



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ REITORIA ACADÊMICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LABORATÓRIO DE FAMÍLIA E INTERAÇÃO SOCIAL - LAFAM

**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
UM ESTUDO COM FILHOS QUE POSSUEM A MÃE OU O PAI NESTE
MODO DE INTERNAÇÃO**

FERNANDA DE AZEVEDO LIMA

RECIFE/2011

FERNANDA DE AZEVEDO LIMA

**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
UM ESTUDO COM FILHOS QUE POSSUEM A MÃE OU O PAI NESTE
MODO DE INTERNAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica, linha de pesquisa: Família e Interação Social, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Psicologia Clínica.

ORIENTADORA: Prof.^a Dr. MARIA CRISTINA LOPES DE ALMEIDA AMAZONAS

CO-ORIENTADOR: Prof.^o Dr. WALFRIDO NUNES DE MENEZES

RECIFE/2011

L732u

Lima, Fernanda de Azevedo

Unidade de terapia intensiva : um estudo com filhos que possuem a mãe ou o pai neste modo de internação / Fernanda de Azevedo Lima ; orientador Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas ; co-orientador Walfrido Nunes de Menezes, 2011.

91 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco-UNICAP. Pró-reitoria Acadêmica. Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, 2011.

1. Psicologia clínica. 2. Unidade de tratamento intensivo. 3. Adaptabilidade (Psicologia). 4. Medicina e psicologia. 5. Família. 6. Psicologia clínica da saúde.
I. Título.

CDU 159.9:61

FERNANDA DE AZEVEDO LIMA

**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
UM ESTUDO COM FILHOS QUE POSSUEM MÃE OU PAI NESTE
MODO DE INTERNAÇÃO**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas - UNICAP
Orientadora

Prof. Dr. Walfrido Nunes de Menezes – ESTÁCIO/FIR
Co-Orientador

Prof.^a Dra. Suely Santana - UNICAP

Prof.^a Dra. Maria Helena Franco - PUC-SP

Dedico esse estudo à minha mãe Maria Helena, pelo incentivo,
exemplo de fé e perseverança.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por tudo que Ele é e por saber que foi a mão Dele que me sustentou. Tu és a fonte de vida e de sabedoria. “Tudo vem de Ti Senhor e das Tuas próprias mãos te damos!” 1ª Crônicas 29.14.

À minha **mãe**, pessoa que amo, admiro e respeito. Obrigada por ter me estimulado a chegar até aqui.

Ao meu **pai** pelo seu grande esforço a fim de que eu atingisse meus objetivos.

Ao meu **irmão Carlos Airam**, meu melhor amigo, que preenche minha vida com sua presença e com seu magnífico dom musical.

Aos meus **familiares que tanto aprecio (em especial à Tia Zezé)** que compreenderam minha ausência em alguns momentos, a fim de que este curso fosse realizado.

À minha **orientadora Prof.^a Dr. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas** pela preciosa partilha dos seus saberes, pelo dedicado acompanhamento e por ter me orientado de forma tão afetuosa.

Ao meu **co-orientador Prof.^o Dr. Walfrido Nunes de Menezes** pelas indispensáveis contribuições.

À **Prof.^a Dr. Albenise de Oliveira Lima** (pela oportunidade que me concedeu de participar, ainda na graduação, do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica na qualidade de Bolsista do CNPq), com quem pude dar meus primeiros passos no que se refere à pesquisa. Sua experiência e sabedoria contribuíram para o meu interesse em trabalhar nesse campo.

Aos **professores do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da UNICAP** pelo apoio e incentivo.

À **Prof.^a Dr. Suely Santana** pelas importantes sugestões que proporcionaram um trabalho mais completo.

À **Prof.^a Dr. Maria Helena Franco – PUC-SP** que não se limitou a participar da banca examinadora e que muito colaborou na elaboração deste trabalho a partir de seus conhecimentos a nós compartilhados.

Aos (às) companheiros (as) de Mestrado, em especial à: **Ana Carolina, Flávia Shuler e Vanessa**, pela amizade, pelos momentos de descontração, apoio e debates que proporcionaram crescimento profissional e pessoal no decorrer do curso.

À **Dani, Carina, Flávia, Gercyka, Jacqueline, Kelly e Larissa**. Amigas, companheiras de muitas horas alegres e difíceis. Nenhum ser humano é uma ilha e com boas amizades podemos ir muito mais alto!

À **Juliana Muniz** que tão gentilmente concedeu o Hospital para a realização da pesquisa. Muito obrigada pela confiança. Que Deus abençoe sua vida.

Ao Diretor do Hospital **Sr. Paulo Muniz** também pela autorização da pesquisa no referido Hospital.

À **psicóloga Meiry**, exemplo de ética e de dedicação profissional. Agradeço-te pela acolhida e pela cumplicidade.

Aos **filhos dos pacientes** que participaram da pesquisa pela disponibilidade e oportunidade de crescimento.

A **todos** que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

"As doenças ampliam os horizontes de nossa alma, fazendo-nos duplicar os valores que realmente importam e que antes pareciam inexistentes."

(Ivan Teorilang)

RESUMO

Esta dissertação buscou investigar a experiência de filhos que possuem a mãe ou o pai internado em uma UTI e as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles nesta situação. O trabalho está organizado em duas partes: Um artigo teórico, baseado em um levantamento bibliográfico realizado nas seguintes bases de dados: Scielo, Bireme, Psychinfo. Na pesquisa bibliográfica não foram encontrados estudos que foquem um grau de parentesco específico de pacientes, exceto quando se trata de pesquisas com pais de bebês em UTI Neonatal; há escassez de estudos que investiguem as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes familiares nesta situação e não foram localizadas pesquisas que utilizem técnicas qualitativas e quantitativas, simultaneamente. A partir destas constatações foi realizado um estudo empírico enfocando estes aspectos. Tal pesquisa teve um caráter qualitativo-quantitativo. Os participantes foram 30 filhos de pacientes em UTI. Os instrumentos escolhidos foram: uma Ficha Sócio-Demográfica; o Inventário de Estratégias de Coping, de Folkman e Lazarus (1985), adaptado por Savóia et al (1996) e uma Entrevista Semi-Estruturada. Com o Inventário foram verificadas as estratégias de enfrentamento predominantes, a saber: Reavaliação Positiva (97%); Suporte Social (93%) e Resolução de Problemas (77%). Foi realizado o cálculo dos coeficientes de Correlação de Spearman entre as 66 questões do Inventário e algumas variáveis: Religião que apresentou correlação negativa com o item 51; Faixa etária acima de 50 anos apresentou correlação positiva e negativa com as questões 14 e 31, respectivamente; Escolaridade (nível superior) teve correlação positiva com as questões 2 e 61 e negativa com os itens 25 e 32 e houve associação entre a filiação (filhos com a mãe na UTI) com as questões 2, 3, 12, 25, 27, 34, 35 e 39. Apesar disso, não é possível afirmar que existe correlação significativa positiva ou negativa entre estas variáveis e determinadas estratégias. Com as entrevistas constataram-se os sentimentos negativos: sofrimento, preocupação, medo da morte e susto; o fato de o paciente ficar a maior parte do tempo sozinho (a) é o que mais os preocupa; a rotina de vida dos filhos fica prejudicada diante da internação do pai/mãe; como formas de reestruturação positiva foram apontados os crescimentos pessoal, espiritual e profissional e, por fim, os participantes se mostraram satisfeitos com o tratamento que lhes é dispensado e aos seus familiares enfermos pela equipe do hospital. Estes resultados reforçam a necessidade da criação de Programas de Qualidade de Vida dos Familiares de pacientes em UTI. Isso poderia proporcionar um espaço de fala, escuta e troca de experiências, onde os mesmos poderiam ressaltar, inclusive, as fantasias referentes ao cenário da UTI, bem como as estratégias de enfrentamento utilizadas neste período de internação do familiar.

Palavras chave: Unidade de terapia intensiva; família. estratégias de enfrentamento.

ABSTRACT

This dissertation aimed to investigate the experience and coping strategies of sons and daughters whose mother or father are hospitalized in an Intensive Care Unit. The study is divided in two parts: A theoretical paper, based on a bibliographic review of SCIELO, BIREME and PSYCHINFO databases. In such review, studies focusing on specific relatives were not found, except when it comes to parents whose babies are in Neonatal Intensive Care; there is a lack of investigations on coping strategies used by relatives in this situation and studies using both qualitative and quantitative methods were not found. Considering this, an empirical research was carried on focusing on such aspects, with a qualitative-quantitative approach. Participants were 30 sons or daughters of patients in ICU's. Chosen instruments were: a socio-demographic form; the Coping Strategies Inventory by Folkman and Lazarus (1985), adapted by Savóia and cols (1996); and a semi-structured interview. The Inventory allowed the identification of the following predominant coping strategies: Positive Reappraisal (97%); Social Support (93%) and Problem Solving (77%). Spearman correlation coefficients were estimated for the 66 questions on the Inventory and some variables: Religion presented negative correlation with item 51; Age above 50 presented positive and negative correlations with items 14 and 31, respectively; Education (university level) presented positive correlation with items 2 and 61 and negative correlation with items 25 and 32. There was an association between parenthood (sons with mothers in UCI) and questions 2, 3, 12, 25, 27, 34, 35 e 39. Despite that, it is not possible to stand that there is a significant positive or negative correlation among these variables and specific coping strategies. The following negative feelings where verified on the interviews: suffering, preoccupation, fear of death and shock; the fact that the patient spends most of the time alone is the biggest source of concern; the relatives' routine is impaired due to the parent's hospitalization. Personal, spiritual and professional growth came out as positive reappraisal and participants were satisfied with the hospital staff attention regarding themselves and their parents. These results reinforce the need of a Life Quality Program for Relatives with parents in ICU, which could promote an opportunity to talk, listen and exchange experiences, including their fantasies regarding the ICU scenario, as well as coping strategies used during the period their parents are hospitalized.

Keywords: Intensive Care Unit; family; coping strategies.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 ARTIGO DE REVISÃO: Familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Revisão de Literatura.....	12
2 ARTIGO EMPÍRICO: Experiência e Estratégias de Enfrentamento (<i>Coping</i>) de filhos que possuem a mãe ou o pai internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).....	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
ANEXO.....	82
Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus adaptado por Savóia et al.....	83
APÊNDICES.....	85
Apêndice A: Carta de Aceite.....	86
Apêndice B: Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	87
Apêndice C: Roteiro da Entrevista.....	89
Apêndice D: Modelo da Ficha Sócio Demográfica.....	90

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) caracteriza-se como uma unidade complexa dotada de sistemas de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que, com o suporte e tratamentos intensivos, têm possibilidade de se recuperar. No entanto, a hospitalização de uma pessoa, neste local, pode acarretar uma série de sinais e sintomas de desestabilização física e emocional nos familiares destes pacientes.

Os momentos de preocupações e estresse dos familiares, em decorrência da internação do seu parente em uma UTI, podem produzir sintomas e disfunções. O processo de separação, e talvez a perspectiva da perda de um ente querido, é um fenômeno que costuma se propagar por toda a família.

Embora existam pesquisas sobre as reações psicológicas das famílias advindas do contexto de ter um parente em uma UTI, ainda são escassos estudos sobre esta temática na cidade do Recife.

Vale salientar, também, que, apesar de o impacto da internação de um paciente em UTI sobre a família ser documentado na literatura, tais estudos enfatizam, sobretudo, sentimentos e necessidades de alguns destes membros e há escassez de pesquisas que tratem especificamente da experiência dos filhos destes pacientes.

Considera-se que estudos desta natureza são relevantes, pois podem oferecer subsídios teóricos para a formação de gestores de hospitais e profissionais da área de saúde, assim como para o desenvolvimento de programas que possibilitem o planejamento de intervenções oportunas e eficazes junto a estes familiares.

Diante disso, esta dissertação procurou investigar o que significa para um filho estar com a mãe ou o pai internado em uma UTI e quais as estratégias de enfrentamento

utilizadas por estes nesta situação. Vale ressaltar que, quando se pensa na recuperação de um paciente que está nesta unidade, também se deve pensar na família deste, uma vez que a mesma exerce uma significativa influência no tratamento. Tal influência pode ser benéfica quando bem orientada por um elemento da equipe de saúde qualificada o bastante para tal função e maléfica quando mal ou não orientada.

Este trabalho está composto por dois artigos: um teórico, intitulado, “Famíliares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Revisão de Literatura”, o qual discute a experiência de familiares que possuem um parente próximo internado nesta unidade. Neste, foram apresentados e discutidos dados e reflexões de pesquisas que discutem tal temática, tanto no âmbito nacional quanto internacional.

Outro empírico, intitulado: “Experiência e Estratégias de Enfrentamento (*Coping*) de filhos que possuem a mãe ou o pai internado em uma Unidade de Terapia Intensiva”. Tal estudo refere-se aos resultados encontrados em uma pesquisa realizada com 30 filhos (vinte e sete mulheres e três homens) os quais responderam a uma ficha sócio-demográfica; um Inventário de Estratégias de *Coping*, de *Folkman e Lazarus* (1985), adaptado por *Savóia et al.* (1996) e uma entrevista semi estruturada, a qual avaliou: 1) Sentimentos mais mobilizados pelos filhos dos pacientes na UTI; 2) Principais preocupações e dificuldades; 3) Como essa situação afetou a rotina de vida do familiar; 4) O que foi possível tirar de positivo dessa situação; 5) Como o filho percebeu o tratamento dispensado pela equipe de saúde do hospital ao paciente e à família.

Foram apresentadas, ainda, as considerações finais referentes aos estudos aqui apontados e sugestões de novas pesquisas e possibilidades de intervenções junto às famílias dos pacientes em UTI.

Familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Revisão de Literatura

*Fernanda de Azevedo Lima
Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas
Walfrido Nunes de Menezes*

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi efetuar uma revisão de literatura, destacando estudos e pesquisas relativos ao tema: família e pacientes em UTI através de uma busca em bases de dados: Scielo, Bireme e PsycInfo. Foi evidenciado que a maioria das pesquisas internacionais utiliza o método quantitativo e as nacionais, o qualitativo; não foram encontrados estudos que focassem um grau de parentesco específico de pacientes, exceto quando trata de pesquisas com pais de bebês em UTI Neonatal; há muitas pesquisas com mães de crianças em UTI, mas somente um estudo incluiu mães de pacientes adultos; as pesquisas privilegiam estudos com mães de pacientes em UTIN e poucas pesquisas investigam a experiência do pai; observou-se, ainda, que o foco principal são os sentimentos negativos destes familiares; faltam estudos que procurem compreender se esta situação (ter um familiar internado em UTI) pode trazer algum aspecto positivo para a família e como este fenômeno altera a rotina de vida desses familiares. Constata-se a necessidade de estudos que investiguem as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes familiares nesta situação. Pesquisas que utilizassem técnicas qualitativas e quantitativas, simultaneamente, também seriam bastante pertinentes.

Palavras chave: Família. Paciente. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The aim of this research was to carry on a literature review, highlighting studies regarding family and ICU patients, using Scielo, Bireme and PsycInfo databases. Evidence shows that most international studies use a quantitative approach whereas national ones use qualitative methods; in addition, studies focusing on specific relatives were not found, except when it comes to parents whose babies are in Neonatal Intensive Care. There are many studies regarding mothers whose children are in ICU's but only one study included mothers of adult patients; the researches privilege studies with mothers of patients in NICU and few papers investigate the fathers' experiences. Furthermore, the main focuses are on relatives' negative feelings, what shows a lack of studies searching to understand if this situation (having a family member in intensive care) can bring up any positive aspects for the family and how does it changes relatives' routines. There is also a need for more investigations on coping strategies used by family members and for researches using both quantitative and qualitative approaches, simultaneously.

Keywords: Family. Patient. Intensive Care Unit.

De acordo com Chaves e Massarollo (2009), a partir da década de 50 as instituições hospitalares sofreram um salto qualitativo, acompanhando o progresso científico da humanidade, a partir da ampliação do processo de diagnóstico e o tratamento. Dessa maneira, houve um aumento do número de internações nos hospitais e, entre os pacientes, havia os que necessitavam de cuidados mais específicos pelo seu grau de complexidade e medidas de suporte para manutenção de suas vidas. Essas medidas de suporte requeriam mão de obra cada vez mais qualificada, o que deu origem às Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Estas Unidades surgiram nos Estados Unidos, na década de 50, e se difundiu pela Europa, nos anos 60. No Brasil, começaram a ser implantadas a partir de 1970, em hospitais privados do Rio de Janeiro e São Paulo.

Historicamente, as Unidades de Terapia Intensiva surgiram com o objetivo de preservar a vida de pacientes possuidores de patologias graves. Elas têm como propósito conter as complicações em pacientes críticos através de um tratamento de cuidados intensivos.

Segundo o Ministério da Saúde (1998), as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que necessitam de assistência médica e de enfermagem ininterruptos, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

De acordo com o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (Proahsa, 2010), a UTI é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Este é um programa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas,

e fornece indicadores preciosos das áreas econômico-financeiras, recursos humanos e alocação de recursos da saúde.

O Ministério da Saúde (2003) informa algumas dificuldades históricas que a maioria destas unidades padece: superlotação nos prontos-socorros, insuficiência de leitos de retaguarda para pós-operatório, falta de alternativa de internação hospitalar para pacientes semicríticos, precariedade da regulação de leitos, carência de recursos humanos qualificados e, ainda, processo assistencial (padronização, acompanhamento e avaliação das ações) sem a devida incorporação à prática cotidiana nessas unidades.

Há resoluções que atualizam padrões mínimos para o funcionamento das UTIs, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente. Diante disso, de acordo com a Resolução-RDC (2010), alguns serviços devem ser garantidos à beira do leito da UTI, a saber: assistência nutricional, assistência fonoaudiológica, assistência clínica vascular, assistência psicológica, dentre outras, uma vez que todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar. Além disso, devem ser assegurados, por todos os profissionais que atuam nesta unidade, os seguintes itens: preservação da identidade e da privacidade do paciente, assegurando um ambiente de respeito e dignidade; fornecimento de orientações aos familiares e aos pacientes, quando couber, em linguagem clara; ações de humanização da atenção à saúde; incentivo à participação da família na atenção ao paciente, quando pertinente etc.

