



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

EWERTON BECKMAN DOS REIS  
JOÃO EDUARDO BARROS BRANCO

**“SE TEM BATIMENTO, TEM VIDA”: VIVÊNCIAS EM TORNO DA  
HOSPITALIZAÇÃO NA VISÃO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS  
NO CTI.**

Belém - Pa  
2018

EWERTON BECKMAN DOS REIS  
JOÃO EDUARDO BARROS BRANCO

**“SE TEM BATIMENTO, TEM VIDA”: VIVÊNCIAS EM TORNO DA  
HOSPITALIZAÇÃO NA VISÃO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS  
NO CTI.**

Trabalho de conclusão de curso apresentando à  
Faculdade de Enfermagem da Universidade  
Federal do Pará, requisito para obtenção do Grau  
de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Msc. Esleane Vilela  
Vasconcelos

Belém – PA  
2018

EWERTON BECKMAN DOS REIS  
JOÃO EDUARDO BARROS BRANCO

**“SE TEM BATIMENTO, TEM VIDA”: VIVÊNCIAS EM TORNO DA  
HOSPITALIZAÇÃO NA VISÃO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS  
NO CTI.**

Trabalho de conclusão de curso apresentando à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, requisito para obtenção do Grau de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup>. MsC. Esleane Vilela Vasconcelos - Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup>. MsC. Cláudia Ribeiro Menezes

---

Prof<sup>a</sup> Msc. Márcia Cristina Souza Cruz

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Conceito: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe e ao meu pai primeiramente, por terem me proporcionado base para almejar um ensino superior. Nos momentos de crise financeira sempre buscaram me ajudar e seguir firme na jornada na graduação. A minha vitória é a vitória de vocês também.

Agradeço a turma 2014B pelos vários momentos de aprendizado e pela criação e vínculo com seus componentes. Nesses anos de graduação a turma me permitiu vários momentos de reflexão sobre minha postura como futuro enfermeiro, e sou eternamente grato a cada um dos envolvidos que de maior e menor proporção, me permitiram esses momentos. Nesses anos com a turma aprendi ainda mais a escutar o outro e tomar decisões corretas, aprendi a controlar os ânimos (evitando processos judiciais), aprendi sobre a importância do planejamento familiar, senti o prazer de uma atividade planejada em turma ter dado certo, além de gradativamente sentir saudade da formação mais fantástica de turma existente.

Nesse cenário acadêmico houveram pessoas e grupos que me tornaram confiante na caminhada da graduação. Não posso deixar de descrever a tamanha importância do grupo composto pelo Evandro Natividade (sempre mostrando que muita distância não significa atraso), João Otavio, João Eduardo, Josué (por demonstrar que é possível alcançar seus objetivos pessoais com a ajuda de familiares), ao Lucas Ribeiro e ao Victor Paixão.

Gostaria de agradecer em especial ao João Otavio pela amizade construída ao longo do percurso acadêmico de forma tão natural. Pelos grandes momentos de humor na turma e por ter sido um companheiro nos momentos de conversas mais sérias. Obrigado por ter feito parte dessa caminhada (acadêmica e pessoal) e por ser pai da Ramona.

Agradeço ao João Eduardo por ter aceitado trilhar comigo essa caminhada para a montagem do TCC, a sua ajuda em momentos de crise de produtividade foi fundamental para concluirmos esse trabalho. Muito obrigado meu companheiro!

Agradeço ao Jamil Miranda por ter me encorajado a buscar sempre algo de bom nas experiências da vida e por acreditar no meu potencial. Mesmo que de forma indireta, ajudou na montagem desse trabalho.

Agradeço a nossa orientadora Esleane Vasconcelos por ter aceitado nortear esse trabalho e ter tido paciência nos meus momentos de dúvida, bem como as dúvidas minhas e do João Eduardo. Obrigado por ter usado na aula de apresentação do módulo a imagem da árvore. A explicação foi de grande importância para acalmar minha mente em meio a vida acadêmica. Obrigado por ter sido uma professora maravilhosa!

Aos professores meu sincero agradecimento por terem compartilhado seus conhecimentos. Em especial a Professora Andressa Parente por ter tido máxima didática em me repassar informação e ter me instigado a ter uma atuação em uma área que tenho pouca afinidade. Ao Professor Eliã Botelho por ter me instigado a nutrir conhecimento e visão de enfermagem para atuação objetiva e eficaz.

Agradeço aos familiares por terem cedido um momento durante o horário de visitas para realizar a entrevista para o estudo. As amigas criadas e aos momentos de reflexão durante as conversas tiveram valor imensurável para minha experiência.

Aos demais presentes na minha vida pessoa, obrigado por terem me ajudado de forma direta e indireta.

*Ewerton Beckman dos Reis*

Agradeço, à priori, à minha família pelo apoio, em especial, à minha mãe, por tudo que fez por mim e pelos irmãos, já que, desde sempre foi mãe e pai.

Agradeço à minha turma, 2014B, pois, do início ao fim do curso, permanecemos unidos e servimos como verdadeiras redes de apoio.

Agradeço à minha esposa e ao meu filho, pelo carinho e força.

Agradeço ao Ewerton Beckman, meu parceiro do TCC, pelo empenho e dedicação voltados ao mesmo.

Agradeço, imensamente, a alguns professores, os quais jamais esquecerei. Foram verdadeiros mestres na arte de ensinar.

Agradeço às moças da limpeza.

Agradeço ao corpo administrativo da instituição.

***João Eduardo Barros Branco***

## RESUMO

dos Reis, E.B. Branco, J.E.B. **“SE TEM BATIMENTO, TEM VIDA”**: VIVÊNCIAS EM TORNO DA HOSPITALIZAÇÃO NA VISÃO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NO CTI. Belém: Universidade Federal do Pará, 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Orientadora: Prof<sup>a</sup> MsC. Esleane Vilela Vasconcelos.

A pesquisa tem como foco a vivência de familiares de pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva. Na pesquisa, foi estabelecida a seguinte questão norteadora: quais as vivências de familiares de pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) durante sua permanência como acompanhante? A pesquisa tem como objetivo: Relatar as vivências de familiares durante sua permanência como acompanhante de um paciente internado no Centro de Terapia Intensiva e analisar suas implicações para a enfermagem. O trabalho realizado é do tipo descritivo, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi feita por entrevista utilizando um roteiro semiestruturado contendo perguntas abertas e um questionário socioeconômico. A amostra foi composta por 20 familiares de pacientes internados no CTI do Hospital Universitário João de Barros Barreto, em Belém do Pará. Foi escolhida a análise de conteúdo temática como base para elaboração das unidades. Dessa forma, dos significados surgiram três categorias para o estudo: Compreensão do CTI e repercussões emocionais para os familiares; O núcleo familiar durante a hospitalização e A importância da comunicação da equipe multiprofissional com os familiares. Dentro do proposto, a pesquisa buscou relatar as vivências de familiares em sua permanência no CTI. O CTI ainda sofre com o estigma de ser um local de morte e pouca chance de saída. A família nesse processo enfrenta um grande obstáculo na superação desse momento e conta com a comunicação da equipe multiprofissional para atender tal objetivo. Nesse cenário, trazer o familiar para a assistência é de fundamental importância para um cuidado humanizado. Entender os anseios do acompanhante de forma singular e como componente de família é estabelecer atitude profissional visando a integralidade do serviço.

Descritores: Enfermagem; Centro de Terapia Intensiva; Família;

## ABSTRACT

dos Reis, E.B. Branco, J.E.B. **“IF YOU HAVE BEAT, YOU HAVE LIVES ”: LIVING ABOUT HOSPITALIZATION IN THE VISION OF FAMILY OF PATIENTS IN ICU.** Belém: Federal University of Pará, 2018. Graduation in Nursing. Advisor: Prof<sup>ª</sup> MsC. Esleane Vilela Vasconcelos.

The research focuses on the experience of relatives of patients hospitalized at the Intensive Care Center. In the research, the following guiding question was established: what are the experiences of relatives of patients hospitalized at the Intensive Care Center (ICU) during their stay as a companion? The research aims to: Inform the experiences of family members during their stay as a companion of a patient admitted to the Intensive Care Center and analyze their implications for nursing. The work carried out is descriptive, with a qualitative approach. The data collection was done by interview using a semi-structured script containing open questions and a socioeconomic questionnaire. the sample consisted of 20 relatives of patients admitted to the ICU of the João de Barros Barreto University Hospital, in Belém do Pará. The thematic content analysis was chosen as the basis for the elaboration of the units. Thus, from the meanings emerged three categories for the study: Understanding CTI and emotional repercussions for family members; The family nucleus during hospitalization and The importance of the communication of the multiprofessional team with the relatives. Within the proposed, the research sought to report the experiences of family members in their stay in the CTI. The CTI still suffers from the stigma of being a place of death and little chance of exit. The family in this process faces a great obstacle in overcoming this moment and counts on the communication of the multiprofessional team to fulfill this objective. In this scenario, bringing the family member to the care is of fundamental importance for a humanized care. Understanding the wishes of the companion in a singular way and as a family component is to establish a professional attitude aiming at the integrality of the service.

Keywords: Nursing; Intensive Care Center; Family;

## Sumário

1.	Considerações iniciais.....	9
1.1.	Problema.....	11
1.2.	Questão norteadora.....	11
1.3.	Objetivo.....	12
1.4.	Justificativa .....	12
2	Referencial teórico .....	13
2.1	O Centro de Terapia Intensiva .....	13
2.2	A família no processo de hospitalização.....	14
2.3	A enfermagem no acolhimento da família .....	15
3	Metodologia .....	17
3.1	Tipo de estudo .....	17
3.2	Local de estudo.....	17
3.3	Participantes do estudo .....	18
3.4	Critérios para inclusão .....	18
3.5	Critérios para exclusão.....	18
3.6	Coleta de dados.....	19
3.7	Análise de dados .....	19
3.8	Aspectos éticos .....	20
3.9	Riscos e benefícios .....	20
4	Resultados e Discussão .....	21
4.1	Caracterização dos participantes da pesquisa.....	21
4.2	O surgimento das categorias temáticas .....	22
4.2.1	Compreensão do Centro de Terapia Intensiva e repercussões emocionais para os familiares .....	23
4.2.2	O núcleo familiar durante a hospitalização .....	27
4.4.3	A importância da comunicação da equipe multiprofissional com os familiares .....	33
5	Considerações finais .....	37
6	Referências.....	39
	Apêndice 1 .....	45
	Apêndice 2 .....	46
	Anexo I.....	47

## **1. Considerações iniciais**

A Unidade de Terapia Intensiva, para a sociedade, costuma ser associada à morte ou a qualquer outro sentimento negativo. Porém, é necessário enfatizar que ela, diferente de outros ambientes hospitalares, é a mais capacitada, a nível multiprofissional e pelo arsenal tecnológico, para receber pacientes graves com possibilidade de cura (SANCHES et al., 2009); (PASSOS et al., 2011); (VASCONCELOS et al, 2015).

Em um estudo sobre a dificuldade do cuidado humanizado dentro da terapia intensiva, De Farias et al (2013), ressalta sobre como os estressores no ambiente influenciam negativamente a equipe de saúde. Entre enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, a autora estabelece a intensa carga de trabalho, baixa remuneração e falta de educação continuada na equipe como alguns pontos cruciais.

A Enfermagem, por exemplo, por conviver diretamente com o paciente, ou seja, da admissão à alta ou ao óbito, pode desenvolver complicações psicoemocionais, devido, principalmente, ao vínculo criado (SANCHES, 2007). Pode-se abordar também, como elemento preponderante para o desgaste bio-psico-emocional da equipe de saúde, a sobrecarga de trabalho, obrigando os profissionais a agirem de forma mais mecânica, em detrimento ao cuidado empático (PASSOS et al., 2015).

Ao direcionar o foco para os familiares, amigos e todos que fazem parte do círculo social do paciente internado, pode-se perceber um leque de alterações intrínsecas e extrínsecas que estes passarão: A “montanha russa” emocional, preocupações, ansiedade, estresse; mudança de rotina, despesa econômica, adoecimento, etc., são alguns exemplos dessa “via crucis” (OTHERO e CARLO, 2006). No entanto, esses indivíduos, ao lado da equipe multiprofissional, podem formar redes sociais de apoio, trocar experiências, para que o processo de internalização daquele ente querido, não seja um fardo para ninguém (OTHERO e CARLO, 2006); (FRIZON et al., 2011).

