudantes da Universidade do Algarve. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2000.
- TUDGE, J; DOUCET, F; ODERO, D.; TAMEVESKI, P.;MAL TSA, M.;LEE,S. & KULAKOVA,N.. Desenvolvimento infantil em contexto cultural: o impacto de engajamento de pré-escolares em atividades do cotidiano familiar. **Interfaces, revista de psicologia**, Salvador, v.2, n.1, p. 23-32, 1999.