Segundo Vila e Rossi (2002), o paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para seus familiares que se tornam intimamente interligados à doença. Isto porque, conforme ressaltam Halm e Alpen (1994), o ambiente destas Unidades apresenta características indesejáveis que predis põem os pacientes e seus familiares à seqüelas emocionais. Eventos como: as constantes privações, interrupções e privação de sono, a superestimulação sensorial,

sede, dores, abstinência de alimentos comuns, a alimentação endovenosa ou naso enteral, a respiração por ventiladores, a monitorização cardíaca e a sua sinalização, os catéteres, procedimentos invasivos, a imobilização do paciente e ainda a superlotação de equipamentos no local, podem causar seqüelas psicológicas e ser, também, desencadeantes de situações que propiciam alterações psicopatológicas para a equipe, paciente e sua família.

Diante disso, embora seja o local ideal para o atendimento a pacientes agudos graves recuperáveis, a UTI parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital (Guirardello, Romero, Pereira & Miranda, 1999).

Buscando fornecer elementos à reflexão sobre tal temática (familiares de pacientes em UTI) e contribuir para a prática de novas pesquisas, serão revisados e discutidos neste trabalho estudos que investigaram a experiência de familiares que possuem um parente próximo neste modo de internação. Para isso foram realizadas buscas em bases de dados do PsycInfo, Bireme e Scielo, a partir de descritores tais como: *unidade de terapia intensiva; família e unidade de terapia intensiva; hospitalização em UTI*. Além disso, foram utilizadas referências citadas nos próprios artigos, o qual focava a temática: família e UTI. No total foram computados nove artigos nacionais e dez internacionais. Foram incluídas pesquisas que investigaram com o próprio familiar como este experienciava a situação de internamento do parente e foram excluídas as pesquisas cujo tema era: percepção da equipe sobre a experiência de familiares com parentes em UTI.

Com a finalidade de melhor situar o contexto familiar quando um parente se encontra nesse modo de internação e de contextualizar esses estudos, inicialmente será discutido a experiência de se ter um familiar hospitalizado de uma forma geral e, posteriormente, serão apresentados e discutidos estudos que abordam o contexto específico do familiar que tem um parente próximo internado em uma UTI.

A família do paciente hospitalizado

De acordo com Romano (1997) e Oliveira (2004), a hospitalização pode gerar uma desorganização do núcleo familiar exigindo uma adaptação de seus membros. O surgimento da doença, além de atingir o paciente em sua subjetividade, incide também sobre a família deste. O desgaste físico e emocional advindo da enfermidade e as conseqüentes limitações que constroem o doente suscitam certo sofrimento e tendem a fazer com que a doença seja vivida na intimidade da família (Carvalho & Rossi, 2006).

Segundo Angerami-Camon (2003), na instituição hospitalar, tem-se um quadro em que o paciente hospitalizado sofre a sintomatologia de determinada patologia e a família sofre emocionalmente as conseqüências desse tratamento. Existe uma fusão dos sentimentos, e a dor vivida pelo paciente é a mesma vivida pela família e vice versa. Ainda segundo este autor, no hospital, existe a morte como espectro maior do tratamento e a perspectiva de que o paciente possa ficar em definitivo longe do seio familiar – pela morte, invalidez, longos períodos de hospitalização etc – faz com que os membros da família sofram com a mesma intensidade o processo de hospitalização.

Pinho e Santos (2008) advertem que este processo pode ser considerado um evento estressante e singular para pacientes e familiares acompanhantes. Para Gala, Teles e Silva (2003), no caso do processo de internamento, pode haver a emergência de uma série de sinais e sintomas de desestabilização física e emocional. Os fatores para que isso aconteça são muitos, podendo ser citados: o afastamento temporário entre eles, o risco de morte, a incerteza quanto ao tratamento e a recuperação, o imaginário que ronda o sucesso e o fracasso das tentativas de tratamento, bem como as limitações na prestação de suporte psicossocial. Outras fontes de ansiedade para a família, além do próprio abalo do estado de saúde do paciente são: o acesso restrito às unidades, as mudanças repentinas do estado geral do paciente, a

vulnerabilidade deste, informações desencontradas ou a falta delas e o lidar com a troca constante dos médicos plantonistas.

Diversos estudos (Azoulay, 2005; Bomfim, Bastos & Carvalho, 2007; Carvalho & Rossi, 2006; Collet & Rocha, 2003; Davidson et al., 2007; Kallergis, 2009; Lautert, Echer & Unicovsky 1998; Mancurso, Bishop, Blakeney, Robert & Gaa, 2003; Milanesi, Collet, Oliveira & Vieira, 2006; Romanelli, 2003; Shiotsu & Takahashi, 2000) voltados à esse tema corroboraram tais idéias, ao constatarem que no processo de hospitalização o familiar pode estar exposto às pressões internas e externas. As internas referem-se aos sentimentos de preocupação, culpa, dentre outros, e as externas são decorrentes de aspectos do ambiente hospitalar e suas particularidades. As expressões diretas do sofrimento, que são entre outras: atitudes agressivas, preocupações, medo, desconfiança, tensões, individualismo e sentimentos de angústia, tristeza, desesperança, ansiedade, desânimo, raiva, culpa seriam algumas das sensações advindas na maioria dos familiares que possuem um parente próximo hospitalizado.

No entanto, alguns autores ressaltam que esses achados ocultam a existência de variações na forma como cada pessoa experiencia o processo de hospitalização do familiar. Segundo Milanesi, Collet, Oliveira e Vieira (2006), cada familiar tem uma maneira de pensar, agir e sentir. Romanelli (2003) adverte que as reações e a atuação dos familiares diante da experiência de uma doença não devem ser vistas de maneira coletiva, pois devem ser considerados os atributos individuais dos seus integrantes (idade, gênero, inserção ou não no sistema produtivo, produção de valores, grau de escolaridade, experiência e conhecimento adquirido). É importante considerar ainda que esses atributos são dinâmicos e que, dessa forma, sofrem mudanças tecidas nas trajetórias individuais no ciclo de vida familiar e nas relações com o mundo social dessas pessoas.

Muitos familiares conseguem lidar bem com a situação de ter um parente próximo hospitalizado. Diante disso, investigar estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares

que reagiram com menos dificuldade à internação de seu parente seria mais vantajoso do que apenas constatar tendências centrais, visto que a identificação de tais estratégias poderia auxiliar na elaboração de cuidados para esta população.

Com essa finalidade, pesquisas realizadas trouxeram grandes contribuições para a compreensão de mecanismos utilizados pelos familiares de pacientes hospitalizados com o fim de amenizar o sofrimento. Há pelo menos dois grupos de pesquisas a respeito desta temática: Um que se utiliza de escalas padronizadas: Inventário de *Coping* de Saúde para os pais (CHIP) e o Inventário de Estratégias de *Coping*, de *Folkman e Lazarus*. Vale ressaltar que a amostra destes estudos foi composta por familiares que não tiveram atendimento psicológico. O segundo grupo faz uso de uma metodologia qualitativa valendo-se da entrevista como instrumento. Fizeram parte dos estudos familiares de pacientes. As entrevistas foram realizadas pelos próprios autores e para isso foi utilizado um gravador para que posteriormente as mesmas fossem transcritas. No momento da entrevista foi realizada uma breve explanação sobre a investigação. Não foram incluídos pacientes ou familiares que apresentassem estados psicóticos secundários ao abuso de drogas (incluindo álcool) ou deficiência mental diagnosticada.

Quanto ao primeiro grupo encontram-se as seguintes pesquisas.

Faria (2002) constatou que familiares de pacientes em situação de internação hospitalar com diversos tipos de enfermidades buscam soluções para a situação de forma a recorrerem a aspectos positivos desta. Oliveira (2004), também chegou a essa conclusão no referente a familiares de pacientes de longa internação. Patistea (2005) ressalta que durante o período de doença de um familiar o parente pode utilizar de estratégias de enfrentamento centradas na emoção, o que representa esforços no sentido de regular o estado emocional do episódio estressante. Greening e Stoppelbein (2007) perceberam que há relação entre estratégias de enfrentamento e níveis de ansiedade.

No que tange ao segundo grupo, Lautert, Echer e Unicovsky (1998) concluíram que os momentos de crise e doença fortalecem as relações familiares. Grinesky (2008) concluiu que os pais de crianças portadoras de asma utilizam estratégias de enfrentamento para lidar bem com esta situação. Tavares e Trad (2009) entenderam que familiares de pacientes com câncer de mama reconhecem aspectos positivos desta situação como: o reconhecimento social do papel de cuidador, a aquisição de novas responsabilidades e o amadurecimento de membros da família.

Os resultados desses estudos sugerem questões que os pesquisadores devem atentar ao investigarem a repercussão da hospitalização de um parente próximo sobre a família.

A família do paciente em UTI

Na rotina de um hospital, é comum e notória a presença de pacientes com alto nível de ansiedade, devido à incerteza quanto ao seu estado de saúde. Segundo Nunes (2004), na UTI essa ansiedade aumenta consideravelmente, atingindo também as pessoas que os acompanham, geralmente a família. É muito comum os familiares idealizarem a UTI como sendo um lugar à beira do abismo, um lugar desconhecido e assustador e a alta como a liberdade para a vida (Lemos & Rossi, 2002).

Com o passar do tempo, a UTI modernizou-se em termos tecnológicos, tanto no que diz respeito a equipamentos quanto aos recursos medicamentosos disponíveis e às técnicas de intervenção. No entanto, no início do intensivismo, os pacientes morriam em 24 horas, daí a UTI ter como metáfora a relação direta com a morte, dor e desespero. Pinho e Santos (2008) dizem que por ser um ambiente especial, em que a gravidade, a invasividade e o risco de morte são freqüentes, se cria um estereótipo de que a UTI é um ambiente hostil,

negativo, que pouco produz saúde, predominando o imaginário da morte, da dor e do sofrimento e, além disso, apesar de haver um consenso para a humanização deste cenário, as mudanças ainda não se deram na maioria das UTIs.

Assim sendo, socialmente a UTI é vista negativamente, pela idéia de que todos seus pacientes apresentam um quadro grave e que, diante disso, apresentam grande possibilidade de vir a óbito, o que provoca nos familiares, na maioria das vezes, um sentimento de angústia devido ao medo da perda iminente do seu parente.

Diversas pesquisas foram desenvolvidas com a finalidade de verificar como familiares que possuem um parente internado em UTI vivenciam esta situação. A seguir, serão apresentados diferentes estudos referentes à esta temática.

Pochard et al (2001) pesquisaram em 43 UTIs (37 adultos e 6 pediátricas) de hospitais na França o nível de ansiedade e depressão dos familiares de pacientes internados naquela unidade. Utilizando o questionário Hospital Anxiety Depression Scale em 836 parentes, foi constatado que havia um alto nível de ansiedade e depressão: 69,1% e 35,4%, respectivamente. Ao perceberem que em grande parte dos familiares existe a prevalência de ansiedade e depressão, os autores fazem duas ressalvas: a primeira adverte sobre a necessidade de apoio psicológico a estes; a segunda diz respeito ao cuidado necessário quanto ao envolvimento de familiares ansiosos ou deprimidos em decisões sobre o tratamento a ser adotado com o paciente.

Diante destes achados pode-se perceber o quanto a saúde mental dos familiares de pacientes em UTI pode ficar comprometida diante desta situação, o que aponta a necessidade de apoio psicológico aos mesmos. Vale ressaltar também que é importante que a família nomeie um membro de seu grupo que tenha a condição emocional mais adequada para funcionar como interlocutor entre a equipe médica e a família.

Heyland, Rocker, Dodek, Kutsogiannis, Konopad, Deborah, Peters, Tranmer e Christopher (2002) aplicaram um Questionário de Satisfação de Familiares de Pacientes em UTI em seis hospitais do Canadá. Das 891 pessoas que receberam este instrumento, 624 o devolveram respondido. Foi constatado que 84,3% estavam satisfeitos com o atendimento global; 92,4% apresentaram satisfação com as habilidades e competências da equipe de enfermagem e 91,8% perceberam compaixão e respeito ao paciente por parte da equipe do hospital. Porém, os familiares estavam menos satisfeitos com o ambiente das salas de espera (65 % dos participantes) e com a frequência de comunicação dos médicos (70,7%). Os autores concluíram que a maioria dos familiares estava satisfeita com o atendimento prestado a eles e ao paciente, mas consideraram que esforços para melhorar a natureza das interações, comunicação e do ambiente das salas de espera poderão contribuir para a melhoria da satisfação.

Azoulay, Pochard, Chevret, Jourdain, Bornstain, Wernet, Cattaneo, Annane, Brun e Bollaert (2002) realizaram uma pesquisa em 34 UTIs na França. O estudo se constituía em fazer uma comparação do grau de compreensão do diagnóstico, prognóstico, tratamento e satisfação com as informações fornecidas pelos cuidadores de UTI entre dois grupos de familiares: os que receberam um Folheto Informativo sobre a UTI e os que não o receberam, mas obtiveram estas informações dos profissionais envolvidos nos cuidados com o paciente. Tal instrumento proporcionava informações gerais sobre a UTI e o Hospital, o nome dos médicos da UTI, um diagrama de um típico quarto de UTI com os nomes dos dispositivos e um glossário de 12 termos comumente usados em UTIs. Foi verificado que, dos itens acima mencionados, dos 88 participantes que receberam o Folheto, apenas 11,5% afirmaram não haver compreendido bem as informações recebidas e 40,9% dos 87 que não receberam o folheto afirmaram não haver compreendido estas informações. Estes resultados indicam que

os cuidadores que trabalham em UTI devem considerar a importância de utilizar tal Folheto para melhorar a eficácia das informações que ele dá à família.

Sturdivant e Warren (2009) investigaram as necessidades atendidas e não atendidas de vinte membros da família de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Os instrumentos utilizados foram: um Questionário de dados Demográficos e um Inventário de Necessidades Satisfeitas. Os resultados mostraram que durante as primeiras 24 ou 36 horas do internamento foram dadas à família informações sobre as questões gerais do paciente, o que mostra que as necessidades mais globais foram atendidas. Mas no que se refere à necessidade de apoio, todos os participantes marcaram o item “algumas vezes”.

Isto pode indicar que acolher a família dos pacientes não é uma das prioridades do referido Hospital. No entanto, vale ressaltar que é importante que haja na equipe um profissional que acompanhe a família do paciente internado, uma vez que esta pode estar fragilizada e ansiosa com tal situação. Além disso, tal desestabilidade emocional pode comprometer o apoio que esta oferece ao paciente.

Em artigo em que foram abordadas especificamente as percepções e sentimentos de pais sobre a experiência de dor que seus bebês sentem na unidade de cuidados intensivos neonatais, Frank, Allen e Winter (2005), se utilizaram da análise de conteúdo temática para codificar as informações qualitativas contidas nos comentários por escrito dos pais em um questionário de suas opiniões sobre a dor infantil e os cuidados da dor. O questionário foi respondido por 257 pais de nove unidades neonatais do Reino Unido (n= 196) e duas unidades neonatais nos Estados Unidos (n = 61). Os comentários dos pais mostravam que estes viam os procedimentos médicos como a principal fonte de dor do bebê. Eles também ressaltaram que desejavam mais informações da equipe sobre o quadro clínico de seus filhos.

Os pais comentaram, ainda, que imaginar a dor de seu bebê os afetava emocionalmente. Diante disso, os autores ressaltaram que os resultados fornecem à direção de intervenções práticas, como: ajudar os pais a adquirir conhecimentos que corrijam seus equívocos e ajudá-los a desenvolver estratégias eficazes de enfrentamento para reduzir o sofrimento psicológico relacionado com a dor de seu bebê.

Melnyk, Crean, Feinstein e Fairbanks (2008) buscaram compreender se mães de recém nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), que participaram do programa de intervenção comportamental (Oportunidade de Criação de Habilidades Para Pais – COPE), apresentavam depressão e ansiedade. Para isso foi utilizado a Escala de Ensaio Clínico Randomizado (ECR) da intervenção do COPE, que busca justamente investigar o objetivo acima descrito. Responderam a esse instrumento 246 mães de dois hospitais de Nova York. Todas responderam dois meses após a alta de seus filhos recém nascidos prematuros. Além disso, as pesquisadoras também observaram a qualidade da interação mãe X bebê na UTIN. Os resultados apontaram uma diminuição de casos de mães com depressão e ansiedade e uma maior interação mãe X bebê. Diante disso, as autoras concluíram que a implementação do COPE pode diminuir a ansiedade e depressão materna, o que beneficia mães e filhos.

Um fator que se deve destacar nesta pesquisa seria o momento em que os dados foram coletados. Nesse estudo, as participantes responderam a escala dois meses após a alta de seus recém nascidos da UTIN, de forma que se poderia pensar que estas estariam passando por um momento marcado pela menor desestabilidade emocional do que mães que se encontram ainda no período de internação do filho.

Percebe-se, também, que, quanto ao método utilizado, todas essas pesquisas, acima citadas, utilizaram escalas, inventários, questionários e, portanto, empregaram análises quantitativas. Adiante, serão mostrados os estudos que investigaram a experiência de

familiares de pacientes internados em uma UTI, utilizando-se de metodologias qualitativas, cujos instrumentos usados foram a entrevista e a observação. Isto representou uma importante contribuição para a compreensão desta temática (família e UTI), uma vez que através destes métodos é possível alcançar as singularidades dos sujeitos pesquisados, complementando dados encontrados nas pesquisas que se utilizam de escalas, questionários etc.

Nieweglowski e Moré (2008) analisaram o processo de comunicação equipe-família e seu impacto em familiares envolvidos na situação de internação. Participaram da pesquisa oito famílias de crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de um hospital público de Santa Catarina, sendo entrevistados dois membros de cada uma delas: um era o próprio acompanhante e o outro era um representante da família na qualidade de visitante da criança, perfazendo um total de dezesseis pessoas. O critério para participação da pesquisa era o de ser membro da família da criança. Houve a participação de uma tia, uma avó, e o restante constituiu-se de pais e mães. O instrumento para a coleta de dados foi uma entrevista semi estruturada e os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo Horizontal proposta por Bardin, que consiste em uma transformação dos dados brutos do texto, por regras previamente estabelecidas, atingindo um conteúdo representativo do material analisado.