No entanto, quando os familiares não são assistidos pela equipe de saúde, gera-se uma relação tênue entre ambos, realidade ainda muito evidente, fazendo com que suas necessidades não sejam esvaídas, alterando os fatores estressores, assim como, os sentimentos negativos, ampliando-os; podendo ocasionar, posteriormente, conflitos entre os envolvidos (MARTINS et al., 2008); (BEUTER et al., 2012); (MAESTRI et al., 2012). O profissional deve, por padrão, informar ao paciente –caso esteja consciente- e ao familiar acompanhante,

cada procedimento que irá realizar o passo-a-passo e a sua finalidade. A comunicação, nesse momento, é primordial, já que, as técnicas invasivas, dentre outras agressivas, específicas do ambiente em questão, por exemplo, tendem a causar forte impacto em quem é leigo sobre tais (BEUTER et al., 2012); (PASSOS et al., 2015).

O parágrafo supracitado mostra o quão deplorável pode ser o atendimento vindo de alguns profissionais. Tais atitudes são facilmente percebidas ainda no acolhimento, o qual, pela sua essência, deve ser ético, estabelecedor de vínculo, sensível na escuta; respeitoso quanto a diversidade cultural, social e étnica, etc., é o que afirma a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010).

Para agravar a toxicidade no ambiente do CTI, a falha na comunicação também é existente entre os próprios profissionais de saúde. Alguns procedimentos tornam-se repetitivos; a falta de comprometimento de alguns profissionais; a carência de humanização no cuidado pela tecnicidade do serviço; negligências, etc., aumentam a “bola de neve” aflitiva do binômio paciente-acompanhante (SANCHES, 2007); (PASSOS et al., 2015).

Outro ponto a ser destacado, é o horário de visita, onde, teoricamente, deveria existir o contato mais próximo dos familiares com o ente hospitalizado, assim como, a busca de informações sobre o estado de saúde do mesmo. Todavia, por este horário ser bastante limitado, o contato interfamiliar e as informações que necessitariam ser obtidas, seguem na mesma proporção; ampliando as barreiras abstratas entre a equipe e os familiares, somatizando na saúde dos mesmos, mas, principalmente, do internado, desfavorecendo o seu processo de recuperação (GOTARDO e SILVA, 2005); (SPOHR et al., 2013). É evidente que muitas regulamentações impostas, servem para dirimir, involuntariamente, o núcleo familiar, ao invés de agrega-lo (MONTICELLI e BOEHS, 2007). Portanto, mais um “tijolo” para aumentar o “muro” que separa o internado de sua família.

Além disso, em muitos ambientes hospitalares, não há estrutura para acolher o acompanhante (BRASIL, 2007). Para tentar mudar essa deplorável realidade, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização, lança a belíssima proposta chamada “Visita Aberta”, cuja finalidade é aumentar o número de visitantes nas unidades de tratamento, não permitindo que a ligação entre o binômio paciente-família se rompa (BRASIL, 2007).

### 1.1. Problema

O objetivo da pesquisa em questão surgiu por meio do contato com os familiares de pacientes internados durante o horário de visitas atuando no projeto de extensão intitulado “O Cotidiano de Familiares de Pacientes Internados no CTI”. Essa atuação promoveu um espaço de diálogo entre acadêmicos e familiares sobre a rotina do CTI, o aparato tecnológico além de fornecer apoio emocional. No decorrer das conversas, sempre foi identificado um desconhecimento e estigmatização do CTI. A representação como um local de morte alterava as emoções já presentes naquele familiar sensibilizado pela dor de ter um ente querido em situação, em alguns momentos, terminal.

De acordo com Beuter et al (2012), é preciso entender o familiar como elemento importante na melhora do paciente. A enfermagem precisa criar estratégias para entender as demandas do acompanhante que modificará sua rotina de trabalho, de sono, de alimentação e de humor para tentar se adequar às normas e rotinas do CTI. Esse aumento exponencial de emoções pode refletir na dificuldade em adaptar-se ao ambiente hospitalar e manter um contato harmonioso com a equipe multiprofissional.

Vale ressaltar a dificuldade em manter uma rotina de contato com os familiares devido à alta carga de serviço no ambiente do CTI, além disso, nem todos os profissionais estão preparados para receber um familiar chorando ou com raiva para conversar. Como exposto por Passos et al (2015), a enfermagem sofre com a sobrecarga de trabalho não permitindo uma aproximação menos formal com o acompanhante.

Por mais que o modelo biomédico se faça presente dentro do CTI, não retirando sua necessidade, é importante a formulação de estudos relacionados a subjetividade do usuário. O familiar é utilizador do serviço e merece ter suas angústias e colocações avaliadas. Segundo Passos et al (2015), o esclarecimento sobre o CTI diminui possíveis alterações psicológicas e precisa entrar em pauta no quadro de assistência de enfermagem de forma constante como forma de acolhimento humanizado.

### 1.2 Questão norteadora

Quais as vivências de familiares de pacientes internados no CTI durante sua permanência como acompanhante?

### 1.3 Objetivo

Relatar as vivências de familiares durante sua permanência como acompanhante de um paciente internado no Centro de Terapia Intensiva e analisar suas implicações para a enfermagem.

### 1.4 Justificativa

O centro de terapia intensiva é um ambiente diferenciado pelo seu alto grau tecnológico e pelo estigma criado em torno do seu nome, o momento de entrada nesse setor impacta tanto o paciente como o próprio familiar. O desenvolvimento de estudos voltados para conhecer os questionamentos desse acompanhante reflete uma assistência mais humanizada.

Essa humanização pela equipe de saúde se traduz em entender o outro como um ser singular e com necessidades de manter sua autonomia e contato com a equipe profissional. Para esse familiar que muitas das vezes nunca entrou em um centro de cuidados intensivos, a mínima explicação do local e suas rotinas de forma clara e simples já é algo tranquilizador (SIMONI e SILVA, 2012).

O estudo justifica-se pela necessidade de estender a atenção para o familiar e relatar os impactos advindos da hospitalização em um local de cuidados intensivos. A internação hospitalar altera a rotina e o estado psicológico do acompanhante pelo constante medo da morte e perda daquele ente querido. De acordo com Maestri (2012), os familiares se sentem mais calmos quando a visita começa no horário correto, conversam sobre suas angústias, sobre si e seu ente internado, além de terem suporte emocional.

O contato mais próximo com os familiares irá revelar o cotidiano pela visão deles, onde serão apresentadas as demandas atuais com relação ao serviço. Isso dá margem para a equipe de saúde criar estratégias realmente funcionais com a realidade daqueles familiares para o melhor enfrentamento do período no CTI.

Ademais, a pesquisa visa fornecer informações sobre o perfil do acompanhante de um paciente internado e permitir a equipe de saúde informações para melhorar sua aproximação. O familiar deve ser encorajado a conversar com a equipe multiprofissional e como retorno deve ser enaltecido como peça importante na melhora do quadro do paciente no qual está acompanhando.

## 2 Referencial teórico

### 2.1 O Centro de Terapia Intensiva

De acordo com Brasil (2010), o CTI é um grupamento de várias Unidades de Terapia Intensiva (UTI) alocadas em um mesmo setor. As UTI's podem atender as faixas etárias mais variadas de forma singular (adulto, especializada, neonatal e pediatria) bem como pode atender de forma mista, quando são atendidos pacientes com faixas etárias diferentes, mas com separação de ambientes.

A unidade de terapia intensiva tem, na sua essência, a monitorização constante de pacientes considerados graves, mas com perspectiva de alta. É um local com alta concentração tecnológica e de profissionais capacitados, onde a observação e o cuidado acontecem de forma ininterrupta (VILA, 2002); (BETTINELLI e ERDMANN, 2009). Esses subsídios refletem a necessidade do agir rápido e com habilidade sobre pacientes instáveis (BOLELA, 2006).

A nível sociocultural perdura-se o mito de que os pacientes internados ou, que irão para a UTI, dificilmente sairão com vida, afinal, emaranhado a esta ideia, estão outros reforços negativos, como o medo da morte, da perda da autonomia, etc., portanto, fatores agravantes ao quadro clínico do paciente e seu prognóstico (BETTINELLI e ERDMANN, 2009); (CASANOVA e LOPES, 2009). Para minimizar tal fato, uma possível solução cabível, pode ser a instrução das pessoas pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.) da própria UTI (BETTINELLI e ERDMANN, 2009).

Esse ambiente, demasiadamente mecanizado, tende a causar medo e gerar estresse. O estresse é originado por estímulos extrínsecos e/ou intrínsecos responsáveis por alterações fisio-psicológicas, chamados estressores. Os fatores estressores são variados; pode ser o barulho, silêncio, mudanças na rotina, etc. Cada pessoa lida de forma distinta aos estressores, se adaptando, à sua maneira, aos mesmos (SMELTZER et al., 2011).

Os inúmeros fatores presentes para a manutenção de um ambiente voltado para a monitorização constante resultam em um afastamento, muita das vezes não proposital, por parte da equipe de saúde. A rotina acaba impondo a valorização maior do paciente grave e permanente no leito a respeito do familiar e toda sua questão psicológica com relação a um ambiente tão tecnológico (ZACARIAS et al, 2009).

Além disso, vale mencionar que a UTI é um local que propicia para os profissionais atuantes elevada chance de desenvolver alterações psicológicas devido a fatores já

mencionados. Como exposto por Monteiro et al (2013), os profissionais na área de atenção intensiva estão mais expostos a alterações psicológicas por problemas relacionados a estrutura do hospital como falta de materiais e sons do ambiente, a divergência com membros da equipe e a situação do paciente muita das vezes terminal.

Frente a esses fatores, a unidade de cuidados intensivos é alvo de constantes questionamentos sobre a humanização do cuidado, adicionado à humanização do profissional presente. De acordo com Bolela e Correa (2015), a corrida pelo aperfeiçoamento técnico produz um ambiente que distancia o contato subjetivo e não estabelece terreno para a incorporação de práticas humanizadas eficazes.

Contudo, mesmo nesse cenário aparentemente contrario a humanização, é importante destacar a existência de profissionais que entendem a necessidade de enxergar o outro com maior cuidado. Em um estudo realizado na UTI adulto de um hospital no Maranhão, nas falas dos profissionais foi evidenciado os benefícios da atenção humanizada para os pacientes e para os seus familiares. Havendo melhora no aspecto psicológico e melhora no prognóstico e satisfação dos familiares por ter um momento com a equipe, respectivamente (FARIAS et al., 2013).

## 2.2 A família no processo de hospitalização

Conceituar o significado de família tem sido um trabalho complexo frente a um grupo social tão singular. Contudo, em comum, as famílias demonstram alguns padrões como unidades inter-relacionadas de forma independente que buscam o equilíbrio e convergem para responder como um todo frente aos problemas da vida (PASSOS et al, 2015).

O processo de hospitalização não escolhe faixa etária ou gênero, é algo em que qualquer pessoa esta a mercê. De acordo com Santos et al (2014), a hospitalização requer todo um entendimento dessa nova etapa no hospital, e os familiares passam por dificuldades em se encaixar nessa nova rotina. Como um grupo inter-relacionado, cada um dos componentes responde de uma forma diferente durante a permanência no hospital (financeira, religiosa e biopsicológica).

Durante a necessidade de internação, o acompanhante irá experimentar um leque de emoções, positivas ou negativas. Entretanto, o choque pela imagem de um ente hospitalizado muita das vezes não pode ser expresso verbalmente. As alterações provocadas durante a visita mudam a rotina do familiar fora do hospital devido à incerteza da continuidade de vida da pessoa acompanhada (VIEIRA et al, 2013).

Dentro do cenário de visitantes, a mulher ocupa um lugar de maior predominância nas visitas hospitalares. De acordo com Nascimento (2013), a visita realizada pela mulher tem um tom emocional maior em comparação às visitas realizadas por homens. Há um valor cultural apropriado a isso de acordo com o autor, relacionado a mulher ter essa questão de preocupação mais evidente.

Um estudo realizado em um hospital de ensino na Bahia relatou as principais aflições presentes no cotidiano do acompanhante no processo de hospitalização. Dentro das principais dificuldades identificadas nas falas, o maior problema evidenciado foi o distanciamento imposto pela internação. Aliado a isso, o passar dos dias e o fato de deixar seus entes queridos com estranhos aumentava a ansiedade, insegurança além da probabilidade de desenvolver depressão (PASSOS et al, 2015).

A equipe de saúde precisa promover um espaço onde o familiar possa conversar, e entender a importância de sua participação no processo de melhora do paciente. Como afirmado por Vidal et al (2013), foi identificado através de observação de pacientes em um hospital no Rio de Janeiro, maior interação com a equipe e aceitação dos procedimentos de enfermagem quando o familiar estava presente ao lado do leito.

De acordo com Felix et al (2014), os familiares acreditam que a humanização na UTI é um processo cíclico, necessitando de constante avaliação e reavaliação para ser efetivado. Ainda é um problema para o familiar não ter um espaço para retirada de dúvidas e esclarecimento sobre o local chamado UTI.

Por mais que a insatisfação pelo serviço se faça presente, de acordo com Felix et al (2014), o foco de atenção dos acompanhantes é voltado para o familiar acamado. Mesmo que o familiar tente deixar de lado seus medos e priorizar o paciente, Camponogara (2013), afirma a necessidade de elaborar estudos voltados para os sentimentos dos acompanhantes por parte da equipe de saúde para o estabelecimento de estratégias de acolhimento e melhora do serviço hospitalar.

### 2.3 A enfermagem no acolhimento da família

Dentro da essência de atuação da enfermagem se encontra o cuidar. Entretanto, o cuidar não deve ser visualizado como simples parâmetros técnicos dentro da monitorização constante de pacientes. Na filosofia da enfermagem, o subjetivo deve ser analisado de forma única em um indivíduo, e questões como a conversa e o toque devem ser valorizados em prol de um cuidado mais humano (POTT et al, 2013).

O primeiro contato do profissional de saúde com o usuário do serviço, geralmente acontece no momento do acolhimento. Acolher não é triar. A triagem discrimina quem e para onde será o atendimento, já no acolhimento o profissional de saúde pode “dar licença” ao lado técnico-científico e usufruir do subjetivo, onde o mesmo apresenta uma postura que possa escutar, acompanhar, saber atender e interpretar a subjetividade e os anseios alheios, respeitando suas singularidades, de forma comprometida, humanizada e resolutiva, portanto, baseando-se na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010); (COSTA, KLOCK e LOCKS, 2012); (MARTINS et al, 2008).

É sempre bom ressaltar que o acolhimento prestado pela equipe de saúde, quando feito de forma respeitosa e amistoso, ao familiar e/ou paciente no CTI, transcende a mais bela criação de vínculo, rompendo a muralha da desconfiança e do medo daquele ambiente repleto de máquinas (VASCONCELOS et al., 2015).

A enfermagem tem como trunfo, a comunicação. Esta, quando realizada de forma empática, respeitosa e acessível facilita o processo de vínculo entre a equipe e os familiares. Como afirma Santos et al (2016), essa ponte entre o serviço e o acompanhante se dá pela prática educativa e tem como objetivo trazer informação sobre o ambiente do CTI. Essa atividade exercida de forma privativa pelo enfermeiro almeja mostrar o CTI de forma mais tranquila, dialogando entre o que os familiares sabem sobre o CTI e a realidade do serviço.

Como exposto por Oliveira (2014), o momento de diálogo entre a enfermagem e o familiar deve ultrapassar uma simples conversa. Estar frente a frente com o acompanhante deve ser o momento de anotar suas principais dúvidas, colocações e sugestões sobre a melhora do enfrentamento no fluxo de atendimento. Sempre de forma contínua permite o familiar esclarecer para si mesmo os seus sentimentos e tornar o período de visitas menos traumático.

No entanto, um estudo (REZENDE et al, 2014) realizado em um hospital escola, João Pessoa-PB, revelou o oposto. A equipe de enfermagem, por sobrecarga de trabalho, limitou-se a orientar os familiares quanto à lavagem das mãos e horário de visita, não atendendo e diminuindo os seus anseios e angústias, falhando, inclusive, na informação sobre o estado clínico do familiar internado.

De fato, ainda é um desafio manter um grau de proximidade com todos os familiares levando em consideração a demanda do CTI. De acordo com Oliveira (2014), O momento para retirada de dúvidas e esclarecimentos ocorria apenas quando havia um espaço ou mediante pedido dos familiares.

Como evidenciado em um estudo no hospital Universitário de Curitiba, por mais que se entenda a necessidade do acolhimento humanizado por parte da equipe multiprofissional e mais especificamente pela enfermagem, tornar essa meta ideal nos serviços ainda está longe de se tornar verdadeiro. Assim destacando a participação da enfermagem para a criação de estratégias para exteriorizar as experiências que o indivíduo produz durante sua permanência hospitalar (POTT et al, 2013).

### **3 Metodologia**

#### **3.1 Tipo de estudo**

O trabalho realizado é do tipo descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo descritivo é importante, pois evidencia uma determinada demanda que pode auxiliar na melhora da gestão do serviço (ARAGÃO, 2011). Na pesquisa em questão, identificar e relatar as alterações presentes nos familiares permite criar subsídios para a equipe multiprofissional traçar estratégias com o objetivo de melhorar o acolhimento dos familiares de pacientes internados.

Como o estudo desenvolve se dentro do espectro de subjetividade dos familiares, a escolha por uma abordagem qualitativa mostrou se adequada. De acordo com Bosi (2012), a pesquisa qualitativa traz um material mais aberto a várias formas de expressão e não se limita a valores numéricos, pois lida com dados não tangíveis.

#### **3.2 Local de estudo**

A pesquisa foi realizada no Centro de Terapia Intensiva do hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB).

O HUJBB faz parte do complexo hospitalar da Universidade Federal do Pará. O HUJBB é uma instituição de assistência, ensino e pesquisa que presta serviços à comunidade através do Sistema Único de Saúde (SUS). Na Área de Assistência, o HUJBB oferece consultas e internação em diversas especialidades, como: Clínica Médica, Pneumologia, Infectologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia e Urologia.

Localizada na Rua dos Mundurucus, 4487, no bairro do Guamá, em Belém do Pará, o Hospital conta com 26.420 metros quadrados de área construída, conta com 300 leitos, sendo 271 leitos operacionais e 29 de retaguarda; 30 consultórios, quatro salas de cirurgia, três salas para cirurgia ambulatorial e um Centro de Terapia Intensiva (CTI).

O Hospital dispõe também de um Centro de Diagnósticos, que realiza exames laboratoriais, diagnóstico por rádio imagem, provas de função respiratória, exames endoscópicos, métodos gráficos e reabilitação através de fisioterapia e terapia ocupacional. Além disso possui ainda uma exclusiva Unidade de Diagnóstico de Meningite e está sendo credenciado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com serviços de Oncologia Clínica e Radioterapia, que vão funcionar em um ambulatório em prédio anexo ao hospital.

Todos os serviços do Hospital João de Barros Barreto são prestados gratuitamente à população do Pará através do Sistema Único de Saúde (SUS). O Hospital Universitário é referência regional em Pneumologia, Infectologia e Endocrinologia e Diabetes, e Referência Nacional em AIDS. O HUIBB tem como missão prestar assistência à saúde da população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), como também atuar na área de Ensino e Pesquisa e na geração e sistematização de conhecimentos.

### 3.3 Participantes do estudo

Participaram deste estudo vinte (20) familiares de pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva que expressaram o desejo de participar desta pesquisa. Para garantir o vínculo de confiança entre o entrevistador e os sujeitos do estudo, a coleta de dados foi realizada posterior à atividade realizada pelo extensionista do projeto “O cotidiano de familiares de pacientes internados no CTI” a fim de haver o entendimento da importância da atividade e da pesquisa.

Após o esclarecimento, foi dada continuidade mediante a aceitação da participação na pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 3.4 Critérios para inclusão

Familiares maiores de 18 anos com permanência mínima de duas (2) visitas após a hospitalização do seu familiar e com assinatura do termo de participação da pesquisa. Ressalta-se que se considerou familiar a pessoa que convivia com o paciente internado independente do grau de parentesco.

### 3.5 Critérios para exclusão

Familiares com menos de duas (2) visitas e que não assinarem o termo de participação de pesquisa.

### 3.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante o horário de visitas do horário da tarde, de 16 às 18 horas, após a atividade na sala de espera do projeto “O cotidiano de familiares de pacientes internados no CTI” pelo extensionista. A coleta de dados foi feita por entrevista utilizando um roteiro semiestruturado contendo perguntas abertas e um questionário socioeconômico.

O questionário socioeconômico permite enxergar o entrevistado para além dos limites do hospital e auxiliar no entendimento desse perfil de familiares para atendimento do tipo de necessidades que esse familiar necessita frente ao serviço.

### 3.7 Análise de dados

A análise de conteúdo foi definida como a técnica para análise de comunicações, na qual não se limita a um único instrumento e sim a uma vasta possibilidade de abordagem dentro do campo das comunicações. Qualquer condutor de significados, entre um emissor e um receptor, pode ser passivo de técnica de análise de conteúdo. A análise de conteúdo busca inferir sobre os dados característicos das variáveis inferidas e os fatores determinantes para essas características (BARDIN, 2016).

Tendo em vista a utilização de significados repetidos nas falas para estudo do material, foi escolhida a análise de conteúdo temática como base para elaboração das unidades. A análise temática faz com que os recortes do texto se tornem evidentes por meio de processo dinâmico e indutivo, bem como tornando concretas as significações não explícitas no texto (CAMPOS, 2004).

A análise de conteúdo de Bardin se divide em: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na pré-análise há o contato inicial com o material que passara por análise, tornando-o operacional e sistematizado. Na construção do plano de análise, há três missões principais: I) escolha dos documentos para análise; II) formulação de hipóteses e objetivos e III) elaboração de indicadores para interpretação final. Para a organização do material, são delimitadas 5 etapas: a) Leitura flutuante, consiste no contato inicial com o documento, estabelecendo abertura para concepções sobre o material; b) A escolha dos documentos, delimitação de um *corpus* documental para análise; c) Formulação das hipóteses e objetivos; d) A referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, levando em consideração a existência de índices, a escolha deles será parte do trabalho preparatório e posteriormente a sua organização,

indicadores; e) Trata se da edição desse material, realizando a transcrição das entrevistas na íntegra para torná-lo operacionalizado (BARDIN, 2016).

De acordo com Bardin (2016), a exploração do material se dará de maneira longa e custosa. Nessa fase há a codificação dos dados tabulados da pesquisa para melhor acompanhamento do material e sua compreensão. Nesse momento as falas foram todas transcritas na íntegra para Microsoft Word e colocadas em tabelas. As tabelas foram em formato 20x2, no qual as linhas e a primeira coluna eram alocadas pelas falas, e a segunda coluna era alocada o termo ou palavra que forneceu o significado maior daquela fala.

As primeiras leituras foram feitas visando à imersão nas entrevistas e montagem dos principais significados. Após leitura intensa e conhecimento como um todo das falas, foram elaborados os principais significados presentes no texto. Após delimitar algumas categorias iniciais, foi feita a releitura do material para a certeza que esse material bruto conseguiria abordar os principais significados de forma satisfatória. Após esse período foram estabelecidas três unidades.

No tratamento dos resultados obtidos e interpretação foi realizado o tratamento do material de forma a dar significado e validade. Agora com significados mais sólidos, foram propostas inferências sobre o conteúdo permitindo interpretações do material (BARDIN, 2016). Com os dados mais tangíveis, foi realizada a junção com a literatura a fim de promover discussão sobre os achados mais significativos do texto.

### 3.8 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa em seres humanos do hospital universitário João de Barros Barreto com protocolo de número 1.988.935 (Parecer Consta em Anexo I) de acordo com a resolução 466/12. A participação do entrevistado na pesquisa será feita somente após os devidos esclarecimentos em torno do estudo e a assinatura do TCLE, esclarecimentos esses dentro da proposta de anonimato do entrevistado.