Neste estudo destacaram-se os seguintes resultados: verificou-se a presença de uma trama comunicacional no processo de comunicação entre equipe de saúde e família, que, por sua vez, tinha uma repercussão direta no maior ou menor sofrimento emocional da família; evidenciou-se a necessidade da equipe estar atenta à congruência entre a mensagem digital (as verbalizações) e a analógica (mensagens corporais), devido ao fato que a família se orienta pelas pistas comunicacionais e observou-se que a metacomunicação (comunicação que mostra como o receptor deve compreender a mensagem) esteve presente nas comunicações da equipe, aumentando o estresse familiar, assim como mensagens com dupla vinculação

(mensagens simultâneas e contraditórias), gerando desconfirmação das mensagens e desconcerto nas famílias.

Moreno e Jorge (2005) entrevistaram oito mães acompanhantes na UTI do Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza/Ce-Brasil com o objetivo de compreender a expressão de sentimentos e emoções da mãe acompanhante. A pergunta-guia utilizada nessa pesquisa foi: “Como você se sente em uma UTI acompanhando e/ou vivenciando o cuidar de seu filho enfermo?” Para a análise das entrevistas as autoras utilizaram as categorias de análise de Martins e Bicudo, isto é, a análise ideográfica (compreensão individual dos discursos dos sujeitos) e nomotética (compreensão das asserções gerais, obtidas a partir da convergência das unidades de sentido), denominada também fenômeno situado ou fenomenologia existencial.

Por sua vez, as mães revelaram que as principais reações que afloraram durante o processo de enfrentamento da doença do filho na UTI foram: mudança de comportamento e hábito, frustração, nervosismo, medo, culpa, pena, perplexidade, tristeza, solidão, impotência, incerteza, estresse e preocupação. Diante disso, as autoras ressaltaram que é importante que o profissional de saúde lance um olhar atento às principais necessidades, temores e preocupações dessas mães porque, diante de perdas ou dificuldades extremas, pode ser que essa mãe necessite de cuidado e atenção tanto quanto o seu filho recém-nascido.

Resultados diversos foram encontrados por Coutinho e Morsch (2006), que realizaram um estudo do qual participaram doze pais de bebês pré-termo os quais estavam internados em uma UTI Neonatal. As autoras utilizaram como instrumento de coleta de dados a observação clínica e, além disso, os participantes responderam a uma entrevista semiestruturada que incluía questões relacionadas à experiência de se ter um filho em internação intensiva neonatal. Os resultados obtidos permitiram às autoras inferir que todos os momentos de internação do bebê nascido prematuramente mostram-se dolorosos para os pais

entrevistados e que existe sim, no homem, uma preocupação e envolvimento com seu filho recém nascido que se aproxima daqueles experimentados por sua mulher.

Barros, Menandro e Trindade (2006), também realizaram um estudo com pais a fim de investigar a experiência paterna durante o período de internação de recém nascido prematuro na UTIN. Foram realizadas cinco entrevistas e os relatos foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin. Ficaram evidentes manifestações de interesse e envolvimento dos pais em relação à situação de seus recém nascidos. Ter o filho internado em UTIN pela primeira vez traz sofrimento para os pais que buscam se adaptar à nova situação, reorganizando ativamente suas atividades cotidianas. Os dados indicaram ser necessário considerar transformações nos papéis parentais, admitindo a equidade de gênero nos setores de saúde reprodutiva e neonatologia/pediatria.

Nesses estudos (Moreno & Jorge, 2005); (Coutinho & Morsch, 2006); (Barros, Menandro & Trindade, 2006) pode-se perceber que não houve controle quanto à idade das mães e pais de bebês internados em UTIN e nem foi verificado se eles eram pais pela primeira vez. Estas questões podem afetar a avaliação da experiência de se ter um filho em uma UTIN.

Lima e Rosa (2008) realizaram um estudo com os objetivos de compreender o sentido de vida do familiar do paciente crítico, diante da tríade trágica: culpa, sofrimento e morte e identificar os conteúdos de sentido da vida destes. Tal pesquisa foi realizada em uma UTI Geral de um Hospital Geral privado. Foram realizadas dez entrevistas com familiares, dentre eles as mães de alguns pacientes.

Pode-se constatar que o familiar do paciente crítico ao ter consciência da situação concreta e da possibilidade de morte do seu enfermo que está na UTI expressa o vazio existencial através de sentimentos como: tristeza, frustração, pessimismo, desorientação, angústia e falta de sentido para viver. No entanto, o sofrimento é transformado em atitude positiva diante do medo da morte e da UTI, transcendendo na fé em Deus e na energia quando

já não existe esperança de cura. Há a consciência, até o último instante, de que a sua fé é que lhe dá força e esperança, sendo esta, o último sentido; a crença na religião é vista como salvação do seu familiar e as práticas religiosas trazem paz e esperança para reverter a situação do seu parente.

Um fator a ser destacado no estudo de Lima e Rosa (2008) é que ele não explicita quais foram os outros familiares, além das mães, entrevistados, o que não deixa claro o grau de parentesco destes com o paciente, a fim de que se possa avaliar o grau de proximidade entre eles. Dependendo do grau de aproximação do familiar com o paciente, as variáveis que ele examinou poderiam sofrer alterações.

Azoulay, Pochard, Chevret, Adrie, Annane, Bleichner, Bornstain, Yves, Cohen e Feissel (2004) entrevistaram familiares de pacientes internados em UTI. O objetivo era investigar as opiniões e experiências sobre a participação da família na tomada de decisões médicas. Foi constatado que apenas 39% dos membros estavam envolvidos nas decisões e que 47% dos parentes expressaram o desejo de compartilhar as decisões com a equipe médica. Os autores concluíram que a equipe da unidade de cuidados intensivos deve se preocupar em observar se as famílias querem autonomia e os funcionários devem se esforçar para identificar os obstáculos práticos e psicológicos que podem limitar a sua capacidade de promover a autonomia. Além disso, devem desenvolver intervenções e atitudes capazes de capacitar as famílias para a adoção de atitudes autônomas.

Nessa pesquisa vale ressaltar que, apesar de ter sido utilizado a entrevista como instrumento, os resultados foram quantificados. Já que tal técnica foi empregada, a análise qualitativa poderia ter sido usada e recortes das falas poderiam ter sido destacados a fim de serem ressaltadas questões por eles evidenciadas.

Anderson, Arnold e Angus (2008) investigaram a incidência de ansiedade, depressão, estresse pós traumático e luto complicado em 50 familiares de pacientes internados

em UTI. As escalas utilizadas foram: Hospital Anxiety and Depression Scale; Impacto of Event Scale e Inventory of Complicated Grief. Todos os 50 participantes responderam as duas primeiras escalas no ato da hospitalização do parente na UTI; 39 (78%) as responderam após um mês e 34 (68%) responderam após seis meses. Na primeira aplicação foi constatado que 42% dos participantes estavam ansiosos; na segunda aplicação 21% e na terceira 15 % dos participantes estavam ansiosos.

No que se refere à Depressão, na primeira aplicação 16% se encontravam deprimidos, 8% na segunda e 6% estavam deprimidos na última aplicação. Após os seis meses foi aplicado Impacto of Event Scale, dessa vez para verificar a incidência do estresse pós traumático e constatou-se que 35% dos familiares tinham desenvolvido esse transtorno. Também foi aplicado o Inventory of Complicated Grief o qual constatou que dos 38% que estavam de luto, 46% tiveram luto complicado. A partir disso, os pesquisadores concluíram que os sintomas de ansiedade e depressão diminuíram ao longo do tempo. No entanto, foram apresentados altos índice de estresse pós traumático e luto complicado.

Paparrigopoulos, Melissaki, Efthymiou, Tsekou, Vadala, Pavlou e Soldatos (2006) utilizaram, respectivamente, a Studies Depression Scale e o Inventory Impact of Events para avaliarem o nível de Depressão e Transtorno de Estresse Pós Traumático em 32 familiares de pacientes em UTI. Foi verificado que 97% dos parentes estavam com Depressão e que 81% apresentavam o quadro de Estresse Pós Traumático. Diante disso, os autores concluíram que estes familiares apresentaram altos níveis de ansiedade e angústia que persistem ao longo da internação de seus parentes. A identificação precoce dos casos e a criação de intervenções podem impedir o pleno desenvolvimento desses transtornos.

Kirchhoff, Walker, Hutton, Spuhler, Cole e Clemmer (2002) realizaram uma pesquisa cujo objetivo era compreender a experiência de familiares durante a internação de um parente em UTI. Foi realizada uma entrevista com oito membros. Os resultados

mostraram que eles tiveram sentimentos de medo da eventual morte, talvez sem a possibilidade de despedidas do paciente. Além disso, ressaltaram a falta de comunicação entre equipe e família e a falta de explicações mais detalhadas sobre o quadro do paciente. Diante disso, eles sofriam com a incerteza do prognóstico.

Vale ressaltar que este estudo utilizou uma técnica qualitativa na coleta e os dados foram também analisados qualitativamente, método pouco empregado nas pesquisas internacionais (Anderson, Arnold & Angus, 2008; Sturdivant & Warren, 2009; Frank, Allen & Winter, 2005; Melnyk, Crean, Feinstein & Fairbanks, 2008).

Com o objetivo de descrever a avaliação pelos visitantes da qualidade de atendimento prestada em uma Unidade de Terapia Intensiva Geral (UTIG) de um hospital universitário de nível terciário, Wallau et al. (2006) elaboraram um questionário. Neste estudo participaram 100 familiares de pacientes internados, em um total de 28 homens e 72 mulheres. O grau de parentesco mais prevalente foi o de filhos ou filhas (34%), seguido por cônjuges (25%), irmãos (16%) e pais (10%). A queixa mais freqüente e que, portanto, gerou maior incômodo pela internação na UTI, referiu-se ao estado geral do paciente (28% das entrevistas). Um total de 96% considerou a qualidade da equipe médica como ótima ou boa. No entanto, 15% declararam insatisfação com as informações médicas prestadas e outros 5%, apesar de afirmar satisfação, reclamaram por ter de conversar com diferentes médicos (plantonistas) a cada dia.

Morgon e Guirardello (2004) objetivaram validar a Escala de Necessidades de Familiares em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Participaram do estudo 52 familiares de pacientes internados na UTI de um Hospital Universitário, no interior de São Paulo, sendo a maioria desses participantes, do sexo feminino (71,1%), com média de idade de 41 anos. O grau de parentesco foi: filhos (34,6%), seguido de pais (27%), cônjuges (21,1%) e outros (17,3%). Todos os familiares eram ingênuos em relação ao método aplicado.

As necessidades julgadas com maior grau de importância pelos familiares foram: sentir que o pessoal do hospital (UTI) se interessa pelo paciente; sentir-se seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente; sentir que há esperança de melhora; saber que o tratamento médico está sendo dado e ter perguntas respondidas com franqueza. Os resultados mostraram uma concordância significativa, entre os participantes, no julgamento das necessidades, com um coeficiente de correlação de Pearson de $r = 0,97$ ($p < 0,0001$). A relação entre esses métodos pode ser descrita por uma função de potência, confirmando que a escala de necessidades de familiares é válida, estável e consistente.

Esses estudos de Wallau et al. (2006) e Morgon e Guirardello (2004) diferenciam-se da maior parte dos estudos realizados em pesquisas nacionais sobre o tema família e UTI, uma vez que utilizaram métodos quantitativos: questionário e escala.

Bettinelli, Rosa e Erdmann (2007) realizaram um estudo qualitativo o qual objetivou compreender o significado da internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para os familiares dos pacientes. Foram entrevistados 16 familiares de pacientes internados na UTI geral de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. Pode-se perceber que os entrevistados consideraram que, além da pouca orientação, houve pouca disponibilidade ou acolhimento à família. Os familiares também manifestaram preocupação ao presenciarem situações constrangedoras como a excessiva exposição a que eles estão sujeitos. Os autores concluíram, ainda, que os momentos de preocupação e estresse dos familiares podem produzir sintomas e disfunções. O processo de separação, e talvez a perspectiva da perda de um ente querido, é um fenômeno multifacetado que se propaga por toda a família.

No estudo acima de Bettinelli, Rosa e Erdmann (2007) pode-se constatar que eles citam a questão da boa comunicação entre equipe e família e que esta pode ser uma forma de cuidado para com os familiares de pacientes em UTI. Essas pesquisas alertam a equipe de

saúde a atentar para a pouca orientação, ou para aquelas que não são claras e favorecem um maior sofrimento do parente do paciente hospitalizado.

Urizzi e Corrêa (2007) realizaram um estudo cuja proposta foi compreender as vivências de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foram entrevistados 17 familiares de pacientes adultos, internados em uma UTI da Santa Casa de Londrina. Os sujeitos desta investigação foram compostos por pai, mãe e filhos. A partir da análise das entrevistas pode-se constatar que para esses familiares essa experiência é difícil, dolorosa e sem palavras. Tal vivência também promove o rompimento da relação com o cotidiano familiar e traz o medo da morte do paciente. Diante disso, a UTI torna-se um cenário temido.

Uma consideração que pode ser ressaltada na pesquisa de Urizzi e Corrêa (2007) foi o fato de eles citarem a mudança que ocorreu no cotidiano familiar desses participantes, questão que não foi abordada nos outros estudos. No entanto, não foram identificadas as mudanças nos papéis dos membros da família, isto é, os participantes falaram que havia mudanças nas suas rotinas, porém esta questão não foi aprofundada.

Considerações finais

Analisando essas pesquisas percebem-se algumas lacunas, a saber: No que se refere aos participantes dos estudos, pode-se notar que estes não focam um grau de parentesco específico (como: cônjuges ou filhos etc) de pacientes em UTI. Em uma mesma pesquisa eram incluídos filhos, cônjuges, pais (Morgon & Guirardello, 2004), por exemplo. Nesses estudos não foi indicada a idade dos filhos, nem a de seus pais internados. Tal informação poderia sugerir se há diferenças entre os filhos com pais que estão na idade próxima ao fim do ciclo vital e os filhos de pais mais jovens, por exemplo.

Há apenas uma exceção no que diz respeito a especificar o grau de parentesco: pesquisas que se referem a pais, em geral a mãe, de bebês em UTI Neonatal. Porém, aí aparece outro dado que chama a atenção. Apesar de existir na literatura muitos estudos com mães que acompanham filhos internados em UTI, a maioria trata de mães de crianças, encontramos apenas um estudo (Lima & Rosa, 2008) que incluiu nas entrevistas mães de pacientes adultos. Também se pode perceber que as pesquisas privilegiam estudos com mães de pacientes em UTIN e poucas pesquisas investigam a experiência do pai, provavelmente em razão da dificuldade de encontrar pais nesta situação por questões culturais que envolvem os gêneros.

Entretanto, apesar das divergências, é possível notar algumas convergências a partir dessas pesquisas quanto à experiência de ter um familiar próximo em UTI. O fato de o familiar estar em uma UTI sempre traz o medo da morte do paciente (Moreno & Jorge, 2005; Urizzi & Corrêa, 2007; Bettinelli, Rosa & Erdmann, 2007; Kirchhoff et al., 2002). A comunicação entre equipe de saúde e família repercute direta e indiretamente no maior ou menor sofrimento emocional da família, uma vez que esta fica sempre atenta às pistas comunicacionais verificando se há coerência ou não da comunicação verbal e não verbal da equipe (Nieweglowsky & Moré, 2008). Outro dado que predomina nestas pesquisas é o de que os familiares desejam mais informações da equipe sobre o quadro clínico do seu parente (Frank, Allen & Winter, 2005; Wallan et al., 2006; Kirchhoff et al., 2002). Há poucas pesquisas que investigam a experiência do pai acompanhando um filho em UTI, mas estas mostram a existência, no homem, de uma preocupação e envolvimento com seu filho recém nascido que está na UTIN que se aproxima daquelas experimentados por sua mulher e há transformações nos papéis parentais, admitindo a equidade de gênero (Coutinho & Morsch, 2006; Barros, Menandro & Trindade, 2006).

As constatações acima citadas mostram a importância de se ressaltar os diferentes aspectos da experiência desses familiares de pacientes em UTI.

Comparando os estudos que investigaram a experiência de pais com filhos em UTI com aqueles que estudaram familiares de pacientes em UTI, nos quais se incluíam filhos de pacientes, pode-se perceber que as reações que surgem nos pais e nos filhos de pacientes são parecidas: tristeza, medo, incerteza, mudança de hábitos, rompimento do cotidiano familiar (Moreno & Jorge, 2005; Urizzi & Corrêa, 2007).

Por fim, vale ressaltar que a tendência dos estudos sobre família e UTI em geral focam principalmente os sentimentos negativos destes familiares. Apesar de existir um bom número de pesquisas voltadas ao tema UTI e família, não foram encontrados estudos que procurassem compreender como este fenômeno altera a rotina de vida desses familiares e se esta situação (ter um familiar internado em UTI) pode trazer algum aspecto positivo para a família. Mesmo quando a experiência de se ter um familiar próximo internado em UTI é investigada, não há elementos que permitam conhecer, mais profundamente, quais as mudanças que aconteceram na rotina familiar e se esta situação trouxe alguma coisa de positivo para os membros desta família. É importante a realização de pesquisas futuras com estes familiares. Trabalhos que indicassem essas questões permitiriam preencher lacunas e diminuir limitações empíricas encontradas nos estudos aqui citados.

Além disso, seria importante investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes familiares nesta situação. Este tipo de pesquisa seria muito vantajoso, visto que a identificação de tais estratégias poderia auxiliar na elaboração de programas de cuidados para esta população.

A efetivação de pesquisas que utilizassem técnicas qualitativas e quantitativas, simultaneamente, também seria bastante pertinente, pois complementaria as descobertas das

pesquisas que se utilizam apenas de escalas, por exemplo, a singularidade de cada experiência e como esta afeta a subjetividade destes familiares.

O cuidado aos familiares é uma das tarefas mais importantes do cuidado global dos pacientes internados nas UTIs. A família deve lidar com as demandas desse modo de internação sem que seus membros sacrifiquem seu próprio desenvolvimento ou o desenvolvimento da família como sistema. Essas questões implicam repensar que não é suficiente deixar a família entrar na UTI, é necessário cuidá-la. Estudos adicionais sobre as temáticas aqui sugeridas teriam muito a colaborar para esse propósito podendo respaldar novas práticas acrescentando inovação às intervenções a estes familiares.

Referências

Anderson, W.G., Arnold, R.M., & Angus, D.C. (2008). Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med*; 23 (11): 1871-6, Nov. Recuperado em: 06 fevereiro 2010 de <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-18780129>

Angerami-Camon, V.A. (2003). *A Psicologia no Hospital*. (2ª ed.) São Paulo: Pioneira Thomson.

Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Jourdain, M., Bornstain, C., Wernet, A., Cattaneo, I., Annane, D., Brun, F., & Bollaert, P.,E. (2002). Impact of a Family Information Leaflet on Effectiveness of Information Provided to Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, Volume 165, Number 4, February, 438-442. Recuperado em 06 maio, 2010 de <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/content/abstract/165/4/438>

Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., Bornstain, C., Yves, Cohen, Y., & Feissel, M., (2004). Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: A study in 78 French intensive care units. *Critical Care Medicine*: September - Volume 32 - Issue 9 - pp 1832-1838. Recuperado em 06 maio, 2010 de http://journals.lww.com/ccmjournals/Abstract/2004/09000/Half_the_family_members_of_intensive_care_unit.3.aspx

Azoulay, E. (2005). Risk of posttraumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *AJRCCM Articles in Press*. January: 21, 2005:10.1164. Recuperado em 15 junho, 2009, de <http://www.atsjournal.org>.

Barros, S.M.M., Menandro, P.R.M., & Trindade, Z.A. (2006). Vivências paternas em UTI neonatal. *Psicol. Hosp.* São Paulo. Vol. 4 n 2, Ago. Recuperado em 24 julho 2009 de

http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092006000200003&lng=pt&nrm=iso

Bettinelli, L.A., Rosa, J. & Erdmann, A.L. (2007). Internação em unidade de terapia intensiva: experiências familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 28 (3): 377-84 Recuperado em 24 janeiro 2010 de <http://www6.ufrgs.br/seermigrando/ojs/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4688/2595>

Bomfim, A.C., Bastos, A.C., & Carvalho, A.M.A. (2007). A família em situações disruptivas provocadas por hospitalização. *Rev. Bras. Crescimento e Desenvol. Hum.* Vol. 17 n 1 São Paulo. Abr. Recuperado em 24 janeiro 2010 de http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S010412822007000100009&script=sci_arttext&tlng=es

Carvalho, F.L., & Rossi, L.A. (2006). Impacto da queimadura e do processo de hospitalização em uma unidade de queimados sobre a dinâmica familiar: revisão de literatura. *Maringá*, vol. 5, n 2, p. 243-254 Mai/Ago. Recuperado em 05 janeiro, 2010 de <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewPDFInterstitial/5088/3300>

Chaves, A.A.B.C., & Massarollo, M.C.K.B. (2009). Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v 43, n 1, São Paulo. Mar. Recuperado em 24 julho, 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/04.pdf>

Coutinho, H.R.B., & Morsch, D. S. (2006). A paternidade em cuidados intensivos neonatais. *Rev. SBPH*. Rio de Janeiro. Vol. 9 n 1, Jun. Recuperado em 24 julho 2009 de http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582006000100005&lng=en&nrm=

Collet N., & Rocha S.M.M. (2003). Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. *Rev. Bras. Enferm.* 56(3): 260-4.

Davidson, J.E., Powers, K., Hedayat, K.M., & Tieszen, M. (2007) Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med.* vol35, n 2. Recuperado em 15 junho, 2009 de http://mkdocs.org/family_supports-1.pdf.

Faria, J. (2002). *Paciente em longa internação: estratégias de enfrentamento dos familiares (coping)*. Trabalho de conclusão de curso de Psicologia Clínica Hospitalar aplicado à Cardiologia – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Frank, L.S.; Allen, A.; Winter, I (2005). Parents' views about infant pain in neonatal intensive care. *Clin J Pain*;21(2):133-9, Mar-Apr. Recuperado em 22 janeiro 2009 de <http://basesg4.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.

Gala, M.F., Telles, S.C.R., & Silva, M.J.P. (2003). Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-Intensiva cirúrgica. *Rev. Esc. Enferm. USP*: 37(1):52-61.

Greening, L., & Stoppelbein, L. (2007). Brief report: pediatric câncer, parental coping style, and risk for depressive, posttraumatic stress, and anxiety symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (10), 1272-1277.

Grinesky, S. (2008). Coping with asthma in the central city: parental experiences with children's health care. *J Health Care Poor Underserved*: 19 (1):227-36, Feb. Recuperado em 22 janeiro, 2010 de <http://basesg4.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

Guirardello, E.B., Romero, G.C.A.A., Pereira, I.C., & Miranda, A.F. (1999). A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 33(2),123-129.

Halm, M.A., & Alpen, M.A. (1994). The Impact of Technology on Patients and Families. *Nurs Clin North*, 28 (2), 443-457.

Heyland, D., Rocker, G., Dodek, P., Kutsogiannis, D., Konopad, E., Deborah, J., Peters, S., Tranmer, J., & Christopher, J. (2002). Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study. *Critical Care Medicine*: July - Volume 30 - Issue 7 - pp 1413-1418. Recuperado em 06 maio, 2010 de http://journals.lww.com/ccmjjournal/Abstract/2002/07000/Family_satisfaction_with_care_in_the_intensive.2.aspx

Kallergis, G. (2009). Informing the cancer patient and family. *J Buon*. Vol. 14 (1): p 109-14, Jan/Mar.

Kirchhoff, K.T., Walker, L., Hutton, A., Spuhler, V., Cole, B.V., & Clemmer, T. (2002). The vortex: families' experiences with death in the intensive care unit. *Am J Crit Care*; 11 (3): 200-9, May. Recuperado em 07 fevereiro 2010 de http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&n_extAction=lnk&exprSearch=12022483&indexSearch=ID

Lautert, L., Echer, I.C., & Unicovsky, (1998). O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre. Vol. 19 n 2 p. 118-131 Julh. Recuperado em 05 janeiro, 2010 de <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewPDFInterstitial/4202/2222>

Lemos, R.C.A., & Rossi, L.A. (2002). O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Rev. Latino Am Enfermagem* 10 (3): 345-357, Mai/Jun. Recuperado em 07 janeiro, 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13344.pdf>

Lima, A.B., & Rosa, D.O.S. (2008). O sentido de vida do familiar do paciente crítico. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo. Vol. 42 n 3, Set. Recuperado em 24 julho 2009 de O

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=493371&indexSearch=ID>

Mancurso, M.G., Bishop, S. & Blakeney, P., Robert, R., & Gaa, J. (2003). Impact on the family: psychosocial adjustment of siblings of children who survive serious burns. *J. Burn Care Rehabil*, Lake Forest. Vol. 24, n 2. p. 110-118, Mar/Apr.

Melnyk, B.M., Crean, H.F., Feinstein, N.F. & Fairbanks, E. (2008). Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. *Nurs Res*; 57 (6): 383-94 Nov/Dec. Recuperado em 06 fevereiro 2010 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2770735/?tool=pubmed>

Milanesi, K., Collet, N., Oliveira, B.,R.,G., & Vieira, C.S. (2006). Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Rev. Bras. Enfermagem*. Vol. 59 n 6, Brasília Nov/Dec. Recuperado em 10 janeiro, 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-7167006000600009&script=sci_arttext&tlng=pt

Ministério da Saúde. Portaria n.3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo [legislação na Internet]. Brasil. Brasília; 1998. [citado 2004 ago. 30]. Disponível em: <http://www.amib.com.br/portaria3432.htm>

Ministério da Saúde. Brasil. Política para a Área de Terapia Intensiva / Ministério da Saúde. – Brasília Ministério da Saúde, 2003. Recuperado em 07 janeiro 2011 de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/terapia_intensiva.pdf%20.

Moreno, R.L.R., & Jorge, M.S.B. (2005). Sentimentos e emoções da mãe acompanhante no mundo da UTI: descrição fenomenológica de mudanças existenciais. *Rev. Enf. UERJ*. Rio de Janeiro. Vol. 13 n 2 Mai/Ago. Recuperado em 10 janeiro 2010 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=413363&indexSearch=ID>

Morgon, F.H.M., & Guirardello, E.B. (2004). Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino Ame. Enfermagem*. Ribeirão Preto Vol. 12 n 2, Mar/Abr. Recuperado em 03 janeiro 2010 de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692004000200008&script=pt>

Nieweglowski, V.H., & Moré, C.L.O.O. (2008). Comunicação equipe família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. *Estud. Psicol. Campinas*. Vol 25 n 1, Jan/Mar. Recuperado em 03 janeiro 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2008000100011&script=sci_arttext&tlng=e

Nunes, M.A.A., (2004). A ansiedade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Travessia*. Ano 6 n 1 p. 209-220, Dez.

Oliveira, J. F. (2004). *Estratégias de enfrentamento (coping) dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva*. Recuperado em 2 janeiro, 2009, de

http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/45_Jennifer_de_Fran%EA7a_Oliveira.pdf .

Paparrigopoulos, T., Melissaki, A., Efthymiou, A., Tsekou, H., Vadala, C., Pavlou E., & Soldatos, C. (2006). Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 61, Issue 5, Pages 719-722. Recuperado em 06 maio, 2010 de <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399906002753>

Patistea, E. (2005). Description and adequacy of parental coping behaviours in childhood leukaemia. *International Journal of Nursing Studies*, 42 (3), 283-296.

Pinho, L.B., & Santos, M.A. (2008). Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo. Vol.42, n 1, Mar. Recuperado em 24 julho, 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/09.pdf>

Pochard, F., Azouly, E., Elie, Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P., Grassin, M., Zittoun, R., Dhainaut, J.F., e Schlemmer, B. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicine: October- Volume 29 - Issue 10 - pp 1893-1897*. Recuperado em 06 maio, 2010 de http://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2001/10000/Symptoms_of_anxiety_and_depression_in_family.7.aspx

Proahsa. (2010). *Manual de organização e procedimentos hospitalares*. São Paulo, FGV/EAESP/HC/FMUSP.

Resolução-RDC (2010). *Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro, 2010*. Recuperado em 26 janeiro, 2011 de <http://www.amib.org.br/pdf/RDC-07-2010.pdf>

Romano, B.W. (1997) A família e o adoecer durante a hospitalização. *Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo* (Vol. 5 pp. 58-62).

Romanelli, G.O. (2003). O processo saúde/doença em famílias de baixa renda ação do Estado. *Mimesis*, Bauru. Vol. 24, n 1, p 109-123, Jan.

Shiotsu, C.H. & Takahashi, T. (2000). O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções. *Rev. Esc. Enferm. USP* São Paulo. Vol. 34 n 1 Mar. Recuperado em 05 janeiro, 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342000000100013&script=sci_arttext&tlng=e

Sturdivant, L., & Warren, N.A. (2009). Perceived met and unmet needs of family members of patients in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Nurs Q*; 32(2): 149-58 Apr/Jun. Recuperado em 06 fevereiro 2010 de <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-19300080>

Tavares, J.S.C., & Trad, L.A.B. (2009). Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. *Interface (Botucatu)* Vol. 13 n 29. Abr/Jun. Recuperado em 09 janeiro, 2010 de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000200012&lng=pt&nrm=iso

Urizzi, F., & Corrêa, A.K. (2007). Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. *Rev. Lat.Amer. Enfermagem*. Ribeirão Preto. Vol. 15 n 4 Jul/Ago. Recuperado em 24 janeiro 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Vila, V.S.C.; Rossi, L.A.R. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: Muito falado e pouco vivido. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 10 (2) Ribeirão Preto Mar./Apr. Recuperado em 1 janeiro, 2009, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692002000200003&script=sci_arttext&tlng=pt

Wallau, R.A., Guimarães, H.P., Falcão, L.F.R., Lopes, R.D., Leal, P.H.R., Senna, R.G.A., Machado, F.R., & Amaral, J.L.G. (2006). Qualidade e humanização do atendimento em medicina intensiva. Qual a visão dos familiares? *Rev. Brasileira Terapia Intensiva*. Vol. 18 n 1. Jan/Mar. Recuperado em 24 janeiro 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n1/a09v18n1.pdf>

Experiência e Estratégias de Enfrentamento (*Coping*) de filhos que possuem a mãe ou o pai internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

*Fernanda de Azevedo Lima
Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas
Walfrido Nunes de Menezes*

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender a experiência de filhos que possuem a mãe ou o pai em uma UTI e as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes nessa situação. Participaram 30 filhos, de ambos os sexos, que responderam: Ficha Sócio Demográfica; Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (1985). Dos 30, dez responderam a uma Entrevista Semi-Estruturada que foi submetida à Análise de Conteúdo. A análise das respostas dadas no inventário se deu em dois momentos: 1) a contagem da pontuação obtida por cada participante, nos itens de cada fator correspondente às estratégias de enfrentamento; 2) o cálculo dos coeficientes de Correlação de Spearman entre as 66 questões do Inventário e algumas variáveis: Religião; Faixa etária, Escolaridade e Filiação. Os resultados mostram que as estratégias predominantes foram: Reavaliação Positiva (97%); Suporte Social (93%) e Resolução de Problemas (77%). A análise de correlação mostrou que existe correlação significativa positiva ou negativa entre estas variáveis e alguns itens do inventário, porém isto não é o suficiente para afirmar que há correlação entre as variáveis e determinadas estratégias. Nas entrevistas, constatou-se: sentimentos predominantes: sofrimento, medo e susto; preocupações: o fato do (a) paciente ficar a maior parte do tempo sozinho (a) e desconfiança quanto ao tratamento oferecido pela equipe de saúde; perda da motivação de realizar suas rotinas; reestruturação positiva: crescimento pessoal, espiritual e profissional; há satisfação em relação à equipe. Estes dados indicam as maiores necessidades dos filhos durante a internação de seus genitores na UTI e podem subsidiar uma prática mais efetiva da equipe de saúde junto a essa população.

Palavras chave: Unidade de terapia intensiva; família; estratégias de enfrentamento.

ABSTRACT

This study aimed to understand the experience and coping strategies of sons and daughters whose mother or father are hospitalized in an Intensive Care Unit. Participants were 30 sons or daughters that answered to a socio-demographic form and the Coping Strategies Inventory by Folkman and Lazarus (1985). A semi-structured interview was applied to ten of those and submitted to Content Analysis. The Inventory analysis was carried out through: 1) counting the scores of each participant, for the items referring to coping strategies; 2) calculating Spearman correlation coefficients for the 66 questions on the Inventory and some variables: Religion, Age, Education and Parenthood. Results showed as predominant strategies: Positive Reappraisal (97%); Social Support (93%) and Problem Solving (77%). Analysis showed positive and negative significant correlations among those variables and some items from the Inventory, however that is not enough to stand that there is a correlation among the variables and specific coping strategies. Predominant feelings identified in the interviews were: suffering, fear and shock. Concerns: the fact that the patient spends most of the time alone; distrust regarding treatment by health care staff; lack of motivation for daily routine. Positive

reappraisal: personal, spiritual and professional growth; satisfaction regarding staff's attention. These data indicates sons and daughters' main needs during their parents' hospitalization in ICU's and may subsidize a more effective practice by health care staff to this population.

Keywords: Intensive Care Unit; family; coping strategies.

De acordo com Lucchesi, Macedo e Marco (2008), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor que oferece cuidados aos pacientes que apresentam instabilidade clínica grave, através de atenção constante e especializada. Seu ambiente freqüentemente é avaliado como altamente estressante tanto pelos pacientes, quanto pela equipe de saúde que atua na unidade.

Essa angústia que emerge do contato mais próximo com o adoecer e com os riscos de morte do paciente pode ser perturbadora e desorganizadora também para o familiar do paciente. Para Ismael (2004), a hospitalização pode significar uma situação de crise para a família, o que causa uma ruptura daquilo que é considerado “normal” na dinâmica familiar. Segundo Pinho e Santos (2008), o processo de hospitalização pode ser considerado como um evento estressante. No caso do processo de internamento na UTI, pode haver a emergência de uma série de sinais e sintomas de desestabilização física e emocional.

Diante disso, Nunes (2004) ressalta que é necessário desmistificar o conceito que se faz sobre a UTI. Cabe à equipe deste setor criar mecanismos que possibilitem uma melhor compreensão de sua função, uma vez que a desinformação dos familiares é o que pode gerar estes sintomas. O trabalho na UTI deve enfatizar à importância de uma maior atenção aos familiares do paciente. Nesse sentido, Lamosa (1990) havia ressaltado que, além de avaliar e intervir junto ao paciente, compete ao psicólogo na UTI atuar com os familiares.

Segundo Romano (1997), a família é um sistema intercomunicante. A função dessa família é fornecer alimento afetivo para manter a homeostasia psíquica dos demais

componentes da mesma, princípio fundamental para manutenção do equilíbrio familiar (Osório, 1996). No entanto, conforme ressalta Silva (2000) é preciso ter em mente que, para a família cumprir seu papel, e dar suporte à situação vivenciada pelo paciente, ela também precisa de apoio em suas necessidades físicas e emocionais. Isso porque a hospitalização de um de seus membros pode ser percebida como um evento estressor, já que o estresse psicológico é uma reação particular entre a pessoa e o ambiente, que é avaliada por ela como sobrecarregando ou excedendo seus recursos e colocando em risco seu bem estar (Folkman & Lazarus, 1984). Sendo a hospitalização percebida desta forma, isso pode gerar uma desorganização do núcleo familiar exigindo uma adaptação da mesma. A forma como os indivíduos enfrentam esses eventos estressores é chamada de coping.

A seguir, apresentam-se alguns conceitos considerados relevantes sobre coping/estratégias de enfrentamento.

Mecanismos de Coping

A palavra coping não possui tradução literal para o português, mas seu significado aproximado pode ser entendido como ajustamento, lidar ou enfrentar. De acordo com Folkman e Lazarus (1984), o coping são os esforços cognitivos e comportamentais, que têm como objetivo lidar com demandas internas ou externas que surgem em situações de estresse. Segundo esses autores, qualquer empenho em se lidar com o estressor é uma resposta de coping, independentemente do sucesso ou fracasso que se tenha obtido. Há dois tipos principais de estratégias, que equivalem às duas grandes funções do coping: coping centrado no problema e coping centrado na emoção. Segundo Kohlsdorf e Costa Junior (2008), o enfrentamento focalizado no problema é o manejo ou modificação da situação causadora de stress, visando controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio; são, em geral, estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e

planejamento. O enfrentamento focalizado na emoção é a regulação da resposta emocional provocada pelo problema/estressor com o qual a pessoa se defronta, podendo representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de stress, tais como negação ou esquiva. Para Noyes (1999), o enfrentamento inclui estratégias adotadas pelo indivíduo para adaptar-se a uma situação estressora; inclui processos cognitivos, respostas comportamentais e emocionais que visam administrar a crise, reduzir ou tolerar as demandas criadas pela situação.

Cerqueira (2000) entende o coping como um processo com as seguintes características: o foco é o que as pessoas fazem ou pensam e não o que fariam, as estratégias inserem-se em um contexto e não se podem generalizar.

Na literatura científica já existem diversos estudos que examinam as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo evento estressor: doença na família, a saber: estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer (Kohlsdorf & Costa Junior, 2008); ajustamento emocional e estratégias de coping em pais de crianças com doença de foro oncológico (Rodrigues, Rosa, Moura & Batista, 2000); coping em parentes de crianças com câncer (Norberg, Lindblad & Boman, 2005).

No entanto, pesquisas com a temática: coping e familiares de pacientes em UTI ainda são escassos. Considera-se relevante estudos desta natureza, uma vez que a identificação de tais estratégias poderia auxiliar na elaboração de programas de cuidados para com esta população. Diante disso, este estudo procurou investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos filhos de pacientes internados em UTI, através de um Inventário de Estratégias de *Coping*. Além disso, utilizou-se da técnica qualitativa (entrevista), na qual se pode identificar: os sentimentos mobilizados nesse familiar; suas principais preocupações e dificuldades; como essa situação afetou sua rotina de vida; o que

foi possível tirar de positivo dessa situação e como ele percebeu o tratamento dispensado pela equipe de saúde do hospital ao paciente e à família.

METODOLOGIA

Participantes

A coleta de dados ocorreu no período de março a julho de 2010 e contou com a participação de 30 filhos de pacientes internados em uma UTI de um hospital particular da cidade do Recife. Este é caracterizado como um Hospital – UTI e a maioria dos seus pacientes são idosos cardíacos graves e crônicos ou com problemas neurológicos decorrentes de trauma.

Participaram deste estudo 30 filhos dos pacientes que se encontravam internados na UTI deste hospital, sendo três homens e vinte e sete mulheres. O critério de inclusão na pesquisa foi: ter o pai ou a mãe internado na UTI há pelo menos 48 horas. Todos foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e concordaram em participar, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido. A média de idade deles foi de 44 anos, sendo a idade mínima de 20 e a máxima de 59 anos. Entre estes, doze concluíram o ensino superior; onze possuíam o 2º grau completo e sete tinham somente o 1º grau. Vale esclarecer que a maioria destes participantes vivenciava pela primeira vez a situação de ter a mãe ou o pai hospitalizado em UTI. Apenas três filhos haviam passado anteriormente por esta experiência.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram: uma Ficha Sócio Demográfica a qual incluía: dados referentes ao sexo, a idade, o grau de escolaridade, a profissão e a religião; o Inventário de Estratégias de *Coping*, de *Folkman e Lazarus* (1985), adaptado por *Savóia et al.* (1996). Este instrumento é composto por 66 itens que avaliam a maneira como as pessoas lidam com as demandas internas ou externas de um evento estressante específico. É composto por pensamentos e ações, podendo ser definida a intensidade do uso por meio de escalas: 0 (não

utiliza), 1 (usei um pouco), 2 (usei bastante) e 3 (utiliza em grande quantidade). Os itens que compõem o inventário foram divididos em oito fatores que indicam as seguintes estratégias de enfrentamento: confronto (quando o indivíduo realiza uma acareação com a pessoa que causou o problema e/ou quando procura descontar sua raiva em outras pessoas), afastamento (quando se distancia ou se separa da situação estressante), autocontrole (quando a pessoa desenvolve a capacidade de guardar para si os sentimentos e de controlar seus impulsos), busca de suporte social (quando recebe apoio de outro), aceitação de responsabilidade (quando assume que provocou determinada situação), fuga e esquivia (quando a pessoa evita se aproximar da situação estressante), planejamento e resolução de problemas (quando traça um plano de ação e faz o que for necessário no intuito de resolver determinada circunstância), reavaliação positiva (quando o indivíduo tenta se concentrar nos aspectos positivos da situação a fim de amenizar seu sofrimento).

Os participantes foram orientados a responder às questões pensando especificamente no enfrentamento da situação de ter a mãe ou pai internado em uma UTI. Além disso, dos 30 filhos que responderam a este inventário, dez foram entrevistados através de uma Entrevista Semi Estruturada. Segundo Andrade (2003), este tipo de entrevista consiste em uma conversação que pode ser composta por perguntas abertas, o que proporciona uma maior liberdade ao informante. Todas as entrevistas foram realizadas no próprio hospital, gravadas em MP4, com o consentimento do participante, e transcritas integralmente, mas preservando o anonimato do sujeito. Vale salientar que não foi possível ampliar o número de entrevistados devido a pouca disponibilidade dos filhos, uma vez que boa parte deles tem dificuldade de permanecer mais tempo no hospital em virtude de compromissos profissionais ou pessoais. Além disso, se faz mister levar em conta as próprias características do hospital que só permite visitas por períodos limitados. Diante disso, obviamente, o familiar irá privilegiar o contato com o paciente em detrimento à concessão de uma entrevista.

Procedimento de coleta dos dados

A pesquisa teve início após o projeto ter sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco-UNICAP, (2010). Posteriormente foi contatada a diretoria do referido hospital. Nessa ocasião, foi explicado a esta, o objetivo do estudo e a sua importância para os familiares em questão. Em seguida, foi solicitada a permissão para a sua realização através da assinatura da Carta de Aceite.

Depois de obtida a permissão da diretoria do hospital, ocorreu o acesso aos participantes do estudo, os quais também foram informados das finalidades e dos benefícios que o estudo poderia proporcionar, do uso da gravação das entrevistas, do sigilo quanto às suas identidades e de que poderiam desistir da participação no momento que desejassem sem sofrer qualquer tipo de prejuízo. Também foi parte integrante da pesquisa oferecer um retorno a todos os participantes e um atendimento psicológico breve àqueles que se mostraram necessitados ou que solicitaram algum outro encontro. Além disso, para aqueles que se mostraram emocionalmente mobilizados foi oferecido um encontro individual para uma orientação mais específica. Posteriormente a essas explicações e à apresentação dos instrumentos a serem utilizados, foi pedido aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Logo após a assinatura, foi entregue a estes uma Ficha Sócio-Demográfica para responderem e o Inventário de Estratégias de *Coping*, de *Folkman e Lazarus* (1985), adaptado por *Savóia et al.* (1996). Após esses procedimentos foi realizada uma Entrevista Semi-Estruturada com dez filhos. A realização das entrevistas foi individual e ocorreu em um local apropriado, isto é, em um recinto privado do próprio hospital.

Procedimento de Análise dos dados

Para realizar a análise dos dados do Inventário de Estratégias de *Coping*, de *Folkman e Lazarus* (1985), adaptado por *Savóia et al.* (1996), utilizou-se as orientações dos próprios autores os quais ressaltam que para aferir os resultados da aplicação, deve-se somar os itens marcados pelos participantes, em cada fator, que corresponde a um determinado tipo de estratégia. Para estabelecer um melhor entendimento desses resultados, eles foram quantificados e apresentados em porcentagens em forma de tabela. Na seqüência foram calculados os coeficientes de correlação entre as variáveis de interesse (religião, faixa etária, escolaridade e filiação-mãe ou pai internados na UTI) e as 66 questões do inventário. No caso de variáveis medidas através de escores, a literatura consultada sugere que é melhor optar pelo cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, que é não-paramétrico, ao invés do coeficiente de correlação de Pearson (*Spiegel*, 1993). Nessa análise foi utilizado o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17.0.

E para o tratamento das entrevistas utilizou-se a Análise de Conteúdo (*Minayo*, 1999). Nela, o conteúdo da entrevista é analisado por meio de categorias sistemáticas determinadas a partir do conteúdo das próprias entrevistas.

Análise e Discussão dos resultados

Quando se constrói um inventário para verificar a percepção das pessoas sobre qualquer problema, o que se pretende é ter a certeza de que as medições refletem com precisão os resultados do inventário e que estão livres de erros aleatórios. Quando há erros aleatórios nas medições, o resultado observado é menos confiável para estimar o valor verdadeiro das medições.

A forma mais usada para medir a estimativa da confiabilidade de um inventário é a *consistência interna*. Esta por sua vez pode ser calculada pelo *Alfa de Cronbach*.

A estimativa da confiabilidade através do Alfa de Cronbach demonstra o grau em que os itens do questionário estão inter-relacionados. Um alto índice de confiabilidade torna mais provável a descoberta de relacionamentos entre variáveis realmente relacionadas, enquanto que a baixa confiabilidade leva a um grau de incerteza nas conclusões, ou seja, apenas as grandes diferenças de opiniões são detectadas. Quando as diferenças são pequenas, não é possível identificar se a diferença é real ou devido a algum erro existente na formulação ou entendimento da questão (Hayes, 2001).

A fórmula do Alfa de Cronbach é:

$$\alpha = \frac{n}{(n - 1) \times (1 - \sum s_i^2 / s_t^2)}$$

Onde: n = número de itens do questionário;

s_i = variâncias de cada item;

s_t = variância total.

O Alfa de Cronbach pode variar de 0 a 1, onde 1 demonstra presença de consistência interna de 100% e zero significa a ausência total de consistência entre os itens.

Na aferição da validade interna da escala (Inventário de Estratégias de *Coping*, de *Folkman e Lazarus* (1985), adaptado por *Savóia et al.* (1996)), observou-se que este instrumento apresenta uma aceitável coerência interna, uma vez que apresentou um $\alpha = 0,767$. Isto indica uma razoável consistência interna da escala. Aferimos tal consistência pelo coeficiente Alpha de Cronbach, calculado para os itens em sua totalidade.

Considera-se que valores de Alpha superiores a 0,7 são suficientes para garantir a confiabilidade da escala. Segundo *Pestana e Gageiro* (2005), caso o Alpha seja negativo, há correlações negativas, o que viola o modelo de consistência interna e inviabiliza o seu uso.

Estratégias de Enfrentamento

Do tratamento dos dados coletados através do Inventário de Estratégias de *Coping*, de *Folkman e Lazarus* (1985) obtiveram-se as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos filhos dos pacientes em UTI. Após a soma dos itens: não utiliza, utiliza algumas vezes, utiliza grande parte das vezes e utiliza quase sempre, verificou-se que os participantes recorreram a todas as estratégias em diferentes graus de intensidade. Das oito estratégias existentes, seis alcançaram um percentual acima de 60% de utilização, no entanto, três predominaram: Reavaliação Positiva (97%); Suporte Social (93%) e Resolução de Problemas (77%), conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 01: Estratégias de Enfrentamento mais utilizadas em intensidade

Estratégia	N	%
Reavaliação Positiva	29	97
Suporte Social	28	93
Resolução de Problema	23	77
Fuga e Esquiva	21	70
Autocontrole	19	63
Aceitação da Responsabilidade	18	60
Confronto	7	23
Afastamento	1	3

Fonte: Dados coletados pela autora.

Estes dados corroboram os achados de Oliveira (2004), em uma pesquisa sobre *coping* e UTI. Nesta pesquisa foi verificado que os familiares de pacientes em UTI

utilizavam, predominantemente, estas mesmas estratégias: Reavaliação Positiva (94%); Suporte Social (88%) e Resolução de Problemas (84%).

A “Reavaliação Positiva” é uma estratégia cuja emissão, depende mais de recursos da própria pessoa. Para Savóia (2000), com a finalidade de amenizar a gravidade da situação, o indivíduo busca concentrar-se nos aspectos positivos da mesma, assim a carga emotiva do acontecimento pode ser amenizada.

Considerando a UTI como um ambiente impessoal e que ativa sentimentos de sofrimento e de perda, compreende-se que a família do paciente experimente reações de angústia ante essa condição. É contra esta dor que a família reage. Desta forma, os filhos que foram ao hospital visitar o seu ente querido utilizaram a “Reavaliação Positiva”, como forma de amenizar tal aflição, tão presente no cenário das UTI’s.

Para enfrentar esta situação os filhos se apoiaram, ainda, no “Suporte Social”. Segundo Senna e Antunes (2004), esta estratégia está relacionada a qualquer informação, auxílio material ou afetivo oferecido por grupos ou pessoas mais próximas do paciente e seu familiar. As respostas de “apoio social” encontradas por Folkman e Lazarus (1984) foram agrupadas e incluem os itens, assim sintetizados: “procurei um amigo para pedir conselho”, “falei com alguém sobre como estava”; “conversei com outra pessoa sobre o ...”; “falei com alguém que poderia fazer...”; “aceitei a simpatia e a compreensão”; “procurei ajuda profissional”. Todas estas respostas foram apontadas por nossos participantes e têm um ponto em comum: envolvem outra pessoa na sua emissão. São respostas sociais e implicam em alguma forma de estimulação social.

Conforme aponta Brown (1974), o suporte social pode provavelmente reduzir os riscos de desordens por meio de mecanismos variados, tais como reduzir o impacto do estressor. Os filhos dos pacientes em UTI, após terem sido comunicados sobre o quadro clínico de seus pais podem ficar ansiosos e sentirem a necessidade de falar e desabafar sobre

essa situação. Diante disso, eles procuram alguém de seu convívio para conversar. Isto se refere a um enfrentamento centrado na emoção, pois serve como alívio e regulação do estado afetivo. Essa pessoa, que funciona como um sistema de apoio pode ser envolvido no tratamento e tornar-se um elemento importante, tanto como mais um cuidador do paciente como, também, ser aquela que repassa as informações para o parente que apresenta dificuldade de interpretação devido à ansiedade, depressão ou outro sentimento que prejudique a cognição.

Segundo Nunes (2004), vale ressaltar que o psicólogo hospitalar se torna um elo adequado para trabalhar a minimização desses sentimentos acima citados e a angústia dos familiares dos pacientes, pois este se coloca como um facilitador da relação: família-equipe. Além de viabilizar as informações necessárias entre os diversos elos na unidade (família, paciente e equipe médica), ele favorece o apoio psicológico a esses grupos gerando uma melhora da comunicação entre eles. Além disso, o psicólogo é o profissional que está preparado para escutar a família.

A terceira estratégia mais utilizada foi “Resolução de Problemas”. Na tentativa de lidar com a situação de ter o pai ou a mãe na UTI, os filhos buscaram amenizar a circunstância através de planos de ação. Esta situação faz com que os envolvidos mudem seus hábitos, a fim de permanecerem a maior parte do tempo acompanhando a evolução do tratamento de seu parente no hospital. A partir de um planejamento das ações, as atividades da pessoa ficariam mais organizadas, o que evita desordens futuras no seu cotidiano. Imaginar que tais atividades estão pré-estabelecidas pode reduzir a tensão emocional do indivíduo.

Pode-se notar, ainda, a dificuldade que alguns filhos têm de lidar com essa situação, uma vez que a estratégia “Fuga e Esquiva” também foi utilizada, embora em menor escala. Desejos como: “Espero que um milagre aconteça” e “Desejei que de alguma forma a situação acabasse” foram assinalados. Segundo Fortune et al (2003), o *coping* evitativo tende

a manter a desordem emocional e a utilização de estratégias de evitação, no estudo desses pesquisadores, está associada positivamente a altos escores de ansiedade. Vale salientar, também, que a estratégia de afastamento pode demonstrar a dificuldade que o indivíduo tem de lidar com a possibilidade de morte. Trask et al (2003) denominam como estratégias mal adaptativas os comportamentos de esquiva e fuga e pesquisas realizadas por estes autores apontaram maiores indicadores de sofrimento quando tais estratégias foram adotadas.

A estratégia de “Autocontrole”, também foi muito usada (63%). O item mais assinalado foi: “Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir meu primeiro impulso”. Para Silva, Muller e Bonamigo (2006), a estratégia de autocontrole traduz o esforço que a pessoa faz para regular seus sentimentos (por exemplo: “Tento guardar meus sentimentos para mim mesmo”). Um dos motivos para que alguns filhos utilizem essa estratégia pode ser o fato de não quererem demonstrar desespero diante do paciente, por isso, procuram controlar suas emoções.

De acordo com Oliveira (2004), o *coping*: “Aceitação da responsabilidade” pode apontar sentimentos de culpa e de responsabilidade. Apesar da internação dos pais destes participantes na UTI ter sido em consequência de doenças orgânicas, dezoito filhos se percebiam responsáveis pelo adoecimento e internação de seu pai/mãe. A situação de ter a mãe ou o pai internado em uma UTI pode mobilizar nos filhos os sentimentos de autocritica e de auto-repreensão devido a erros que estes podem ter cometido no passado. Nesse sentido, eles podem realizar ações para reparar os danos enquanto se utilizam da estratégia de “Aceitação da responsabilidade”.

Uma estratégia pouco utilizada nesses participantes foi a de “Confronto” e “Afastamento”. Alguns comportamentos que demonstram o confronto com a situação são: agressividade e impulsividade. Vale salientar que a rotina de uma UTI provoca uma ruptura na relação entre o paciente e sua família, alimentando a ideia de perda iminente. Diante disso,

é provável que os filhos do paciente evitem situações que gerem agressividade, conflitos e tensões se concentrando apenas no que for o melhor para o paciente. No que tange ao coping “Afastamento”, pode-se supor que, apesar de ter o pai ou a mãe internado em uma UTI ser considerado um evento estressor, em geral os filhos desejam permanecer perto deles nesta situação e não recuam, mas enfrentam a circunstância utilizando as estratégias de enfrentamento aqui mencionadas, o que pode justificar o pouco uso da estratégia “Afastamento”.

Correlação significativa entre características dos participantes e alternativas das estratégias de coping

Nesta parte da análise foi usada a correlação de Spearman para estudar a relação entre as características dos participantes (religião, idade, escolaridade, filiação – mãe ou pai internado na UTI) com as questões referentes às diferentes estratégias. O coeficiente de Spearman é um teste não-paramétrico que mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais. Este teste não é sensível a assimetrias na distribuição, nem à presença de outliers, não exigindo que os dados provenham de populações normais. Varia entre -1 e 1 e quanto mais próximo estiver destes extremos, mais intensa será a associação entre as variáveis (Spiegel,1993). A significância adotada foi de 5%.

Diante disso, esta parte do trabalho foi dividida em duas etapas: primeiramente foram cruzadas todas as questões do Inventário (66) com as variáveis selecionadas, a saber: religião, idade, escolaridade, filiação - mãe ou pai internado na UTI. Na segunda etapa selecionaram-se apenas as correlações significativas ($p\text{-value} \leq 0,05$). A seguir estes resultados serão apresentados.