### 3.9 Riscos e benefícios

Os dados da pesquisa não serão identificáveis, garantindo o anonimato do entrevistado retirando os riscos de exposição e constrangimento. Foi garantido aos entrevistados a qualquer momento da pesquisa desistir da entrevista e pedir a retirada dos seus dados.

A pesquisa visa melhorar o entendimento da equipe de saúde sobre os anseios dos familiares que esperam pela melhora do seu acompanhante. Além disso, almeja o aumento do acervo de pesquisas da enfermagem brasileira sobre o tema em questão.

## **4 Resultados e Discussão**

### **4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa**

O entendimento sobre os aspectos socioculturais dos participantes é necessário para entender o contexto individual e coletivo desse indivíduo. Entender a bagagem de experiências de determinada população ou singularidade expressa o desejo de dar vida a uma manifestação de existência (LEFEVRE e LEFEVRE, 2014).

Quanto ao sexo houve predomínio do sexo feminino na amostra de 20 (100%) participantes durante as visitas. 12 (60%) se constituíram como sexo feminino e 8 (40%), se constituíram do sexo masculino. Há um aspecto cultural atribuído a mulher como sinônimo de cuidado, resultando em uma maior participação no serviço de saúde. Resultado semelhante ocorreu no estudo de Nascimento (2013), afirmando a visita da mulher como mais intensa mesmo na presença de pais hospitalizados. Aos homens o cuidado só era mais necessário quando vinculados a atividades instrumentais da vida diária.

Com relação ao grau de parentesco, 5 (25%) eram filhas/filhos, 5 (25%), eram irmãs/irmãos, 5 (25%) eram pais/mães, 4 (20%) eram tios e 1 (5%) era avó. A formação de três grandes grupos de participantes é um achado interessante por mostra o envolvimento da família como um todo no processo de hospitalização, essa alta frequência é causa da grande afinidade entre o familiar e o paciente. Vale ressaltar os achados de Nunes e Gabarra (2018), demonstrado que 80% dos acompanhantes da pesquisa eram cônjuges dos pacientes internados, resultado contrário a presente pesquisa.

Já quanto à idade, houve um resultado semelhante entre as faixas etárias: 5 (25%) participantes estão na faixa de 20 a 30 anos, 7 (35%) estão na faixa de 31 a 40 anos, 4 (20%) estão na faixa de 41 a 50 anos e 4 (20%) se encontram entre 51 e 60 anos. O estudo obteve resultado contrário ao estudo de Nascimento (2013), no estudo, o predomínio da faixa etária foi de 43% para adultos com 41 a 50 anos, afirmando ser um achado comum com pesquisas sobre acompanhantes.

Com relação à escolaridade, 10 (50%) participantes referiram ter concluído o ensino médio, 5 (25%) referiram ter concluído o ensino superior, 2 (10%) referiram não ter concluído o ensino fundamental, 1 (5%) referiu ter concluído o ensino fundamental, 1(5%) referiu ter ensino médio incompleto e 1 (5%) concluiu o ensino médio profissionalizante. Essa amostra flutuante entre o ensino fundamental e ensino superior foi encontrada no estudo de Camponogara et al (2013).

Quanto ao estado civil, 11 (55%) dos participantes são solteiros, 5 (25%) são casados, 2 (10%) encontram se divorciados e 2 (10%) definem sua situação como união estável.

Já quanto à religião, 11 (55%) dos participantes se consideram católicos, 6 (30%) se consideram evangélicos, 2 (10%) se consideraram cristãos e 1 (5%) se considerou espiritualoso. Resultado semelhante surgiu na pesquisa de Matias e Resende (2018), onde as autoras encontraram na sua amostra 50% de católicos. Na pesquisa, as autoras ressaltam a importância da religiosidade como instrumento diminuidor de ansiedade durante a hospitalização.

Dessa forma o perfil da maioria dos familiares que participou da pesquisa foram mulheres, solteiras, católicas, entre a faixa etária de 20 a 30 anos com ensino médio completo e pertencentes majoritariamente ao grau de parentesco natural (Pais, irmãos e filhos). É importante conhecer o perfil dos entrevistados do estudo para assim, compreendermos o contexto em que eles estão inseridos, bem como as vivências relacionadas a esse processo de hospitalização de um ente querido no CTI, para que possamos prestar um cuidado mais adequado e humanizado a esses familiares.

#### 4.2 O surgimento das categorias temáticas

A pesquisa é referente às vivências de familiares de pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) a fim de compreender as experiências frente ao CTI e suas repercussões no indivíduo e no núcleo familiar. Após o término da coleta de dados analisamos os resultados com base na repetição de termos e significados nas falas dos familiares. Após as devidas demarcações, esses significados foram delimitados em categorias, posteriormente definidos em unidades. Dessa forma, dos significados surgiram três categorias para o estudo: **Compreensão do CTI e repercussões emocionais para os familiares; O núcleo familiar durante a hospitalização e A importância da comunicação da equipe multiprofissional com os familiares.**

#### 4.2.1 Compreensão do Centro de Terapia Intensiva e repercussões emocionais para os familiares

Essa categoria aborda sobre a imagem do Centro de Terapia Intensiva (CTI) na concepção dos familiares bem como o impacto emocional vivenciado pelos familiares. É importante destacar o aparecimento de CTI e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nas falas dos acompanhantes, pois para a grande maioria os termos eram semelhantes.

O CTI é a unidade hospitalar de maior concentração tecnológica. Os profissionais atuantes nesse setor, cotidianamente, lidam com vários estressores como, carga de trabalho na assistência ao paciente grave, necessidade de contínuo desenvolvimento técnico-científico e manutenção das relações interpessoais presentes no local de terapia intensiva (MASSAROLI et al, 2015).

A família é a unidade base para o indivíduo e possui complexidade na sua estrutura e arranjos. A doença promove agitação em seus componentes e reorganiza seus integrantes em busca de ultrapassar essa dificuldade (SILVA et al, 2018). A família é importante no processo de reabilitação ao promover maior estabilidade ao paciente hospitalizado bem como aumentar a aceitação à terapia imposta pela unidade.

Já iniciado desde o momento da indicação ao leito do CTI, dentro dessa perspectiva, o núcleo familiar sofre importante ruptura com relação ao seu ente hospitalizado. De acordo com Dos Santos (2016), o conhecimento dos familiares em torno do CTI é ínfimo em relação à estrutura, ações e sua rotina. Além disso, a imagem vinculada a esse ambiente é do local final de vida, onde há um alerta máximo com relação à integridade do familiar, evidenciado nos seguintes relatos:

*“No primeiro momento foi aquele choque, um impacto muito forte, em relação com a parte de UTI, ta relacionado a morte e aquela coisa tem na cabeça da gente.”(F13)*

*“Primeira coisa que eu pensei em CTI/UTI foi ‘pronto’, que perdi minha irmã assim né, ela foi pra cti, ‘será que eu vou ter a mesma lembrança da minha irmã?’ (F14)*

Os discursos dos familiares corroboram com o estudo de Leite et al (2015), no qual evidencia a percepção de um CTI com imagem negativa atrelada a quantidade de procedimentos e a iminente morte do ente querido. Essa visão pode ser agravada com relação

à faixa etária, falta de informação e motivo de internação do paciente além de experiências anteriores.

A rotina altamente tecnicista presente no CTI contribui para solidificar a imagem de um setor frio e impessoal. A notícia da internação se transforma em um catalisador de emoções, aumentando o medo pela internação. Como afirma Vieira et al (2013), o quadro do paciente somado a necessidade de internação alimenta um prejulgamento, por parte do familiar, de uma unidade hostil e de morte.

Como exposto por Cosmo Monteiro et al (2016), essa imagem criada em torno do CTI é multifatorial (aumento da incidência de doenças crônicas e degenerativas bem como o envelhecimento populacional), contudo afirma também que a escolha para admissão tem influenciado nessa imagem. O CTI deve atender pacientes com possibilidade de reverter o seu quadro atual de saúde com foco na cura, entretanto escolhas ruins para internação tem dado margem para pacientes em estados terminais entrarem no CTI.

Nesse panorama, a entrada de pacientes terminais permite perpetuar a errônea ideia do CTI como ambiente de morte. Acompanhantes que passaram pela hospitalização poderão criar por senso comum ideia contrária ao objetivo do cuidado intensivo, devido a maior frequência de óbitos. Como enfatiza Vasconcelos et al (2016), a comunicação pode ter elementos complicadores no processo de saúde permitindo propagar concepções equivocadas dentro do serviço, cabendo não somente, porém, especialmente ao profissional de enfermagem ações de educação em saúde para combater informações desnecessárias.

O senso comum negativo ao CTI pode ser evidenciado ainda pelas seguintes falas:

*“Para te falar a verdade mano, eu sinto um arrepio antes de entrar né, não to acostumado em ver essas coisas assim.” (F2)*

*“Vamos preparar ele que ele vai para UTI. quando ela falou isso, fiquei com as minhas pernas tremendo, né, porque nunca passei por uma situação dessa.” (F9)*

A participação da equipe no acolhimento desse familiar é de grande importância para a diminuição dos impactos referentes à hospitalização. Comunicação eficaz e escuta ativa são mecanismos fundamentais na compreensão da subjetividade do acompanhante durante o primeiro contato com o ambiente de terapia intensiva, dessa forma permitindo a criação de mecanismos para aceitação da hospitalização (OLIVEIRA e NUNES, 2014).

A imprevisibilidade encontrada nas falas é demonstrada no estudo de Reis, Gabarra e Moré (2016), evidenciando essa imprevisibilidade como decorrente da incerteza com relação à cura do paciente e a falta de paciência com relação à espera de informações. Nesse momento é importante a postura do profissional no repasse de informações, pois como afirmado pelo estudo do autor, a dor que o familiar sente durante a hospitalização torna o recebimento de informações mais demorado. Requisitando assim mais paciência do profissional em repassar informação.

*“Porque quando a gente se aproxima do CTI, a gente já tem aquela sensação que o paciente ta em perigo.” (F11)*

*“Meu deus, pensei comigo, cti é uma coisa que ta muito mal mesmo, sabe.” (F20)*

Ao adentrar no ambiente para visita, o familiar vai sendo preenchido por inúmeros sentimentos com relação ao clímax da visita, estar ao lado do seu ente querido. Visualizar a evolução e estado do paciente, bem como os instrumentos de manutenção da vida, geram questionamentos para esse acompanhante. Nesse momento, a enfermagem deve utilizar o horário da visita para confortar o familiar com esclarecimentos sobre o ambiente. (GIBAUT et al, 2013).

O esclarecimento permite a mudança do estigma presente no CTI. A assistência de enfermagem deve englobar a família para gradativamente permitir o entendimento sobre a hospitalização, bem como as ações impostas pela rotina de serviço.

É importante destacar na pesquisa o aparecimento de falas com concepção positiva com relação ao CTI, evidenciando a compreensão de alguns acompanhantes sobre a necessidade de internação no CTI como ambiente de esperança para melhora de saúde de seus familiares:

*“ao mesmo tempo confortável por ele estar no lugar certo.” (F7)*

*“CTI não é bom, né?! mas ele ta ali pro bem dele, porque se ele não estiver ali, podia acontecer coisa pior.” (F8)*

Como exemplifica o estudo de Reis, Gabarra e Moré (2016), a notícia de ida para o CTI quando repassada de forma correta, com explicações sobre o motivo de internação e sobre o ambiente de terapia intensiva, propicia aos familiares assimilar melhor o acontecimento e não criar expectativas ruins sobre o futuro do ente hospitalizado.

O acolhimento deve ser adotado como postura entre os profissionais, contribuindo com conhecimento válido para o acompanhante. Neste momento, escuta e resolução devem ser abraçados para desmitificar o senso comum preexistente no CTI (PASSOS et al, 2015). Essa abordagem leva em consideração a existência de uma família aguardando informação sobre o ente hospitalizado, e esse acompanhante tem a possibilidade de diminuir as repercussões negativas da vivência em um hospital para esse núcleo familiar.

Juntamente a imagem criada em torno do CTI, os familiares apresentaram as repercussões emocionais desencadeadas por ter um parente internado. Houve uma ambivalência de emoções, positivas e negativas. Contudo é importante ressaltar que 12 (60%) dos acompanhantes manifestaram sentimentos negativos, traduzidos por ansiedade, nervosismo e apreensão. Destacam-se as seguintes falas:

*“Assim, de mim mesmo eu me sinto um pouco apreensiva sabe de chegar lá no, ai meu deus, de ver ele naquela situação que ele tá.” (F16)*

*“quando eu chego aqui eu fico logo ansiosa né, porque eu quero entrar logo pra ver minha mãe, como ela tá.” (F15)*

Como observado nas falas, há uma angústia no momento de visitação para ver o quanto antes o parente hospitalizado. Grande parte desses sentimentos está atrelada a imagem do CTI previamente estabelecida no texto, como local de morte e sofrimento. O estudo de Santos et al (2016), acrescentou ainda sobre a questão da falta de privacidade e exposição no CTI como um agravante para os sentimentos dos familiares. Essa ansiedade acaba dando margem para um indivíduo mais enfraquecido psicologicamente, predisposto a conflitos com o serviço e em sua rede familiar. De acordo com a autora, a enfermagem é a profissão capaz de minimizar esses sentimentos por estão em maior parte junto ao indivíduo.

O achado nas falas teve resultado oposto ao estudo de Nascimento et al (2015), o autor expôs em seu estudo sobre sentimento de alívio por parte dos familiares por seus pacientes estarem em uma unidade de cuidados intensivos (73,3%). O entendimento sobre a

hospitalização (rotina e aparelhos) demonstrou ser um fator crucial para acalmar os ânimos dos familiares. O autor ainda afirma que esse percentual trouxe como consequência o sentimento de recuperação concreta de saúde do paciente acamado por parte dos familiares.

Contudo ainda relata sobre a existência de sentimentos negativos mesmo com a aparente certeza de cura do ente hospitalizado. No estudo de Nunes et al (2017), nesse panorama adiciona a participação do psicólogo como profissional essencial para lidar de forma direta com esses sentimentos.

É importante ressaltar a atuação da equipe interdisciplinar no acolhimento desse acompanhante. Durante o período da visita o profissional de psicologia deve estimular os familiares a conversar sobre o seu ente hospitalizado, promovendo alívio em poder expressar os sentimentos que permeiam a cabeça desse acompanhante (FERREIRA e MENDES, 2013).

*“Então as consequências são de tristeza.” (F11)*

*“O primeiro sentimento, ao vê-lo assim, nesse estado que ele se encontra hoje, é de uma tristeza profunda.” (F4)*

Em mães acompanhantes, estudo de Pavão e Montalvão (2016), enfatiza sobre a amplificação dos sentimentos devido ao aspecto cultural relacionado à maternidade. Sentimentos de tristeza e ansiedade se tornaram bem evidentes no estudo devido à doença na vida do filho tendo a morte como instigador desses sentimentos.

Dessa forma, ficou evidente nesta unidade a imagem de morte presente no CTI como senso comum de acompanhantes. O motivo de internação e prévia informação sobre o local ainda são pontuais para nortear a forma como esse familiar irá aceitar a hospitalização. A participação da enfermagem nesse processo é de extrema importância para promover um espaço acolhedor para o familiar se sentir confortável em expor suas angústias e dúvidas e dessa forma, repercutir no cuidado prestado a esse familiar também.

#### 4.2.2 O núcleo familiar durante a hospitalização

A internação ultrapassa aspectos intra-hospitalares refletindo no cotidiano do acompanhante e sua família. Emoções, aspectos físicos e relações sociais são modificados e até ampliadas durante esse período. O tempo de permanência não está bem delimitado na literatura, como afirma Rodrigues et al (2016), pesquisas realizadas em UTI's mistas com pacientes cirúrgicos e clínicos não permite um consenso sobre esse dado. Com a incerteza de

saída do novo ambiente, o acompanhante apresenta determinadas características que serão abordadas posteriormente.

Durante esse processo de espera de alta, alguns familiares “aproveitam” para refletir sobre o quadro de saúde de seu ente hospitalizado e tentam internalizar a experiência para sua vida. Alguns familiares pontuaram a hospitalização como momento de reflexão sobre postura e modo de vida. Como encontrado nas falas abaixo:

*“eu vivo me culpando será que eu trouxe a mamãe, fiz coisa errada, passa pela minha cabeça sabe, de ter feito alguma coisa antes.” (F15)*

*“[...] A outra consequência é positiva, porque eu chamo os meus irmão e irmãs que fumam cigarro e bebem e digo: Nós estamos com irmão lá, acamado, rebentado, a consequência é o uso do cigarro e de álcool e, também de drogas.” (F4)*

Como visto nas falas, há um esforço em tentar extrair algum aprendizado sobre o momento difícil na qual a família está passando. Essa postura é confirmada no estudo de Reis et al (2016), intitulando uma resignificação da vida por parte dos familiares de pacientes internados. Essa resignificação pode se mostrar de forma positiva como exposto pelo familiar, demonstrando os efeitos tóxicos do uso de cigarro e álcool para o seu núcleo familiar através da hospitalização de um membro próximo, bem como pode trazer sentimentos negativos como culpa e arrependimento, encontrado na fala do familiar. Entender o familiar como extensão do paciente permite avaliar a repercussão da hospitalização na sua vida e como ele está lidando com ela, mesmo de forma temporária.

O momento de internação permite uma conexão com o passado, sendo ampliado dependendo do grau de parentesco com o paciente. Nesse momento a família busca através desse resgate do passado, demonstrar a importância do ente hospitalizado em suas vidas (SANTOS E CAREGNATO, 2013), como podemos constatar nas seguintes falas:

*“la em casa almoçando com minha família, [...], meu filho me abraçando e minha mãe internada aqui e eu fiquei sentado lá uns 10 minutos refletindo, [...], eu fiquei refletindo, la sentando tomando café com meus filhos e minha mãe internada aqui.” (F14)*

*“Até no trabalho eu liguei, não trabalhava direito, [...], ai eu chegava em casa e pensava de noite pensando aqui nela, “eu to dormindo aqui bem e minha mãe ta internada, sabe la se ela ta dormindo, se ela ta sentindo dor”, ai eu ficava pensando em muitas coisas.” (F14)*

De acordo com De Oliveira e Barbosa (2018), devido a internação, ruptura da família e quadro do paciente, o acompanhante manifesta sentimentos de solidão. Mesmo com a participação nas visitas, os familiares não podem compreender em totalidade as experiências do paciente. Nesse momento, a busca pelo “porque” torna se questionamento na mente do acompanhante.

Como não podem compreender a experiência de hospitalização, os familiares sentem-se no dever de acabar com o sofrimento de seu parente, como visto na fala de *“É praticamente minha segunda mãe, eu preferia eu estar no lugar dela” (F1)*. Como afirma o estudo de Spohr et al (2013), essa impotência gerada pela internação provoca nos familiares o desejo de retirada imediata do seu ente querido do ambiente de terapia intensiva.

É importante destacar que o núcleo familiar apresenta também uma ressignificação coletiva no momento da hospitalização. Como observado nas falas, os familiares na iminência de perder o ente querido optam por deixar diferenças de lado e escolhem por atuar de forma sinérgica em prol da efetivação do laço familiar. Como pode ser visto nas seguintes falas:

*“Uniu mais acho que os irmãos.” (F6)*

*“é porque minha família, [...], Eles ficaram mais unidos ainda porque eles viram assim pensando que iam perder o pai deles.” (F3)*

Esse é um achado extremamente positivo, pois segundo estudo de Santos e Caregnato (2013), essa união entre familiares para participação na recuperação do paciente é conflituosa, demonstrando ser um dos principais geradores de tristeza e conflito no CTI. Um dos motivos levantados no estudo é o grau de conhecimento sobre a situação do paciente. Durante a pesquisa, alguns familiares não se sentiam confortáveis com o estado de saúde do paciente e escolhiam não realizar mais visitas.

Fora do hospital, o acompanhante funciona como uma conexão entre o núcleo familiar e o núcleo hospitalar. Santos e Caregnato (2013), afirmam sobre a importância do repasse de informações e do acolhimento humanizado para os familiares. As informações devem ser compreendidas pelos acompanhantes pelo uso de linguagem acessível e sem uso de termos

técnicos. Essa conexão entre o serviço e o núcleo familiar em casa é percebida nos discursos de:

*“A família toda, em casa, fica aguardando a gente chegar para dar o boletim.” (F11)*

*“Então a gente sofre por ta aqui vendo ele e essa situação e sofre la em casa por ver a situação da minha vó toda vez que a gente chega, então sofre, o que eu peço pra deus é isso, ou entrega ele curado ou então que ele descanse.” (F17)*

Nesse momento, a família passa por uma remodelagem na sua estrutura familiar para diariamente buscar a “aceitação” mais tranquila da hospitalização. A participação de membros não pertencentes à unidade familiar tem grande relevância para realização de atividades do cotidiano como cozinhar ou outras atividades necessárias (SILVEIRA e GIRARDON-PERLINI, 2013). Como percebido durante a pesquisa, alguns acompanhantes eram vizinhos ou amigos de longa data e mantinham boa convivência com a família e com o paciente, o vínculo formado ajudava na manutenção de visitas frequentes.

Além disso, Nunes et al (2017), complementa com a ideia da formação de um próprio grupo de familiares acompanhantes. A rotina de horários preestabelecidos provoca de forma involuntária a formação de um grupo de apoio. Nele os familiares conversam sobre os casos de seus entes hospitalizados, sobre seu cotidiano e possibilita o poder de resolução e diminuição do afastamento do hospital.

O hospital na qual a pesquisa foi realizada estabelece dois horários para visitação, um pela manhã e outro pela tarde junto ao momento do boletim médico. Durante as entrevistas, para manter a frequência de visitas e não deixar o paciente sentindo se abandonado, alguns familiares abdicaram de outras atividades para dar atenção total às demandas do hospital. Nas falas ficou evidente o peso que a hospitalização gradativamente iria influenciando em seus meios profissionais e sociais.

*“Eu não consigo mais fazer muita coisa na minha vida porque eu fico preocupada com ele porque sou só eu de filha.” (F10)*

*“Fico desanimado assim pra tudo sabe, pra sair essas coisas, ficar mais em casa.” (F2)*

Vieira et al (2013), enfatiza sobre a sobrecarga evidente na hospitalização de alguém próximo. Devido acontecer de forma inesperada, o núcleo familiar não tem o tempo necessário para se estabelecer e organizar uma programação para visitas. Vários estressores são pontuados como desamparo e desorganização, contudo a falta incompatibilidade com o horário da visita se torna mais evidente.

Chaves et al (2015), complementa em seu estudo sobre essa responsabilidade abraçada pelo familiar. Na concepção do acompanhante, para estar disposto a ajudar na recuperação do paciente, o acompanhante deve sempre colocar as necessidades do outro em primeiro plano. Além disso, afirma sobre a escolha de participar ou não de forma ativa no acompanhamento. Essa escolha leva em consideração a obrigação e o cuidado por amor.

A falta de energia e cansaço progressivos criados pela hospitalização demonstrou interferir diretamente na vida profissional em alguns participantes da pesquisa. Essas manifestações podem ser vistas nos trechos:

*“Não consigo trabalhar direito mais, eu fico pensando nela.” (F19)*

*”A ruim, é que uma doença muda toda rotina normal da família. A gente acaba saindo do nosso conforto normal do cotidiano, do dia-a-dia, as vezes até vivendo de uma forma meio que automática no trabalho.” (F7)*

A baixa produtividade pode se tornar um risco para a permanência no trabalho ou execução dos serviços. Em um estudo feito em uma UTI pediátrica, Santos et al (2014) demonstrou que as mães presentes na pesquisa se tornaram mais propensas a deixar seus empregos para ficar ao lado de seus filhos, devido ao vínculo já estabelecido entre mãe e criança.