Vale salientar que IEC = Inventário de Estratégias de Coping. Ao lado da sigla encontra-se o número da questão do Inventário.

Quadro 01 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre religião e questões do Inventário de Coping

Variáveis	Resultados
Religião x IEC-51 (Prometi a mim mesmo que as coisas seriam diferentes da próxima vez).	$r_s = -0,412$ $p\text{-value} = 0,024$ Relação significativa negativa

No quadro 01 pode-se perceber que houve uma correlação significativa entre religião e a questão 51 ($p = 0,024$). O $r_s < 0$ indica que os filhos ateus/agnósticos utilizam esta alternativa em grande quantidade. O que não ocorre com os que possuem religião. Segundo Silva e Moreno (2004), os familiares reagem de formas diversas ao processo de adoecimento, de acordo com o entendimento que estes possuem acerca da religião. As pessoas religiosas utilizam de diversos elementos de distintas crenças. Surgem construções da doença enquanto mal espiritual, decorrentes de obrigações não cumpridas, desavenças afetivas, karma ou destino. Diante disso, é a religião que permitirá ao familiar, pelo exercício da fé, a possibilidade da doença e da cura. Das cinco questões relacionadas à Aceitação de Responsabilidade, apenas esta apresentou correlação significativa com a Religião.

Quadro 02 - Coeficientes de Correlação de Spearman entre faixa etária e questões do Inventário de Coping

Variáveis	Resultados
Faixa Etária x IEC-14 (Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos).	$r_s = 0,498$ $p\text{-value} = 0,005$ Relação significativa positiva
Faixa Etária x IEC-31 (Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema).	$r_s = -0,368$ $p\text{-value} = 0,046$ Relação significativa negativa

No referente à correlação entre faixa etária dos filhos e as questões do inventário, percebeu-se que houve uma correlação significativa positiva com a questão 14 ($p = 0,005$). O $r_s > 0$ aponta que a faixa etária que compreende idade maior de 50 anos teve correlação com a alternativa: “Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos”. Segundo Papalia (2006), pessoas de idades diferentes interpretam os problemas de forma distinta e identificam tipos diferentes de soluções como efetivas. Adultos de meia idade, assim como os mais velhos, tendem a utilizar estratégias diferentes das dos adultos mais jovens. Na meia idade, as pessoas direcionam sua preocupação aos eus interiores e, comparadas com pessoas mais jovens, muitas pessoas de meia idade ou mais velhas têm pouco tempo e pouca energia para conversar com amigos. Este item está relacionado à estratégia de “Autocontrole”. Além disso, vale salientar que “guardar os sentimentos para si” pode ser uma forma de poupar o paciente que está internado na UTI.

Houve, também, uma correlação significativa com a questão 31 (Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema, $p = 0,046$) que está relacionada à estratégia “Suporte Social”. O $r_s < 0$ indica que quanto maior for a faixa etária menos é dado este tipo de resposta. De acordo com Papalia (2006), para o adulto jovem o apoio emocional dos amigos pode ajudar a minimizar o estresse ou a angústia.

Quadro 03 - Coeficientes de Correlação de Spearman entre escolaridade e questões do Inventário de Coping

Variáveis	Resultados
Escolaridade x IEC-2 (Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor).	$r_s = 0,416$ $p\text{-value} = 0,022$ Relação significativa positiva
Escolaridade x IEC-25 (Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos).	$r_s = -0,411$ $p\text{-value} = 0,024$ Relação significativa negativa
Escolaridade x IEC-32 (Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema).	$r_s = -0,380$ $p\text{-value} = 0,005$ Relação significativa negativa
Escolaridade x IEC- 61(Preparei-me para o pior).	$r_s = 0,486$ $p\text{-value} = 0,006$ Relação significativa positiva

No quadro 03 pode-se observar que houve uma correlação significativa positiva entre o grau de escolaridade dos filhos e as questões 2 (Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor, $p = 0,022$) e 61 (Preparei-me para o pior, $p = 0,006$). A primeira destas questões está relacionada à estratégia “Resolução de Problemas” e a segunda à “Aceitação da Responsabilidade.” O $r_s > 0$ ressalta a associação entre filhos que possuem o 3º grau completo e estas alternativas.

Ocorreu, ainda, uma correlação significativa negativa com as questões 25 (Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos, $p = 0,024$) e 32 (Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema, $p = 0,005$). O $r_s < 0$ aponta a associação entre filhos com grau de escolaridade menor e tais alternativas. As questões 25 e 32 estão relacionadas à estratégia “Fuga e esquiva”.

Esses resultados indicam que os filhos que possuíam o ensino superior completo apresentaram formas diferenciadas de lidar com esta situação (ter a mãe ou o pai na UTI), comparados com os filhos que tinham um grau de escolaridade menor. Segundo Foss, Vale e Speciali (2005), a educação, representada pelo total de anos de escolaridade, é uma variável que gera diferenças nas estratégias cognitivas empregadas.

Quadro 04 - Coeficientes de Correlação de Spearman entre filiação e questões do Inventário de Coping

Variáveis	Resultados
Filiação x IEC-2 (Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor).	$r_s = 0,380$ $p\text{-value} = 0,038$ Relação significativa positiva
Filiação x IEC-3 (Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair).	$r_s = 0,413$ $p\text{-value} = 0,023$ Relação significativa positiva
Filiação x IEC-12 (Concordei com o fato, aceitei meu destino).	$r_s = 0,409$ $p\text{-value} = 0,025$ Relação significativa positiva
Filiação x IEC-25 (Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos).	$r_s = 0,395$ $p\text{-value} = 0,031$ Relação significativa positiva
Filiação x IEC-27 (Tirei o melhor da situação, o que não era esperado).	$r_s = 0,362$ $p\text{-value} = 0,050$ Relação significativa positiva
Filiação x IEC-34 (Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado).	$r_s = 0,603$ $p\text{-value} < 0,001$ Relação significativa positiva
Filiação x IEC-35 (Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso).	$r_s = 0,630$ $p\text{-value} < 0,001$ Relação significativa positiva
Filiação x IEC-39 (Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final).	$r_s = 0,427$ $p\text{-value} = 0,019$ Relação significativa positiva

No quadro 04 pode-se perceber as questões que apresentaram uma correlação significativa positiva com a variável filiação. Os $r_s > 0$ apontam associação entre filhos que estavam com a mãe internada na UTI e as questões acima citadas. Não houve correlação entre filhos com pai na UTI e questões do inventário. Segundo Mackey (1985), ainda que possam ter acontecido algumas mudanças discretas no papel do pai no decorrer dos anos (ruptura da paternidade tradicional: pai tendo a função de provedor), comparado com a mãe ele continua a ter uma função de menor envolvimento com os filhos. Diante disso, na maior parte das vezes, a mãe ainda possui um maior vínculo afetivo com os filhos, o que pode fazer com que estes

sintam necessidade de lançar mão de um maior número de estratégias de enfrentamento, nesta situação.

Análise de conteúdo das entrevistas

Desta análise foram retiradas cinco categorias temáticas que oferecem uma maior compreensão do processo: 1) Sentimentos mais mobilizados pelos filhos dos pacientes na UTI; 2) Principais preocupações e dificuldades; 3) Como essa situação afetou a rotina de vida do familiar; 4) O que foi possível tirar de positivo dessa situação; 5) Como o filho percebeu o tratamento dispensado pela equipe de saúde do hospital ao paciente e à família.

Sentimentos mais mobilizados pelos filhos dos pacientes na UTI

Segundo Soares (2007), os familiares têm necessidades específicas e apresentam frequências elevadas de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação na UTI. Lucchesi, Macedo e Marco (2008) ressaltam que no início há um momento de choque, de negação, de sensação de desespero, que poderá ser substituído gradativamente por uma capacidade maior de suportar e de lidar com a realidade. Os sentimentos envolvidos neste processo são diversos: há momentos de apreensão, de desespero, de alívio, temor, medo, raiva, exaustão entre outros.

Nesta pesquisa pode-se constatar que os sentimentos que mais sobressaíram foram: sofrimento, medo e susto. Os relatos que se seguem confirmam isso:

E1 – “... Dizer para você o que eu estou sentindo é complicado viu? É muito sofrimento. E, apesar de eu está vendo esta melhora dela, ainda tenho medo...”

E9 – “Dá um medo”.

E10 – “Quando me disseram que mãe tava na UTI eu logo me assustei. Eu fiz: UTI? Porque isso assusta logo, né?”

Vale ressaltar uma questão levantada pela E10: o temor que a UTI provoca em alguns familiares. De acordo com a literatura, socialmente, a UTI é vista negativamente, pela compreensão de que seus pacientes apresentam um quadro de gravidade acompanhado da possibilidade de óbito, o que provoca nas pessoas que visitam, na maioria das vezes, um sentimento de angústia devido à ideia de uma perda iminente (Nunes, 2004).

A falta de informação sobre a rotina de uma UTI faz com que os familiares que vêm visitar seus parentes fiquem apreensivos em relação ao estado em que estes se encontram, ocasionando angústia nos mesmos. Segundo Di Biagi (2002), o psicólogo deve realizar o acompanhamento psicológico a esses familiares, dando condições para que eles expressem os sentimentos vivenciados, dúvidas, fantasias e falsos conceitos sobre a doença ou o espaço.

No período da doença e da internação na UTI, além de alguns sentimentos serem mobilizados, algumas preocupações e dificuldades são comuns de ocorrerem. A seguir, tal temática será abordada.

Principais preocupações e dificuldades

A hospitalização na UTI pode acarretar um desequilíbrio emocional nos familiares do paciente. É muito difícil encontrar pessoas que estejam adequadamente preparados para essa situação. É comum o surgimento de apreensões e inquietações nas famílias. Quando questionados sobre as maiores preocupações e dificuldades referentes ao internamento em UTI de seu pai/mãe, alguns filhos responderam:

E1 – “De ela vir a óbito. Qualquer pessoa em meu lugar teria este medo”.

E6 – “A gente fica preocupado é que pai morra... De chegar na visita e ele ta falecido. Misericórdia! Eu jamais iria acreditar que ele morreu”.

O medo da morte suplanta outros tipos de preocupação para a maior parte dos filhos, porém, alguns apresentam preocupações com a qualidade de vida que seus pais poderão ter, caso sobrevivam. É o caso de um dos participantes:

E2 – “Meu maior medo são as sequelas que ela pode ter, caso ela consiga sair daqui. Que ela viva vegetando. Penso muito nisso. É isso que me preocupa”.

Segundo Nieweglowski e Moré (2008), as famílias que possuem um membro em uma UTI, além de estarem expostas a diversos estressores, são constantemente provocadas a refletir sobre a morte. Foi observado, porém, que os filhos apresentaram uma fala sucinta sobre este tema. Isto vai ao encontro dos achados da pesquisa de Urizzi e Corrêa (2007). Estes pesquisadores ressaltaram que em sua amostra não houve quem expressasse com mais detalhes a sua vivência relacionada à possibilidade de morte de seu parente, o que, no contexto da UTI, se apresenta de forma mais concreta. Configura-se, assim, a dificuldade de falar sobre a morte, considerando que esta é uma condição inerente a todo ser humano.

Segundo Kovács (1992) existe um mito, responsável por um dos grandes medos do século atual: a crença de que o processo da morte é sempre acompanhado de sofrimento. Ainda segundo essa autora, ao tomar conhecimento de certos diagnósticos pode surgir, na família, o luto antecipatório. De acordo com Franco (2010), Lindemann, em 1944, foi quem primeiro falou sobre este tipo de luto, a partir da experiência das esposas dos soldados convocados para o campo de batalha. Vale ressaltar que o que permitirá a elaboração do luto será a resignificação, a transformação da relação com o objeto perdido (Franco & Mazorra, 2007).

Pode-se perceber que, apesar de os pacientes estarem no fim do ciclo vital, ainda assim, seus filhos se angustiaram ao pensar na possibilidade de eles estarem vivenciando a situação de finitude.

Outras preocupações apontadas nas entrevistas foram: o tempo curto da visita e a assistência prestada pela equipe. A esse respeito as entrevistas mostram:

E7 – “A gente já tá acostumado a tá com ele direto e aqui a gente não cuida, são outras pessoas, aí dá aquela preocupação. E a visita é muito rápida, isso é muito ruim. A gente quer ficar mais tempo, dá aquela vontade de dormir com ele, mas não pode”.

E8 – “... Ele fica muito tempo lá sozinho, sem a gente. Isso também é muito ruim e preocupa a gente, sabia? Bom é quando a gente pode cuidar dele também”.

De acordo com Nunes (2004), muitos familiares se angustiam ao saber que seus parentes estão sozinhos, sem alguém para cuidar, dar carinho, para conversar. Molter (1979) ressalta que a necessidade de ver o paciente repetidas vezes ou vê-lo quando sentir vontade pode ser uma forma que a família tem de reconstruir o vínculo quebrado com seu familiar. Isso pode ser analisado como meio de suprir a angústia da falta de controle que existe quando o paciente está longe de seu campo de visão. Segundo Urizzi e Corrêa (2007), a família deseja acompanhar e permanecer junto ao familiar, o que pode revelar que, muitas vezes, não são apenas as informações objetivas, relativas ao quadro clínico e à evolução o que, predominantemente, interessa, o que não significa negar sua relevância, mas a família quer mais do que o “dar informações”: ela quer ser acolhida. Ela quer ser considerada em seu sofrimento e ser atendida em suas necessidades, quer seja saber alguma informação ou estar mais presente durante o tratamento.

A seguir será apresentada outra preocupação apontada pelos filhos dos pacientes: o temor referente aos cuidados que seu pai/mãe recebe:

E9 – “A gente também fica pensando como está sendo a atenção dada a ele lá dentro, já que a gente não pode ficar o tempo todo lá. Quando está internado em um apartamento a gente pode monitorar mais o cuidado. Mas em UTI não. A visita dura meia hora e pronto”.

Para Guimaro (2003) é comum a ansiedade dos familiares devido à falta de adaptação ao tratamento ou desconfiança em relação à equipe médica. Por isso o ideal é que exista uma comunicação aberta entre essa família, o psicólogo e a equipe técnica que acompanha o paciente. Segundo Nunes (2004) é importante a presença do psicólogo hospitalar, porque ele pode ajudar o paciente a entender melhor a situação em que se encontra, orientando-o e explicando a sua real situação de forma que não abale seu estado emocional, evitando que seu problema se agrave.

Como essa situação afetou a rotina de vida do familiar

Segundo Lucchesi, Macedo e Marco (2008) e Romano (1999), a família pode ser compreendida como um sistema, aonde cada membro exerce uma função e possibilita a existência de uma dinâmica que tem seu próprio funcionamento. No entanto, quando um dos membros da família adoece e, principalmente, quando é internado na UTI, estes fatos desencadeiam um desequilíbrio neste sistema havendo uma quebra da rotina. Alguns dos filhos que foram entrevistados, quando questionados sobre se houve mudança na rotina de vida após a internação de seu pai/mãe na UTI, afirmaram:

E1 – “O que mudou é que minha casa não está mais arrumada como antes porque eu quero estar aqui de manhã e de noite... Fico doidinha para vir logo ao hospital para saber dela, por isso minha casa está de cabeça para baixo e antes disso acontecer eu me preocupava mais com a casa”.

E2 – “Eu posso dizer que tudo isso é uma tsunami. Eu sou uma pessoa muito sociável entendeu? Saía com meus amigos, não sou casada e nem tenho filhos, saía muito. Agora não. Venho aqui duas vezes ao dia e faço questão... Mudou tudo. Tudo mesmo. E agora ela é meu bebê. Estou cuidando do meu bebê que depende de mim para tudo”.

E3 – “Mudou tudo né? Quando o telefone toca a gente fica logo meio que assustado, a cabeça fica a mil. Eu não consigo fazer mais nada na minha vida, nada mesmo. Só pensando em mãe”.

E8 – “Ah! Mudou muito. Inclusive eu até pedi licença no trabalho... A gente acaba perdendo um pouco do contato com o mundo, porque a gente fica concentrada aqui... Eu deixei de ir ao bar como ia com frequência, parei o convívio familiar, pois a gente sempre ia para a casa um do outro, parei o trabalho, como falei, pois eu quero ficar aqui no hospital. Se eu sair é pior, eu tenho que ficar aqui perto dele sabe?... Quando chega em casa você pensa logo: Tem que voltar ao hospital. Então, é meio estressante viu?”

E10 – “... Eu tava cheia de coisa para resolver, mas não consegui fazer nada. Meu marido que ta resolvendo as coisas. Conta pra pagar, dinheiro pra receber. Tudo ta com ele... Eu estou como se fosse cristalizada. Não faço nada em casa, quem ta fazendo é minha menina. Eu parei mesmo”.

Através das falas dos participantes pode-se perceber que eles querem ficar a maior parte do tempo no hospital. É como se houvesse uma inversão de papéis, uma vez que eles passam a ver seu pai/mãe como bebês. Diante disso, os filhos se cobram quando não podem estar lá. Constatou-se, ainda, a falta de motivação para realizarem atividades rotineiras como cuidar de suas casas. Quando eles têm um cônjuge ou filhos estes ficam responsáveis pela casa e pelas atividades do dia a dia, o que evidencia a troca de funções dos membros dessa família. Além disso, os participantes mencionaram que durante o período de internação de seu familiar a vida social deles acaba e a vida profissional também fica comprometida (pode-se perceber um caso de licença no trabalho). Uma frase utilizada por um entrevistado reflete bem a sensação destes filhos: “se sentem cristalizados”. É como se o tempo parasse à espera da recuperação ou morte do ente querido; enquanto não se define a situação eles ficam quase paralisados, vivem em função da doença dos pais. Ficam, também, em permanente estado de alerta na expectativa de receberem alguma notícia do hospital informando sobre o estado do paciente. Tudo isso corrobora o que diz a literatura: Oliveira, Almeida, Araújo e Galvão (2005) ressaltam que a hospitalização em uma UTI ocasiona um clima de expectativa e angústia provocando interferência no ritmo de vida do familiar do paciente. A situação de

internação de um familiar próximo pode comprometer a vida social, profissional e familiar. Isso pode contribuir para que o parente se torne mais sensível, exigente, deprimido e/ou angustiado.

Para Bousso e Angelo (2001), nesta fase, passa a ser essencial a ajuda que a família recebe de outros parentes, amigos e outras famílias. Inclusive as famílias que estão lidando com experiências semelhantes, desenvolvem relacionamentos significativos nas salas de espera da UTI. Os familiares escutam as mesmas histórias contadas por outras famílias; por vezes deparando-se com outros padrões históricos, culturais, éticos e religiosos que os ajudam a refletir o que estão passando e a criarem novas estratégias para lidar com a situação de forma que sua rotina de vida não seja tão abalada.