Em consonância com Santos (2014), Nunes et al (2016) acrescenta através de seu estudos com familiares de pacientes internados em CTI o risco do paciente hospitalizado ser o provedor de recursos financeiros. Quando isso acontece, os recursos financeiros se tornam diminuídos e dão margem a conflitos internos, sendo necessária a procura de recursos financeiros externos para cobrir as demandas básicas do lar. Ainda de acordo com o autor, a equipe de enfermagem deve estar atenta para famílias em situação vulnerável e informá-las sobre recursos disponibilizados pelo hospital para auxiliar nesse momento.

Durante as entrevistas, mesmo se deparando com inúmeros problemas, alguns familiares demonstraram acima de tudo querer incentivar a melhora do paciente. Seja através da fala ou de ações, esses familiares compreendem a importante participação do acompanhante no processo de melhora do ente querido. No momento da visita, o contato verbal e não verbal foi estimulado com os acompanhantes, respeitando as individualidades de cada paciente.

*“O homem ta bem e eu vou agora incentivar. . . falei, falei falei. ai eu percebi que o semblante dele mudou.” (F4)*

*“A gente vai lá e procura tranquilizar ela, fazendo ela rir um pouquinho, brincar com ela um pouquinho, mexer com ela um pouquinho.” (F13)*

Como exposto por Santos e Caregnato (2013), o contato verbal com o paciente permite com que ambos diminuam sua ansiedade e mantenham o vínculo. Permitir com o que paciente se sinta ligado com a família através de informações do cotidiano, novidades, palavras de incentivo mantinha a “chama de viver” no paciente acesa.

Dado semelhante foi encontrado na pesquisa de Spohr et al (2013), a autora estabelece o cuidado perpassando pelo familiar pois ele é dotado da capacidade de estimular a vida no paciente gravemente enfermo. O estímulo para aceitação terapêutica deve ser incentivado mesmo quando o paciente se encontra inconsciente, dada à relevância da participação familiar na reabilitação.

Em acordo com os dois autores previamente citados Vidal et al (2013), comprova em seus estudos através da análise com pacientes internados, o impacto positivo que o acompanhante causa em seu estado clínico e emocional.

Durante as entrevistas, alguns familiares faziam questão de informar aos outros acompanhantes sobre os benefícios desse contato. Relatos como aumento do batimento cardíaco e olhos lacrimejados dos pacientes já não eram vistos com tanta surpresa e medo, pois os acompanhantes com mais tempo no CTI conversavam com os mais novos sobre esses fatos demonstrando ser um efeito esperado, tranquilizando-os.

Outro ponto positivo foi a questão do contato não verbal. Os familiares eram previamente incentivados manter o contato físico com o paciente, respeitando as

singularidades de cada caso. O toque, de acordo com Santos e Caregnato (2013), é um componente tão forte quando o contato verbal.

Em um estudo realizado com acompanhantes de idosos, Leite et al (2015) relata sobre como o medo dos aparelhos e estado do paciente paralisou alguns acompanhantes. A imagem fixa em suas cabeças pode ter contribuído para não realizarem nenhum movimento a fim de não causar mais dor no paciente.

Nos estudos dos dois autores supracitados, a participação do familiar no momento da visita foi delimitada pelo grau de integração com estrutura e rotina. Essa integração é estabelecida de forma satisfatória quando o profissional de enfermagem estabelece escuta e orientação para os familiares antes da visita. Durante a pesquisa, foi notado que eram repassados primeiramente os informes com relação à rotina e materiais para a UTI posteriormente era feito o esclarecimento dos aparelhos e evolução clínica do paciente.

#### 4.4.3 A importância da comunicação da equipe multiprofissional com os familiares

Esta categoria abordará a importância da equipe multiprofissional à reabilitação do paciente, envolvendo, também, o familiar em momentos de conversa e instruções, componentes importantíssimos para o processo de adaptação à internação.

A chamada "equipe multiprofissional" surgiu com a finalidade de quebrar a hierarquização do atendimento e torná-lo mais horizontal. Dessa forma, as intervenções passam a ter múltiplos olhares, ou seja, uma reunião de saberes convergindo pela integralidade e resolutividade. O intuito é quebrar o paradigma do atendimento feito por um único profissional centrado na cura e substituí-lo pelo trabalho coletivo em saúde, com foco nos fatores multicausais do processo saúde-doença (SILVA et al. 2013).

A equipe multiprofissional, no CTI, trabalha dinamicamente, em prol da melhora do quadro de saúde do hospitalizado. O foco é voltado, primariamente, ao estado físico do mesmo, fazendo o uso de terapias invasivas e não invasivas, com a finalidade de estabilizá-lo e curá-lo. Esta equipe precisa ter em mente que por trás daquele paciente, existe uma família que está abalada e, até mesmo, desestruturada, devido à internação do paciente. Na medida do possível, também presta cuidados aos familiares, visto, grandemente, no momento da visita, onde a comunicação entre profissionais e familiares precisa acontecer de forma sensível, levando em consideração suas individualidades (SIMONI e SILVA, 2012); (GOMES e CARVALHO, 2018).

Somando-se ao exposto, insere-se a técnica que todos os componentes da equipe multiprofissional devem ter: a comunicação. Ela não é invasiva e não traz riscos à saúde do paciente, ao invés disso, quando realizada com qualidade, tendo em vista aquele hospitalizado como um ser biopsicossocial pode favorecer na obtenção de informações cruciais referente ao estado de saúde, além de ser um dos pilares para a formação e consolidação do vínculo entre os envolvidos, como também, a ponte para a diminuição dos sentimentos negativos que cercam o hospitalizado e seu familiar (GASPAR et al, 2015); (SILVA et al, 2018).

Diante da importância da comunicação entre o binômio equipe-familiar, fica evidente, nas falas abaixo, o quão terapêutico ela pode ser em diversos momentos.

*“Eu vejo a equipe médica daqui, muito preocupada com o estado dele. Todos preocupados. Às vezes, no boletim, os médicos ficam até sem saber como falar pra gente. Logo no início, ele parecia que ia morrer já... O médico não sabia como chegar e dizer... Eu via a preocupação, o empenho em querer salvar uma vida. Vi, presenciei e falo, agradeço aos médicos toda vez que venho aqui (...)” (F11)*

*“(...) teve um técnico de enfermagem que ele era maravilhoso, sabe, eu entrei e tava na visita com o titio, ele entrou pediu licença, foi trocou as medicações a gente não entende, trocou me deu bom dia perguntou se tava tudo bem, se identificou com técnico, e trocou o negocinho que tinha aqui no titio, e tirou e trocou outro e viu tudo direitinho, eu vi o profissionalismo dele e a gente ainda conversou ainda um pouquinho e eu dei os parabéns pra ele(...)”(F17)*

*“(...) são dois técnicos q tem ido la na hora da visita, explica qual é a medicação, falam com ela “estamos fazendo isso, explicam direitinho pra gente também o que a gente pode e o que não pode, e a equipe de enfermagem vem perguntam, porque eu me apresentei, ai a enfermeira sempre vem perguntar “e ai como tu ta?” se preocupando com o quem ta visitando, e naquele dia que foi embora a energia por um tempinho todo mundo correu e percebi que a equipe se preocupa de fato porque todo mundo correu, e cada técnico responsável, enfermeiros, ate o medico saiu da visita e foi ver la se tava tudo certo, e sabe esses pontinhos que a gente percebe que mesmo que a preocupação seja mínima, se tem uma preocupação e isso é muito importante pra quem ta visitando ver que se interessa pelo familiar.” (F19)*

Como visto em duas falas, o técnico de enfermagem foi essencial na comunicação com os respectivos familiares. Gaspar et al (2015), ressalta, justamente, a relação da boa comunicação entre este profissional para com os familiares, tanto em relação às técnicas usadas, autocuidado e a procedimentos, como a traqueostomia. Essa interação é capaz de promover tranquilidade ao familiar.

Fraga et al (2017), discorre sobre a utilidade da comunicação como aliada à segurança do paciente, onde a equipe de enfermagem precisa mostrar, claramente, ao paciente, a forma como cada procedimento é realizado, além de informá-lo sobre o seu quadro de saúde, a fim de que o mesmo compreenda a necessidade e a importância da assistência prestada.

Foi tecido sobre o quão relevante à comunicação pode ser para as relações sociais no CTI. Mas Galdino e Santiago (2012), mostram que ela pode prejudicar o convívio e as inter-relações. Os autores apontam os fatores estressores extrínsecos (barulho das máquinas, reclamação de integrantes da equipe, sobrecarga de trabalho, tensão, etc.) como gatilhos. Em seguida, com esse profissional "encharcado" de estresse, passa a ter dificuldades em se comunicar com os colegas de trabalho e pacientes/familiares, acarretando em relações hostis.

Destarte, entra em cena o profissional de enfermagem como sendo o mais capacitado a mediar os conflitos existentes, embasado em seus conhecimentos em gestão de conflitos e de pessoas (CAMELO et al, 2016).

O trabalho em equipe é primordial para a consolidação afetiva e respeitosa das relações interprofissionais. Os sujeitos devem qualificar o potencial alheio e o seu próprio, convergindo na integração da equipe, ratificando o sentimento de pertencimento. Pensar e agir coletivamente, no CTI, resulta em eficiência nos procedimentos, não dá margem para conflitos dentro da equipe, estimula a boa relação entre os mesmos (LACCORT e OLIVEIRA, 2017).

Quando o profissional se torna mais humano, tende a se dedicar no cuidado, não se deixa mecanizar com o passar do tempo; alia o arsenal tecnológico do CTI ao seu conhecimento científico, mostrando-se capacitado a oferecer o seu melhor, a favor da recuperação do paciente crítico (BEZERRA e MONTEIRO, 2018).

O familiar, ao perceber que o seu ente está sendo bem assistido pela equipe, tende a ficar mais tranquilo e a confiar mais nos profissionais de saúde. As falas a seguir, indicam isto:

*"(...) Quando, o primeiro que eu vi aqui, égua do médico, viu?! Não sei o nome dele. O cara é de uma experiência, uma segurança, uma firmeza; de uma espiritualidade tamanha. Égua do cara. Tirei o chapéu pra esse. Ele colocou a situação do meu irmão de forma eloquente... Disse que no momento que alguém adentra esse espaço, há possibilidades de uma cura. Vocês podem até olhar pro seu irmão e vê o estado físico dele, mas, é possível que ele reverta esse quadro. Não importa as complicações que ele esteja, mas, é possível. Tanto vocês, como ele, precisam olhar por esse prisma, por essa perspectiva futura. Senti firmeza (...)"(F4)*

*"Eu percebo no prontuário do meu irmão, os horários que foram anotados os medicamentos, as vezes que ele foi visitado... Então, acredito que eles estão fazendo o trabalho deles e o papel deles profissional. Por não conhecer a família e o paciente, estão cumprindo o dever profissional. Acho positivo." (F7)*

*"Olha, pelo que eu vi, tá bem. A equipe tá bem. Desde o começo, que eu cheguei aqui, que vi o meu irmão com outro semblante, fiquei muito feliz. Tá sendo bem cuidado e creio que vai ser mais cuidado." (F8)*

*"(...) eu percebo que a equipe que tá aí, é intensiva, né?! É vinte e quatro horas. Então, esse empenho deles aí, pô meu; eu queria poder, caso o meu irmão saia daí vivo, voltar aqui e dar um presente pra cada um desses enfermeiros, auxiliar, médicos e dizer que são maravilhosos." (F4)*

*"(...) ela tá sendo bem cuidadinha tão hidratando a pele dela, tão dando banho, eu pergunto sempre pra ela, deram baninho hoje, aí ela balança a cabeça dizendo que sim (...) eu percebo que a equipe é muito bem entrosada, que a equipe se entrega, pelo menos os técnicos cuidam dela e tão acompanhando, e a enfermagem, os médicos que eu já passei por aqui, eu já percebi que eles acolhem bem também, assim o acompanhante, a pessoa que vem visitar e explicam direitinho a situação (...)"(F19)*

Por outro lado, a equipe sofre desgaste demasiado, por causa da rotina de trabalho. Devido à sobrecarga de trabalho, o pouco tempo de atenção que poderia ser dado ao familiar, pode não acontecer; o estresse gerado pela estafa prejudica a inter-relação. A satisfação do profissional também interfere no meio. Esta pode vir através de menor jornada de trabalho, boa convivência com os demais, capacitações, reconhecimentos, sentimentos de pertencimento e utilidade (MORGADO et al. 2016).

No entanto, por mais árdua que seja a rotina da equipe multiprofissional atuante no CTI, é possível cuidar com empenho e dedicação o paciente crítico, por mais complexo que seja, de forma integral, fazendo equilíbrio entre as habilidades técnica e científica. Para tanto, deve haver sinergia e empatia entre os componentes da equipe, como também, respeito e compreensão, de tal forma que o paciente perceba um ambiente favorável e harmonioso à sua recuperação (ALVES, 2013).

Ter um familiar internado no CTI não é um momento fácil no cotidiano de um núcleo familiar. É um fato que causa comoção, medo, desespero em todos os indivíduos que estão por trás desse hospitalizado. Os profissionais que trabalham neste setor sabem o quão difícil é este processo, mas sabem também, que podem ajudar de alguma forma, os familiares

fragilizados. Esta forma, dentre outras, é a comunicação, como ficou claro nos parágrafos citados. Ela tem a capacidade de confortar os corações mais desesperados; de amparar, suavemente, aquela pessoa que está “banhada” de negatividade. A equipe multiprofissional é altamente qualificada para prestar os cuidados técnico, científico e o humanizado. Um dos melhores calmantes que estes profissionais podem oferecer é, sem dúvida, uma comunicação baseada na empatia e no carinho próximo.

## **5 Considerações finais**

Dentro do proposto, a pesquisa buscou relatar as vivências de familiares em sua permanência no CTI. O CTI ainda sofre com o estigma de ser um local de morte e pouca chance de saída. A família nesse processo enfrenta um grande obstáculo na superação desse momento e conta com a comunicação da equipe multiprofissional para atender tal objetivo. Nesse cenário, trazer o familiar para a assistência é de fundamental importância para um cuidado humanizado. Entender os anseios do acompanhante de forma singular e como componente de família é estabelecer atitude profissional visando a integralidade do serviço.

O estudo buscou compreender as repercussões emocionais presentes no momento da indicação da ida para o CTI, bem como os sentimentos revelados durante a internação. Além disso, o estudo permitiu identificar as repercussões presentes na vida extra-hospitalar (família, trabalho) bem como a mudança de postura em alguns participantes. Além disso, comprovou a eficácia da comunicação da equipe multiprofissional como forma de diminuir as experiências e concepções ruins em torno do ambiente.

Contudo é importante ressaltar o aparecimento na mudança do senso comum já em alguns familiares, no qual entendem a necessidade do CTI em relação à gravidade do seu ente hospitalizado.

O acolhimento permitiu a mudança gradativa da visão dos familiares sobre o CTI. O projeto de extensão, cenário para formular o presente estudo, permite um momento rápido porém simples e direto durante o horário de visitação para conversa com os familiares. Nele a retirada de dúvidas permitiu com que os familiares entendessem de forma simples a necessidade de determinados procedimentos.

A enfermagem precisa estabelecer esse momento com o familiar e permitir a construção de vínculo com os usuários do serviço. O cuidado deve perpassar o indivíduo e chegar à família, transformando-a em aliada na busca da melhora do seu paciente hospitalizado.

Nos momentos pós-entrevista alguns familiares agradeceram a existência de um espaço durante a visitação para retirada de dúvidas e se mostraram bem contentes quando técnicos de enfermagem participavam dos momentos de conversa. Esse achado é importante, pois mostrava que o familiar tinha dúvidas e queria saber mais sobre o ambiente pela voz dos profissionais presentes no setor, mas a vergonha de perguntar e a apatia (devido a iminente perda do seu familiar) se mostravam obstáculos.

A pesquisa permitiu a identificação de um público fragilizado, mas com uma grande força dentro de si. A criação de espaços em uma sala de espera é de fundamental importância para o familiar se sentir escutado, bem como entender qual é sua participação no momento da hospitalização. Durante o período de coleta de dados, no momento em “roda de conversa”, era nítida a mudança positiva no semblante do acompanhante quando era informado sobre o poder que ele tinha na recuperação do paciente.

Durante a entrevista ficaram abertas algumas possíveis extensões do estudo com relação às repercussões pós-hospitalização e ao grau de cobertura da Atenção Básica de determinados municípios (devido à entrada de pacientes com doenças preveníveis).

No mais a pesquisa contribuiu para reflexão com relação à postura dos autores como futuros enfermeiros e o seu posicionamento já na linha de frente do serviço.

## 6 Referências:

Almeida AS, et al. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 nov-dez; 62(6): 844-9.

Alves E.F. O Cuidador de Enfermagem e o Cuidar em Uma Unidade de Terapia Intensiva. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde 2013;15(2):115-22

Aragão, j. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. Revista praxis. ano III, nº 6 - agosto 2011, v 3 n 6, pg 59-62.

Bardin, Laurence. Análise de conteúdo / Laurence Bardin ; Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo : edições 70, 2016. ISBN 978-85-62938-04-7.

Beuter M, Brondani CM, Szarecki C, Cordeiro FR, Roso CC. Sentimentos dos familiares acompanhantes. Esc Anna Nery (impr.)2012 jan-mar; 16 (1):134-140

Bettinelli L.A, Erdmann A.L. Internação em Unidade de Terapia Intensiva e a família perspectivas do cuidado. Avances en enfermería. Vol XXVII, N°1. Enero-Junio, 2009.

Bezerra, R.M. e Monteiro, M.A.S. CONHECENDO OS ASPECTOS DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:REVISÃO INTEGRATIVA. Jun 2018, disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/227>

Bolela F, Correa AK. Humanization in intensive care from the perspective of the health team. Rev Enferm UFPI. 2015 Jan-Mar;4(1):4-10.

Bosi, M L M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. Ciência & Saúde Coletiva. 17(3):575-586, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO-RDC No 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010. No 37 – DOU de 25/02/10 – seção 1 – p. 48. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS Visita Aberta e Direito ao Acompanhante, 2º edição. Brasília-DF, 2007 Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita\\_acompanhante\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Humanização (PNH). Brasil, DF. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). 2010

Camelo S.H.H. Enfermeiros gerentes: formação profissional e desafios. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(3):e11637.

Camponogara, S , Santos, T M, Rodrigues, I L, Frota, L , Amaro, D, Turra, M. PERCEPTIONS AND NEEDS OF RELATIVES OF PATIENTS HOSPITALIZED IN AN INTENSIVE CARE UNIT. J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(4):622-34

Campos, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista brasileira de enfermagem*. 2004.

Casanova EG, Lopes GT. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009, nov-dez; 62(6): 831-6

CHAVES, Olmir Cassiano Silva et al. “Tem que cuidar”: vivências e saberes do familiar/cuidador de paciente com doença crônica. **Revista de enfermagem UFPE on line- ISSN: 1981-8963**, v. 9, n. 10, p. 9535-9540, 2015

COSTA, Roberta; KLOCK, Patrícia; LOCKS, Melissa Orlandi Honorio. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, p. 355-360, 2012.

Cosmo Monteiro, M., Seixas Magalhães, A., Féres-Carneiro, T., & Nonato Machado, R. Terminalidade em UTI: dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 1, 2016.

dos Santos, E. S., Gastaldi, A. B., Garanhani, M. L., & Montezeli, J. H. Acolhimento e processo educativo em saúde a familiares de pacientes internados em UTI adulto. **Cienc Cuid Saude**, v. 15, n. 4, p. 639-646, 2016

Farias FBB, Vidal LL, Farias RAR et al. HUMANIZED CARE IN THE ICU: CHALLENGES FROM THE VIEWPOINT OF HEALTH PROFESSIONALS. *J. res.: fundam. care. online* 2013. out./dez. 5(4):635-42

Felix, T A, Ferreira, F V, Oliveira, E N, Eloia, S C, Gomes, B V, Eloia, S M C. PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO NA VISITA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2014 Dez;3(2):143-153

FERREIRA, Priscila Dias; MENDES, Tatiane Nicolau. Família em UTI:: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. **Revista da SBPH**, v. 16, n. 1, p. 88-112, 2013.

Fraga et al. A comunicação efetiva no contexto hospitalar: uma estratégia para a segurança do paciente. *INTERNATIONAL NURSING CONGRESS*. May 9-12, 2017

Frizon G, Nascimento ERP, Bertencello KCG, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):72-8.

Galdino de Paula V, Santiago LC. CONFLITOS NOS RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS DECORRENTES DE FATORES QUE DIFICULTAM A COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO/CLIENTE DURANTE O CUIDADO. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, vol. 4, núm. 3, julho-septiembre, 2012, pp. 2312-2317

Gaspar MRF et al. A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO. *Rev. CEFAC*. 2015 Maio-Jun; 17(3):734-744

GIBAUT, Mariana de Almeida Moraes et al. Conforto de familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1114-1121, 2013.

Gomes, A. G. A., & Carvalho, M. F. de O. A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura. *Rev. SBPH* vol.21 no. 2, Rio de Janeiro – Jul./Dez. – 2018

Gotardo GIB, Silva CA. O Cuidado Dispensado Aos Familiares Na Unidade De Terapia Intensiva. *R Enferm UERJ* 2005; 13:223-8

Laccort & Oliveira. A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM. *Revista UNINGÁ Review*, Vol.29,n.3,pp.06-10 (Jan – Mar 2017)

Leite, M. T., Schons, V. F., da Silva, L. A. A., Muller, L. A., Pinno, C., & Hildebrandt, L. M. A hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 2, 2015.

LEFEVRE, Fernando; CAVALCANTI LEFEVRE, Ana Maria. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2014.

LEITE, Marinês Tambara et al. A hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 2, 2015.

Lunardi Filho et al. As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva gerais. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v.6, n.2, p.100-109, maio/ago. 2004

Maestri E et al. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):73-8.

MASSAROLI, Rodrigo et al. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2015.

MENDES VIEIRA, Jacinta; PARAISO DE MATOS, Kátia Amarílis; DE ANDRADE-BARBOSA, Thiago Luis y MOURAO XAVIER-GOMES, Ludmila. Sentimentos vivenciados por familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva adulto. *Rev Cubana Enfermer* [online]. 2013, vol.29, n.1, pp. 18-28. ISSN 0864-0319.

Monteiro, J. K., Oliveira, A. L. L., Ribeiro, C. S., Agostini, G. H. G N. Adoecimento Psíquico de Trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2013, 33 (2), 366-379.

Monticelli M, Boehs AE. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3):468-77

NASCIMENTO, Vagner Ferreira et al. Apreensões e sentimento de fé de familiares no ambiente de cuidado intensivo. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 3, p. 2639-2655, 2015.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira do et al. Percepções de familiares sobre hospitalização no ambiente intensivo. **Rev. enferm. UFPI**, p. 92-99, 2015.

Nascimento VF. Indivíduos frequentadores de UTI em um município no interior do Brasil. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* Vol.04, Nº. 01, Ano 2013 p. 1445-1460

Nunes Oliveira, C., & Dias Caires Araújo Nunes, E. Cuidando da família na UTI: desafio de enfermeiros na práxis interpessoal do acolhimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, 2014.

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo et al. A dinâmica familiar frente ao risco de morte— uma análise sistêmica do processo de hospitalização/Family dynamics face the risk of death—a systemic analysis of the hospitalization process. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 3, 2017.

Oliveira CN, Nunes EDCA. CUIDANDO DA FAMÍLIA NA UTI: DESAFIO DE ENFERMEIROS NA PRÁXIS INTERPESSOAL DO ACOLHIMENTO. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2014 Out-Dez; 23(4): 954-63.

OLIVEIRA, Geisilane Rodrigues; BARBOSA, Flávia Carvalho. ENTRE O FIM E O RECOMEÇO: SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO FENÔMENO VIVIDO NA INTERNAÇÃO EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA ADULTO. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. 2, 2018.

Othero, M. Carlo, M M R P. Família Diante do Adoecimento e da Hospitalização Infantil - Desafios Para a Terapia Ocupacional. *Desafios Para a Terapia Ocupacional. Prática Hospitalar*. ano VIII, nº 47. 111-117.