O que foi possível tirar de positivo dessa situação

No decorrer deste trabalho pode-se constatar como o fato de ter o pai ou a mãe em uma UTI proporciona preocupação, sofrimento e angústia ao filho. No entanto, com o intuito de amenizar a carga emotiva desta situação, é provável que alguns filhos procurem reestruturar tal acontecimento. Eles podem fazer isso através da buscas de aspectos positivos da circunstância. Alguns dos filhos que foram entrevistados, quando questionados sobre essa temática, responderam:

E1 – “... Acho que isso está me fazendo ser uma filha melhor... E estou rezando mais, confiando mais em Deus, né? Minha fé está forte”.

E6 – “Sem dúvida. A gente aprende que a gente não é nada. Nada somos. Nada, nada, nada. Quem pensa que é alguma coisa, tá muito enganado. Eu venho aprendendo muito... A gente cresce como gente e não se apega tanto às coisas materiais”.

E8 – “... É como se o respeito sobressaísse mais nesse momento... Mas sempre o respeitei, mas eu diria que hoje o respeito aumentou, sabe?... Também faz com que a gente trabalhe nossa paciência, porque é uma melhora gradativa que ele vem apresentando e quem não tiver paciência, não agüenta”.

E9 – “... a gente cresce como pessoa, como ser humano. Vemos que não somos nada. E, no meu caso, serve para eu crescer no âmbito profissional, porque eu sou enfermeira e vendo pai assim, vou me tornando uma profissional mais humana para quando for cuidar de algum paciente”.

Diante dessas falas fica evidenciado o que esses participantes tiram de positivo dessa situação: o que se destaca é um aumento da espiritualidade e da fé, quase uma experiência mística, alguns mencionam que se tornaram filhos melhores; afirmam, também, que se tornaram “mais humanos”; é um momento em que se adquire mais paciência e há uma chance de se ter um crescimento pessoal.

Estes achados corroboram o que se encontra na literatura. Segundo Bousso e Angelo (2001), a espera vivida pela família durante este processo de internamento na UTI não é passiva. A família não fica simplesmente aguardando uma morte, mas costuma buscar caminhos e elabora estratégias durante esta situação. Quando isso não acontece é relevante oferecer à família essas formas, essas lentes ou outros olhares possíveis para ajudá-la a viver essa experiência

Pinho e Santos (2008) ressaltam que o adoecimento nessas condições (de UTI) proporciona uma experiência positiva para pacientes e familiares, que começam a valorizar pequenos sinais ligados à valorização da vida religiosa e do crescimento pessoal, antes talvez não tão importante para os mesmos. Isso pôde ser observado nas falas dos participantes, uma vez que eles destacaram novas aprendizagens do tipo: não se apegar tanto às coisas materiais. O que proporciona, segundo eles, o desenvolvimento pessoal e até profissional.

A respeito da afirmação de alguns participantes de que esta experiência está possibilitando que eles se tornem filhos melhores, Kovács (1992) diz que, neste contexto de doença e de UTI, é muito freqüente a culpa e a tentativa de reparação nos familiares dos pacientes.

No que tange ao fator “crescimento espiritual” Lima e Rosa (2008) chamam a atenção para o fato de que o sofrimento é, muitas vezes, transformado em atitude positiva diante do medo da morte e da UTI, transcendendo na fé em Deus. Há a consciência, até o último instante, de que a sua fé é que lhe dá força e esperança, sendo esta, o último sentido. A crença na religião é vista como salvação do seu familiar e as práticas religiosas trazem paz e esperança para reverter a situação.

Diante do que foi exposto, vale salientar a importância da presença de um psicólogo que avalie e identifique, entre os membros da família, aquele que demonstra apresentar recursos internos positivos mais preservados, uma vez que esta pessoa poderá ser um elo facilitador da relação entre equipe e família.

Como o filho percebeu o tratamento dispensado pela equipe de saúde do hospital ao paciente e à família

O tipo de tratamento dispensado pela equipe de saúde à família é fundamental, principalmente em familiares de pacientes críticos. A ansiedade, o desconforto e a insegurança sentida pelos familiares podem ser maximizados quando tal tratamento está comprometido. Sobre a equipe do hospital, dizem os entrevistados:

E2 – “... Tem médicos ótimos... Eles vão além do ser médico. Eles são doces e isso ajuda qualquer família... A equipe é muito boa e explicam muito bem o diagnóstico”.

E5 – “O tratamento não podia ser melhor não... Olha, melhor do que esse tratamento aqui, só se for outro S.T. porque aqui tem um excelente tratamento. Este Hospital é um modelo, eu acho”.

E6 – “Por enquanto não tenho crítica não viu?... Para começar P., o dono se dispôs até a ver meu pai e a perguntar pra gente o que tava faltando, se tem alguma coisa errada... E tudo aqui é bom mesmo; limpeza, refeitório, equipe. Todo mundo educado”.

E8 – “Todos que vem cuidando de papai tratam tão bem dele. Todos têm paciência. Tem uma, que é fisioterapeuta que tira brincadeira com ele, que quando

termina os procedimentos pára para conversar com ele... Então, são profissionais que têm um modo além, porque eles não vêem o paciente, vê a pessoa... É bom a gente notar que o hospital tem profissionais e pessoas que conseguem ver o lado humano e não só aquele paciente que é um número... Ele ta com o emocional muito abalado e é bom ter uma equipe humana. E aqui tem”.

Nas falas acima citadas pode-se perceber a satisfação dos filhos dos pacientes em relação ao tratamento da equipe a eles dispensados, principalmente ao fato de compreenderem a explicação que a equipe transmite sobre o diagnóstico do paciente. Estes achados contrariam algumas pesquisas: Wallau et al (2006) ao avaliar a qualidade de atendimento prestada em uma Unidade de Terapia Intensiva, verificou que os visitantes declararam insatisfação com as informações médicas e Kirchhoff, Walker, Hutton, Spuhler, Cole e Clemmer (2002) constatarem em seu estudo a falta de comunicação entre equipe e família e a falta de explicações mais detalhadas sobre o quadro do paciente. Diante disso, eles sofriam com a incerteza do prognóstico.

Vale ressaltar que toda a coleta de nossa pesquisa foi realizada em um único hospital e o mesmo se caracteriza como um Hospital/UTI. É possível que, por ter uma estrutura voltada apenas para este tipo de atendimento, ofereça maiores condições para a satisfação dos familiares dos pacientes. Portanto, não se pretende generalizar os resultados aqui encontrados, mas, ainda assim, podemos dizer que estes servem para apontar a importância da humanização nos hospitais.

Vale advertir que uma comunicação eficiente entre família e equipe previne conflitos, dúvidas e angústias nos parentes e resulta em maiores satisfação e percepção da qualidade da assistência prestada ao paciente na UTI.

Segundo Soares (2007), o processo de comunicação é a pedra angular do cuidado dos familiares. Uma das tarefas mais importantes de um intensivista é fornecer, de modo apropriado, informações claras e realistas, mas também solidárias. Isto também pode ser evidenciado nas falas dos participantes, uma vez que estes ressaltaram que a equipe do

hospital é uma equipe “humana” advertindo, ainda, que isso é uma característica que ultrapassa os serviços médicos. É como se fosse pouco comum encontrar alguém que valorizasse a subjetividade do paciente. Pesquisas confirmam isso: Morgon e Guirardello (2004) objetivaram validar a escala de necessidades de familiares em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Uma das necessidades julgadas com maior grau de importância pelos familiares foi: sentir que o pessoal do hospital (UTI) se interessa pelo paciente. Bettinelli, Rosa e Erdmann (2007), ao entrevistarem familiares de pacientes em UTI, perceberam que além da pouca orientação, houve pouca disponibilidade ou acolhimento. Diante disso, os hospitais devem atentar para estas questões.

Considerações Finais

Este estudo teve por objetivo compreender a experiência de filhos que possuem a mãe ou o pai internado em uma UTI e as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes nesta situação.

Embora os participantes tenham usado todas as estratégias de enfrentamento, as que predominaram foram: Reavaliação Positiva (97%); Suporte Social (93%) e Resolução de Problemas (77%). Isto aponta que eles estão lidando com a situação buscando reagir e reorganizar-se, pois estas estratégias tendem a reduzir a aflição, os riscos de desordens e tensões emocionais.

A correlação entre as variáveis: Religião, Faixa Etária, Escolaridade e Filiação com as questões do Inventário de Coping mostraram:

Relação significativa negativa entre a variável Religião e a questão 51: “Prometer a si mesmo que as coisas serão diferentes na próxima vez”. Isto indica que filhos que possuem religião utilizam mais de componentes espirituais diante de situações extremas, o que pode lhes trazer mais conforto e resignação frente ao sofrimento a ser enfrentado.

Constatou-se também a correlação positiva entre faixa etária maior de 50 anos e a questão 14: “Procurei guardar para mim mesmo os meus sentimentos”. Estes achados corroboram o que aponta a literatura, uma vez que esta ressalta que com o passar dos anos as pessoas tendem a se tornar mais introspectivas, guardando para si suas preocupações. Diante disso, é importante que profissionais, que lidam com essa população, ofereçam apoio para evitar que ela passe por situações estressantes que venham a comprometer, também, a sua saúde.

Houve, também, correlação significativa positiva entre o maior nível de escolaridade e a questão 2, “Analisar melhor o problema” indicando que o grau de instrução influencia na maneira de interpretar e perceber uma situação. Diante disso, concluímos que quanto mais baixo for o nível de escolaridade mais estas pessoas necessitarão de apoio por parte da equipe de saúde.

Observou-se, ainda, que houve correlação significativa positiva entre Filiação e as questões 2, 3, 12, 25, 27, 34, 35 e 39 do inventário. Porém, todas as correlações se deram entre os filhos que tinham a mãe e não o pai, internadas na UTI, o que indica que quando a mãe é o familiar que está internado os filhos necessitam lançar mão de um maior número de estratégias de enfrentamento. Como já dissemos isto pode se dever ao estabelecimento mais forte de vínculos mãe x filho/a existentes em nossa sociedade.

Apesar de ter sido encontrada correlação significativa entre essas variáveis e as questões citadas, não é possível afirmar que essa correlação exista, quer seja positiva ou negativa, entre as variáveis analisadas e as estratégias de coping que estas questões representam. Isto porque cada estratégia é avaliada através de mais de um item e, no caso dessa pesquisa, apenas uma questão em cada estratégia alcançou correlação significativa com alguma dessas variáveis.

Os sentimentos que prevaleceram nas entrevistas foram: sofrimento, preocupação, medo e susto, provavelmente, baseados na interpretação de que a UTI está ligada à situação de perda iminente.

No que se refere às maiores preocupações foi enfatizada a angústia que os filhos sentem devido ao curto tempo de visita (três vezes ao dia com duração de trinta minutos cada uma). Eles desejam permanecer mais tempo com seu genitor (a) por desconfiarem do tratamento que a equipe médica dispensa a estes. Diante disso, é sugerido que a equipe, e/ou profissionais como psicólogos, enfoque sua orientação à família visando o esclarecimento quanto a determinadas condutas e rotinas da UTI, como o porquê da necessidade do escasso tempo de visita, ressaltando, ainda, o comprometimento da equipe para com o paciente. Isso poderia oferecer mais tranquilidade aos familiares. Seria pertinente que fossem oferecidas condições para que eles expressassem suas fantasias e falsos conceitos sobre a UTI para que houvesse a condição de desmistificar a ideia que muitos familiares têm sobre este espaço.

No que tange à mudança da rotina na vida desses familiares constatou-se que os filhos perdem a motivação de realizar suas tarefas diárias e que as funções antes exercidas por eles são delegadas para outros parentes. Por conta dessa situação propõe-se que ao acolher os filhos e familiares dos pacientes, fosse criada a oportunidade deles dialogarem sobre esta experiência que estão vivenciando. Tal intervenção poderia ser realizada com grupos de famílias, nos quais um psicólogo seria o mediador, a fim de que eles, juntos, construíssem possibilidades de reverter esta condição e voltassem, gradativamente, a se motivar a realizar suas atividades corriqueiras, uma vez que estas poderiam servir de estratégias para lidar com a situação.

Outra questão relevante observada nesta pesquisa foi que os participantes reestruturaram, de forma positiva, o fato de ter seu genitor (a) na UTI: eles passam a valorizar coisas que antes não se davam conta: o crescimento pessoal, espiritual e profissional. Assim

sendo, considera-se que este é um dado importante que pode ser usado pelos profissionais de saúde para incentivar filhos e, mesmo outros parentes, que se encontram mais fragilizados, o uso desta estratégia: a reavaliação positiva da situação.

Por fim, ficou evidenciado, ainda, a importância de um tratamento humanizado e profissionais da área de saúde preparados para ver o paciente e sua família como indivíduos, focando mais na pessoa, mesmo sem esquecer a doença.

Evidencia-se a necessidade da criação de um espaço para que os profissionais desta área possam trocar experiências, dificuldades e sentimentos despertados a partir do trabalho na UTI. Tal prática poderia ser o início de processos significativos na busca da construção de cuidados mais humanos.

Vale ressaltar que o processo de humanização já ocorre em alguns hospitais no Brasil. Bergamini (2008) buscou analisar o processo de humanização na assistência promovida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Instituto de Coração do Distrito Federal (INCOR-DF), na percepção dos profissionais de saúde e clientes. Foi verificado que, para os clientes, a competência técnica, a atenção e o carinho dispensados pelos profissionais da UTI ajudaram a superar e aceitar o cuidado, sentindo-se acolhidos, gratificados e seguros com o atendimento recebido no período de internação. Na avaliação dos profissionais de saúde, estes consideraram que prestam uma atenção integral e humanizada, devido à disponibilidade de condições adequadas de trabalho. Ao mesmo tempo, ressaltam a utilização da comunicação, o toque, o acolhimento, a participação da família e as condições de trabalho para a ampliação do cuidado. Os resultados também revelaram que o atendimento humanizado, na percepção dos clientes, está na utilização adequada das tecnologias disponíveis, com a valorização dos recursos materiais, a competência técnico-científica e a qualidade da relação existente entre profissionais e clientes dentro da UTI. Os resultados indicam que, na UTI do INCOR-DF, há

uma preocupação com a qualidade do atendimento e com a promoção de uma assistência humanizada junto aos clientes.

Diante disso, percebe-se que é possível acolher os familiares que ficam descompensados ao se depararem com uma situação e ambiente que, na maioria das vezes, não compreendem e que o percebem como agressivo e traumatizante. Por isso sempre serão válidos programas desta natureza.

Referências

Andrade, M.A.(2003). *Introdução à metodologia do trabalho científico*. (6ª ed.) São Paulo: Saraiva.

Bergamini, A. C. A. G. (2008). *Humanização em uma UTI-adulto no Distrito Federal*. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Recuperado em 02 janeiro 2011 de <http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/2419>.

Bettinelli, L.A., Rosa, J. & Erdmann, A.L. (2007). Internação em unidade de terapia intensiva: experiências familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 28 (3): 377-84 Recuperado em 24 janeiro 2010 de <http://www6.ufrgs.br/seermigrando/ojs/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4688/2595>

Bouso, R.S & Angelo, M. (2001). Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 35 n 2 Jun. Recuperado em 17 julho 2010 de

Brown, G,W. (1974). Meaning, Measurement, and stress of life events.In. Dohrevend, B.S.; Dohrevend, B.P.. *Stressful life events: Their Nature and Effects*. New York, 217-243,1974.

Cerqueira, R.S.A.R. (2000). O conceito e metodologia de coping: existe consenso e necessidade? In: R.R. Kerbauy (Eds), *Sobre o comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (pp. 279-289). São Paulo, Ayrbytes.

Di Biagi, T.M. (2002). *A atuação do psicólogo hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva-Adulto* Recuperado em 24 janeiro 2010 de [www//www.alapso.org/boletin/teraointensivabrasildic2002.htm](http://www.alapso.org/boletin/teraointensivabrasildic2002.htm).

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York. Springer.

Fortune, D.; Richards, H.; Kirby, B. McElhone, K. & Rogers, S. (2003). Psychological diestresse impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Arch Dermatol*. 139:752-6.b

- Fos, M.P.; Vale, F.A.C; Speciali, J.C. (2005). Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos. *Arq Neuropsiquiatr.* 63(1):119-126 Recuperado em 20 janeiro 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n1/23610.pdf>
- Franco, M.H.P.; Mazorra, L. (2007). Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. *Estud. Psicol.* (Campinas) vol.24 no.4 Campinas Out./Dec. Recuperado em 25 janeiro 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Franco, M.H.P. (2010). Por que estudar o luto na atualidade? Em M.H.P Franco (Org.), *Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade.* (pp. 17-42). São Paulo: Summus.
- Guimaro, M.S. (2003). Grupos familiares no hospital geral. Recuperado em 24 janeiro 2010 de www.einstein.br/psicologia/Geral/pdf/GRUPOS%20de%20familiares%20-%20Melissa.pdf.
- Hayes, B. E. (2001). *Medindo a satisfação do cliente.* Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Ismael, S.M.C. (2004). A família do paciente em UTI. Em J.M. Filho & M. Burd (Org.), *Doença e família.* (pp. 251-257). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kirchhoff, K.T., Walker, L., Hutton, A., Spuhler, V., Cole, B.V., & Clemmer, T. (2002). The vortex: families' experiences with death in the intensive care unit. *Am J Crit Care*; 11 (3): 200-9, May. Recuperado em 07 fevereiro 2010 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=12022483&indexSearch=ID>
- Kohlsdorf, M. & Costa Junior, A.L. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia I Campinas* 25 (3) 417-429 julho-setembro.
- Kóvacs, M.J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano.* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lamosa, B.W.R. (1990). As peculiaridades da atenção psicológica dispensada em unidades hospitalares de cardiologia. In. B.W.R. Lamosa (Org.). *Psicologia aplicada à cardiologia.* São Paulo: Byk Fundo Ed.
- Lima, A.B., & Rosa, D.O.S. (2008). O sentido de vida do familiar do paciente crítico. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo. Vol. 42 n 3, Set. Recuperado em 24 julho 2009 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=493371&indexSearch=ID>
- Lucchesi, F., Macedo, P.C.M. & Marco, M.A.D. (2008). Saúde mental na unidade de terapia intensiva. *Rev. SBPH* n. 1 Rio de Janeiro. Jun.
- Mackey, W. C. (1985). *Fathering behaviors: The dynamics of the man-child bond.* New York: Plenum.
- Minayo, M.C.S. (1999). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* (6ª ed.) São Paulo: Abrasco.
- Molter, N.C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*, v. 8, Mar-Apr, p.332-339.