Passos SSS et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):368-74

PAVÃO, Thiago Leite; MONTALVÃO, Tatiana Carvalho de. Mães acompanhantes de crianças cardiopatas: repercussões emocionais durante a hospitalização. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 67-82, 2016.

Pott, F S, Stahlhoefer, T, Felix J V C, Meier, M J. CORRESPONDENTE Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 174-9.

Proença MO, Dell Agnolo CM. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):279-86.

Puggina AC et al. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 18(2) abr-Jun 2014

Reis, L. C. C., Gabarra, L. M., & Moré, C. L. O. O. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 815-828, 2016.

RODRIGUEZ , Anita H et al. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, 2016.

Rezende L.C.M, Costa K.N.F et al. Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Cultura de los Cuidados*. 2º Cuatrimestre 2014 • Año XVIII - N.º 39

Sanches PG, Carvalho MDB. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 jun;30(2):289-96.

Sanches, P. G. Convivendo com a morte e o morrer: o ser- enfermeiro em unidade de terapia intensiva. 2007. 85 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, 2007.

SANTOS, Deise Godoes; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Familiares de pacientes em coma internados na Unidade de Terapia Intensiva: percepções e comportamentos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 487-95, 2013.

Santos ES, Gastaldi AB, Garanhani ML, Montezeli JH. ACOLHIMENTO E PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI ADULTO. *Cienc Cuid Saude* 2016 Out/Dez; 15(4): 639-646

SANTOS, Luciano Marques et al. Mudanças familiares decorrentes da hospitalização do prematuro em cuidados intensivos: um estudo com puérperas. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2014.

Silva F.M.V. et al. Estratégias Utilizadas por Enfermeiros para Minimizar a Assimetria na Comunicação em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul*, v. 16, n. 57, p. 110-117, jul./set., 2018

Silva, N. B., Fonseca, P. M. M. F. M., da Silva, S. R. R., Silva, L. R., de Sá Júnior, P. L., & Fonseca, P. D. Á. M Contribuições da família na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Científica UMC**, v. 3, n. 1, 2018.

Silva P.A et al. Atuação em equipes multiprofissionais de saúde: uma revisão sistemática. *ConScientiae Saúde*, 2013;12(1):153-160.

SILVEIRA, Camila Riefel; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. A experiência da família do paciente internado em unidade de terapia intensiva adulto. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, 2013.

Simoni RCM, Silva MJP. O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(Esp):65-70.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2012. Vol. I e II.

Morgado et al. O CUIDADO HUMANIZADO NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA – CTI. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 2016; ISSN-1982-6451

SHIOTSU, C. H.; TAKAHASHI, R. T. O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n.1, p. 99-107 , mar. 2000.

Spohr VM, Freitas HMB, Ilha S, Nicola, GDO, Zamberlan C, Gehlen MH. Sentimentos Despertados Em Familiares De Pessoas Internadas Na Unidade De Terapia Intensiva. Cogitare Enferm. 2013 Out/Dez; 18(4):736-42

Vasconcelos EV, Silva SED, Araujo JS, Silva CSO, Freitas, KO, Baia RS. A enfermagem e os familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva: revisão bibliométrica. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.06, N°. 03, Ano 2015 p. 2894-2906.

Vasconcelos EV et. al. A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO: FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA. Ponta Grossa, v. 12 n.2 - maio./ago. 2016 Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao>

Vidal VLL, Araújo STC, Perreault M, Azevedo AL. O FAMILIAR ACOMPANHANTE COMO ESTÍMULO COMPORTAMENTAL DE PACIENTES INTERNADOS EM TERAPIA INTENSIVA. Esc Anna Nery (impr.)2013 jul - set ; 17 (3):409 – 415

Vieira, J. M., Matos, K. A. P., Andrade-Barbosa, T. L., & Xavier-Gomes, L. M. Sentimentos vivenciados por familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva adulto. **Rev Cuba Enferm**, v. 29, n. 1, p. 18-28, 2013.

Zacarias CC, Silveira RS, Lunardi VL, Cappellaro J, Pinto EMS, Lunardi Filho WD. IMPLANTAÇÃO DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA AOS USUÁRIOS E SEUS FAMILIARES. Cienc Cuid Saude 2009 Abr/Jun; 8(2):161-168

## Apêndice 1

### Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

#### (Baseado na Resolução Nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado (a) senhor (a),

O presente estudo tem como título “SE TEM BATIMENTO, TEM VIDA”: VIVÊNCIAS EM TORNO DA HOSPITALIZAÇÃO NA VISÃO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NO CTI, a pesquisa é referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. O objetivo do estudo é relatar as vivências de familiares durante sua permanência como acompanhante de um paciente internado no Centro de Terapia Intensiva e analisar suas implicações para a enfermagem. A pesquisa se originou através do entendimento que o familiar também sofre durante a hospitalização e merece ter o seu espaço para exteriorizar suas aflições e sugestões sobre o serviço. Esse trabalho pretende contribuir para a melhora no atendimento a família bem como fornecer informações para a equipe de saúde poder implementar sua assistência. A pesquisa é em formato de uma entrevista semi-estruturada onde iremos colher alguns dados socioeconômicos e posteriormente realizaremos perguntas abertas. Durante a entrevista, suas falas serão gravadas apenas com sua autorização. Em caso negativo, as respostas serão escritas em uma folha em branco. Em qualquer momento da entrevista você poderá questionar caso não tenha entendido o propósito da pergunta, além disso, você tem a total liberdade de não responder qualquer pergunta. **É importante afirmar que a pesquisa irá manter seu anonimato e nenhum dos seus dados será divulgado. Todo o material coletado terá como única finalidade a construção dessa pesquisa de forma geral, não sendo possível a identificação de qualquer um dos participantes nela, garantindo o anonimato dos sujeitos envolvidos na pesquisa.** Ademais, a pesquisa entende que durante a entrevista pode haver constrangimento por parte do entrevistado. Nesse momento o participante pode pedir que a entrevista pare, e se quiser terá seus dados apagados no momento da entrevista. Após o fim da coleta de dados e sua análise, serão produzidos materiais científicos em prol da divulgação do tema em congressos ou revistas. Os dados coletados serão preservados por um total de cinco anos, sendo excluídos após esse período. Qualquer dúvida, você pode entrar em contato com o pesquisador, Ewerton Beckman ou João Eduardo, ou com a orientadora da pesquisa prof<sup>a</sup> Msc. Esleane Vilela Vasconcelos.

---

Profa. Esleane Vilela Vasconcelos/ Pesquisador responsável da UFPA.

---

João Eduardo e Ewerton Beckman / Academicos UFPA / cel. 98429-2867

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações contidas no formulário.

Belém, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

## Apêndice 2

### Roteiro para entrevista semi-estruturada

#### 1. Perfil do participante

Idade: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

#### 2. Vivência durante permanência do CTI

I – O que você sente no horário da visitação antes de entrar no CTI?

II – Como você se sente vendo seu familiar no leito do CTI?

III – Quais consequências trouxeram para sua vida ter um familiar seu no centro de terapia intensiva?

IV – Você percebe que há um interesse pela equipe de saúde em melhorar o estado de saúde do seu familiar? Como?

V – Você se sente satisfeito com o serviço prestado? Por quê?

Anexo I

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÕES DE FAMILIARES DE PACIENTES  
INTERNADOS SOBRE O CUIDADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

**Pesquisador:** ESLEANE VILELA VASCONCELOS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 61422116.9.3001.0017

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará -  
ICS/ UFPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.988.935

**Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa tem como objetivo compreender o entendimento dos familiares sobre o cuidado humanizado, identificar sua representação para familiares na unidade de terapia intensiva, analisar as implicações destas representações para a assistência de enfermagem. O estudo será descritivo de abordagem qualitativa, adotando a teoria das representações social como suporte teórico-conceitual. Tendo como local a Unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), localizada no município de Belém do Pará. Os sujeitos serão familiares que fazem visitas aos seus parentes internados. Os critérios de inclusão serão familiares dos clientes internados na UTI que se julgarem aptos a participar da pesquisa, que já possuem no mínimo duas visitas. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada e a análise por meio da técnica de análise temática de conteúdo.

Metodologia Proposta: Esta pesquisa será do tipo descritiva, com abordagem qualitativa. O local será o Centro de terapia intensiva do hospital universitário João de Barros Barreto (HUJBB). Os sujeitos da pesquisa serão familiares que estiverem acompanhando a recuperação do seu familiar internado no centro de terapia intensiva. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada. Critério de Inclusão: Familiares dos clientes internados na UTI que se julgarem aptos a participar da pesquisa e que já possuem no mínimo

**Endereço:** RUA DOS MUNDURUCUS 4487

**Bairro:** GUAMA

**CEP:** 66.073-000

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3201-6754

**Fax:** (91)3201-6663

**E-mail:** cephujbb@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 1.988.935

três visitas.

Critério de Exclusão: Familiares dos clientes que se recusarem ou julgarem inaptos a prestarem informações para a pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Identificar as percepções dos familiares de pacientes internados sobre o cuidado na unidade de terapia intensiva; Analisar as implicações dessas percepções para o cuidado de enfermagem.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Os dados coletados na entrevista não serão identificáveis, e em nenhuma hipótese serão divulgados de forma que possa permitir sua identificação, garantindo, assim, o sigilo e anonimato dos sujeitos envolvidos, eliminando os riscos potenciais de exposição e constrangimento, declaro que, caso estes riscos se tornem reais, os mesmos terão seus direitos garantidos.

Benefícios: A pesquisa em questão será importante para contribuir com as pesquisas da enfermagem brasileira, além de tudo consistirá em compreender quais e como as representações sociais da equipe de enfermagem sobre o cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva implicam na assistência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa relevante com base em um projeto exequível e consistente em termos éticos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com as legislações do Sistema CEP - CONEP/CNS/MS.

**Recomendações:**

Atualizar o cronograma;

Acrescentar no Termo de Consentimento o telefone e endereço do CEP/HUJBB.

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto. Deverá também ser informado ao CEP:

Relatório Semestral;

Relatório Final;

Envio de Relatório de Cancelamento;

**Endereço:** RUA DOS MUNDURUCUS 4487

**Bairro:** GUAMA

**CEP:** 66.073-000

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3201-6754

**Fax:** (91)3201-6663

**E-mail:** cephujbb@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 1.988.935

Envio de Relatório de Suspensão de projeto;  
Comunicação de Término do projeto na Plataforma Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pesquisa aprovada. Ajustar as recomendações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Ainda em atendimento a Res. 466/2012 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Além de apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; de elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Cabe ainda ao pesquisador:

desenvolver o projeto conforme delineado;

Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, ítems X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. Os relatórios deverão ser inseridos no Sistema Plataforma Brasil pelo ícone "Inserir Notificação" disponível para projetos aprovados.

apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP, a qualquer momento;

manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 05 anos após o término da pesquisa;

encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;

justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

**Endereço:** RUA DOS MUNDURUCUS 4487

**Bairro:** GUAMA

**CEP:** 66.073-000

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3201-6754

**Fax:** (91)3201-6663

**E-mail:** cephujbb@yahoo.com.br

**UFPA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE  
BARROS BARRETO DA**



Continuação do Parecer: 1.988.935

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_797320.pdf	26/10/2016 16:22:32		Aceito
Outros	CompromissoNovo.pdf	26/10/2016 16:21:56	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_797320.pdf	23/09/2016 14:53:01		Aceito
Outros	Orientador.pdf	23/09/2016 14:51:46	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Outros	Encaminhamento.pdf	23/09/2016 14:51:14	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Outros	Onus.pdf	23/09/2016 14:50:45	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Outros	DeclaracaoInstituicao.pdf	23/09/2016 14:50:20	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Outros	Compromisso.pdf	23/09/2016 14:49:54	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCC.doc	23/09/2016 14:49:23	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/09/2016 14:48:17	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaAssinada.pdf	23/09/2016 14:48:00	ESLEANE VILELA VASCONCELOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 29 de Março de 2017

Assinado por:  
**João Soares Felício**  
(Coordenador)

**Endereço:** RUA DOS MUNDURUCUS 4487

**Bairro:** GUAMA

**CEP:** 66.073-000

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3201-6754

**Fax:** (91)3201-6663

**E-mail:** cephujbb@yahoo.com.br