Morgon, F.H.M., & Guirardello, E.B. (2004). Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino Ame. Enfermagem*. Ribeirão Preto Vol. 12 n 2, Mar/Abr. Recuperado em 03 janeiro 2010 de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692004000200008&scriptpt>

Nieweglowski, V.H., & Moré, C.L.O.O. (2008). Comunicação equipe família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. *Estud. Psicol. Campinas*. Vol 25 n 1, Jan/Mar. Recuperado em 03 janeiro 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2008000100011&script=sci_arttext&tlng=e

Norberg, A. L. Lindbland, F. & Boman, K.K. (2005). Coping strategies in parents of children with cancer. *Social Science & Medicine*, 60 (5), 965-975.

Noyes, J. (1999). The impact of knowing your child is critically ill: a qualitative study of mother's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 427-435.

Nunes, M.A.A., (2004). A ansiedade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Travessia*. Ano 6 n 1 p. 209-220, Dez.

Oliveira, J. F. (2004). *Estratégias de enfrentamento (coping) dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva*. Recuperado em 2 janeiro, 2009, de http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/45_Jennifer_d_e_Fran%E7a_Oliveira.pdf.

Oliveira, M.M.C; Almeida, C.B. & Galvão, M.T.G. (2005). Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém nascido internado em uma unidade neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol.39 n 4 Dez. Recuperado em 17 julho 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/08.pdf>

Osório, L.C. (1996). *Família hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Papalia, D.E. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Bueno, D. (Trad). 8.ed. – Porto Alegre: Artmed.

Pestana, M.H; Gageiro, J.N. (2005). Análise de dados para ciências sociais: a completariedade do SPSS. 4ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Pinho, L.B., & Santos, M.A. (2008). Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo. vol.42, n 1, Mar. Recuperado em 24 julho, 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/09.pdf>

Rodrigues, M.A., Rosa, J., Moura, M.J. & Baptista (2000). Ajustamento emocional, estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 61-68.

Romano, B.W. (1999) *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Romano, B.W. (1997) A família e o adoecer durante a hospitalização. *Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo* (Vol. 5 pp. 58-62).

Savóia, M.G., Santana, P.R., & Mejias, N.P. (1996). Adaptação do Inventário de estratégias de coping de Folman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, v. 7 (1/2), p. 183-201, 1996.

Savóia, M.G. (2000). Instrumentos para avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping) em situações de estresse. In: C. Gorenstein; L.H. & A.W. Zuardi. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos-Editorial. 2000.

Senna, D.M. & Antunes, E.H. (2004). Abordagem da família: a criança, o adolescente e o idoso no contexto de família. *Manual de condutas médicas*. Recuperado em 24 janeiro 2010 de www.ids-saude.org.br/medicina.

Silva, M.P.J. (2000). Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: E.A. Cintra, V.M. Nishide, & W.A. Nunes (Orgs.). *Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico*. São Paulo: Atheneu.

Silva, L; Moreno, V. (2004). A Religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. *Maringá*. V. 3, n. 2, p. 161-168, mai/ago. Recuperado em 20 janeiro 2011 de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5421/3474>

Silva, J.D.T; Muller, M.C. & Bonamigo, R.R. (2006). Estratégias de Coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *An Bras Dermatol*. Vol. 81 n 2 Fev.

Soares, M. (2007). Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol. 19 n. 4 Out-Dez. Recuperado em 24 janeiro 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Spiegel, Sidney. (1993). *Estatística não paramétrica*. São Paulo: Editora Macgraw-Hill do Brasil.

Trask, P.C.; Paterson, A.G.; Trask, C.L.; Bares, C.B.; Birt, J. & Maan, C. (2003). Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: associations with coping, social support and family function. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20 (1), 36-47.

Urizzi, F., & Corrêa, A.K. (2007). Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. *Rev. Lat.Amer. Enfermagem*. Ribeirão Preto. Vol. 15 n 4 Jul/Ago. Recuperado em 24 janeiro 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Wallau, R.A., Guimarães, H.P., Falcão, L.F.R., Lopes, R.D., Leal, P.H.R., Senna, R.G.A., Machado, F.R., & Amaral, J.L.G. (2006). Qualidade e humanização do atendimento em medicina intensiva. Qual a visão dos familiares? *Rev. Brasileira Terapia Intensiva*. Vol. 18 n 1. Jan/Mar. Recuperado em 24 janeiro 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n1/a09v18n1.pdf>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação procurou investigar o que significa para um filho estar com a mãe ou o pai internado em uma UTI e as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles durante esta situação. Ela foi composta por dois artigos: um de caráter bibliográfico e outro empírico. O primeiro tomou para investigação as seguintes bases de dados: PsycInfo, Bireme e Scielo. Foram coletadas nove pesquisas nacionais e dez internacionais.

Quanto às pesquisas internacionais evidenciou-se que o método mais utilizado é o quantitativo. Escalas, questionários e inventários foram os instrumentos mais empregados.

As temáticas mais abordadas nestas pesquisas foram: avaliação do nível de depressão, ansiedade e estresse pós traumático. Os estudos que investigaram estes temas constataram que existe a prevalência destes transtornos em grande parte dos familiares de pacientes em UTI, o que aponta à necessidade de apoio psicológico a estes. Além disso, cabe a equipe identificar os obstáculos psicológicos que podem limitar a família no referente às tomadas de decisões no tratamento do paciente que está internado nesta unidade. Esta questão também faz parte das conclusões de tais estudos.

Outra questão encontrada nas pesquisas internacionais foram estudos que averiguaram o grau de satisfação desses familiares para com o hospital e com a equipe médica da UTI. Os achados mostraram a necessidade de uma melhor comunicação entre equipe e família e melhorias no ambiente da sala de espera do hospital. Ficou evidenciada, ainda, a satisfação das famílias que receberam folhetos informativos a respeito de informações sobre o que é uma UTI. Tais questões servem de alerta à equipe de saúde e hospital a fim de que a família do paciente seja mais considerada e acolhida.

Ainda no referente aos estudos internacionais, constataram-se pesquisas que investigaram a experiência de pais que tem filhos em UTIN. Estes abordaram, especificamente, as percepções e sentimentos de pais sobre a experiência de dor dos filhos. Os

pais ressaltaram os procedimentos médicos como a principal fonte de dor dos bebês. Tais pesquisas advertem para a necessidade de intervenções práticas que corrijam alguns equívocos que os pais têm relacionados ao tratamento médico dos filhos que estão na UTIN.

Pode-se perceber, ainda, que, enquanto os estudos internacionais privilegiam os instrumentos quantitativos, os nacionais utilizam o método qualitativo. Os instrumentos mais utilizados, nesses últimos, foram: entrevistas e observações.

Quanto às temáticas observaram-se estudos que investigaram a qualidade do atendimento e da comunicação entre equipe e família. Constatou-se insatisfação com as informações médicas prestadas e os familiares consideraram como uma fonte de estresse, obter informações a respeito da saúde do paciente através de vários médicos plantonistas.

Nos estudos nacionais também foram avaliadas as principais reações que afloram nas famílias durante a internação do parente na UTI. Frustração, nervosismo, medo, culpa, tristeza e preocupação foram os mais citados. O que também ressalta a importância dos serviços do psicólogo hospitalar junto à esta população.

Também foram encontrados estudos com pais de bebês que se encontram em UTIN. Percebeu-se que a preocupação do pai se aproxima dos experienciados pela mãe. No entanto, vale ressaltar que estes achados não devem ser generalizados, uma vez que há poucos estudos sobre esta temática e poucos participantes nas pesquisas (doze em uma pesquisa e cinco em outra).

Constatou-se, ainda, que houve um estudo nacional que avaliou a validação de uma Escala de Necessidades do Familiar do Paciente em UTI. Esta pesquisa foi quantitativa, método pouco utilizado nas pesquisas nacionais. Evidenciaram-se as principais necessidades, a saber: sentir seguro de que o melhor tratamento está sendo dado ao paciente; sentir que há esperança de melhora e ter perguntas respondidas com franqueza. Hospital e equipe devem estar atentos a estas questões, afim de que o sofrimento das famílias seja minimizado.

A partir das análises feitas, pode-se perceber o predomínio da utilização do método quantitativo nas pesquisas internacionais e do qualitativo nas nacionais.

Diante disso, ficou demonstrada a necessidade de pesquisas que utilizem técnicas qualitativas e quantitativas, simultaneamente, a fim de serem complementadas as descobertas das pesquisas que utilizam questionários, inventários, escalas etc.

Outra questão apontada na revisão de literatura foi à falta de estudos que investigassem se os familiares de pacientes em UTI fazem uma reestruturação positiva desta situação. O foco das pesquisas são os sentimentos negativos desses familiares.

Verificou-se ainda, que, não foram encontrados estudos que foquem um grau de parentesco específico de pacientes, exceto quando se trata de pesquisas com pais de bebês em UTI Neonatal. Vale ressaltar, porém, que tais estudos privilegiam as mães como participantes e poucas citam os pais.

Por fim, observou-se a escassez de estudos que investiguem as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares de pacientes em UTI, daí a necessidade de investigar este tema.

Com o artigo empírico foi possível verificar as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos filhos dos pacientes em UTI, a saber: Reavaliação Positiva (97%). Esta estratégia pode ter sido utilizada no intuito de amenizar o sofrimento que é tão presente nos ambientes das UTIs. A outra estratégia mais mencionada foi: Suporte Social (93%). Os filhos dos pacientes, ao saberem do quadro de enfermidade do (a) genitor (a) recorrem às pessoas de seu convívio social. Isto serve como alívio e regulação de seu estado afetivo. Por fim, outra estratégia bastante utilizada foi a Resolução de Problemas (77%). Os filhos recorrem aos planos de ação, pois imaginar que as atividades cotidianas estão pré-estabelecidas contribui para a diminuição da tensão e da ansiedade do indivíduo.

Neste estudo também foi feito a correlação de Spearman para verificar a relação entre as características dos participantes (religião, idade, escolaridade, filiação – mãe ou pai internado na UTI) com as questões referentes às estratégias de *coping* contidas no Inventário. Constatou-se que houve uma correlação significativa negativa entre a variável Religião e a questão 51, que está relacionada à estratégia “Aceitação da Responsabilidade, indicando que quanto menos religiosa for a pessoa mais ela tenderá a assumir responsabilidades ao invés de recorrer a forças superiores. Constatou-se, também, correlação positiva entre faixa etária maior de 50 anos e a questão 14, relacionada à estratégia “Autocontrole” e correlação negativa entre esta faixa etária e a questão 31 que se refere à estratégia “Suporte Social”. Isso significa que quanto mais velho for o filho acompanhante mais ele tenderá a contar consigo mesmo e recorrer menos a outras pessoas. Verificou-se, ainda, à correlação significativa positiva entre o maior nível de escolaridade e os itens 2 e 61; e negativa entre os itens 25 e 32. Isto indica que o grau de escolaridade influencia o modo de interpretar as circunstâncias.

Além desses achados, vale salientar, também, que não houve correlação significativa nem negativa nem positiva entre filhos com pai na UTI e as questões do inventário. Isto pode ser devido ao fato de que, em nossa sociedade, o vínculo afetivo com a mãe, em geral, ainda é mais forte do que com o pai.

É bom ressaltar que, apesar de ter sido encontrada correlação significativa entre essas variáveis e as questões citadas, não é possível afirmar que essa exista entre as variáveis analisadas (religião, faixa etária, escolaridade e filiação) e as estratégias de coping que estes itens representam. Isto porque cada estratégia é avaliada através de mais de um item e, no caso dessa pesquisa, apenas um item em cada estratégia alcançou correlação significativa com alguma dessas variáveis.

No referente aos sentimentos dos filhos, prevaleceram: sofrimento, medo e susto. Tais emoções estavam relacionadas às preocupações que os mesmos têm em relação ao óbito

do pai/mãe, do fato do (a) paciente ficar a maior parte do tempo sozinho (a) na UTI, da desconfiança que eles têm em relação ao tratamento da equipe médica para com o paciente. Porém, apesar disto, os filhos estão satisfeitos com o tratamento que a equipe do hospital dispensa aos familiares, contrariando os achados de outros investigadores. Diante disso, certamente o sofrimento das famílias é minimizado. Isto demonstra a importância de um tratamento humanizado nos hospitais.

Nesta pesquisa ficou evidente, ainda, que, apesar dos filhos sentirem-se “paralisados” em alguns momentos, a ponto de não conseguirem realizar suas tarefas, eles conseguem reestruturar positivamente a situação de ter seu pai ou mãe internados em uma UTI. Eles recorrem à idéia de que este contexto proporciona o crescimento pessoal dos mesmos.

Tais resultados apontam a possibilidade de outro modo de interpretação da situação de ter um parente próximo internado em uma UTI: a reestruturação positiva. Diante disso, Programas de Qualidade de Vida dos Familiares, dentre outros, podem ser parte integrante da cultura das organizações hospitalares, uma vez que, quando se pensa na recuperação de um paciente, também se deve pensar na família deste, já que este contribui no tratamento. Em tais Programas, esta temática (reestruturação positiva) poderia ser abordada como uma eficaz estratégia de enfrentamento.

Além disso, tais intervenções contribuiriam para a promoção da saúde mental do próprio familiar o que, provavelmente, colaboraria para melhorar o bem estar do paciente e ajudar em uma possível recuperação. Vale ressaltar aqui a importância do psicólogo hospitalar nestas intervenções, uma vez que este profissional é o mais habilitado para escutar e acolher à família que se encontra fragilizada e ansiosa com tal situação. O psicólogo tem como principal objetivo assistir ao paciente e sua família, identificar os fatores que influenciam a

estabilidade emocional destes, informar as rotinas da UTI e observar as reações emocionais frente à internação e a doença.

Assim sendo, cabe às instituições e aos psicólogos considerarem a importância de um local que possibilite um espaço de fala, escuta e troca de experiências entre esses familiares. Neste contexto, as famílias poderão, ainda, ressaltar e tirar suas fantasias e dúvidas referentes ao cenário da UTI.

Almeja-se que este trabalho incentive a produção de mais pesquisas envolvendo esta população, uma vez que este estudo não é conclusivo. Sugere-se, por exemplo, pesquisas que comparem a experiência de filhos que possuem o pai ou a mãe no fim do ciclo vital internado em uma UTI com filhos que possuem o pai ou a mãe mais jovem internados nesta unidade. Estudos com esta perspectiva complementariam a visão sobre este fenômeno.

ANEXO

Anexo 3

INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING

Ways of Coping Inventory (Folkman e Lazarus, 1985) – adaptado por Savioa et al. (1996)

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____

0 Não usei esta estratégia

1 Usei um pouco

2 Usei bastante

3 Usei em grande quantidade

1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar – a melhor coisa que poderia fazer era esperar. O tempo é o melhor remédio	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não dar resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação	0	1	2	3
9. Critiquei-me, repreendi-me	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20. Inspirou-me a fazer algo criativo	0	1	2	3
21. Procurei a situação desagradável	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui	0	1	2	3
27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim	0	1	2	3
30. Sai da experiência melhor do que eu esperava	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral	0	1	2	3
41. Não me deixei impressionar, recusava-me a pensar muito sobre esta situação	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação	0	1	2	3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s)	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	0	1	2	3

50. Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido, ou como me senti	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma	0	1	2	3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	0	1	2	3
60. Rezei	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo(a) que as coisas poderiam ter sido piores	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios	0	1	2	3

APÊNDICES

APÊNDICE A – MODELO DA CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o Hospital _____ para o desenvolvendo de atividades referentes ao Projeto de Pesquisa, intitulado: *Unidade de Terapia Intensiva: Um estudo com filhos que possuem a mãe ou o pai neste modo de internação*, sob a responsabilidade da Professora / Pesquisadora Dr. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas do Programa de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, pelo período de execução previsto no referido Projeto.

Nome, por extenso, do Representante Legal da Instituição

Assinatura

CPF

APÊNDICE B

MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: Unidade de Terapia Intensiva: um estudo com filhos que possuem a mãe ou o pai neste modo de internação. Especificamente buscaremos investigar: as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares nesta situação; identificar os sentimentos mobilizados; as principais preocupações e dificuldades; como essa situação afetou a rotina de vida desse familiar; se é possível tirar algo de positivo desta situação e como os filhos percebem o tratamento dispensado pela equipe de saúde deste hospital ao paciente e à família.

1) Durante o estudo você responderá à uma ficha sócio-demográfica e participará de uma entrevista semi-estruturada, com a utilização de gravador de voz realizada de forma individual;

2) A sua participação envolve alguns riscos, uma vez que este estudo pesquisará um tema no qual são colocados em questão assuntos relacionados ao sofrimento, irritabilidade, morte e tantos outros sentimentos desencadeados pelo processo de doença e isso poderá trazer algum desconforto emocional aos participantes. Diante disso, todos os cuidados serão tomados, tanto durante o decorrer da coleta dos dados quanto posteriormente no sentido de lhe oferecer atenção psicológica, caso necessite e deseje, o que se configurará como um dos benefícios da referida pesquisa;

3) Estamos cientes, também, da possibilidade de ocorrer outro tipo de dificuldade como: perda do interesse de algum participante em colaborar concedendo a entrevista, visto que, em algum momento pode ser citado a falta de um maior apoio psicológico e da equipe de saúde advindo da instituição hospitalar. Assim sendo, poderá surgir um temor por parte do familiar em “denunciar” essa condição e, diante disso, sofrer algum tipo de retaliação por parte da instituição. No entanto, vale ressaltar que os resultados serão apresentados de modo que o total sigilo, tanto da identidade dos participantes quanto da instituição hospitalar, serão garantidos, demonstrando que a intenção é fornecer subsídios que promovam uma melhoria dos serviços psicológicos prestados aos familiares de pacientes da UTI;

4) Você estará livre para interromper, a qualquer momento, sua participação na pesquisa;

5) Os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, incluídos sua publicação em revistas científicas especializadas e apresentações em congressos. No entanto, será garantido o sigilo das identidades dos participantes e da instituição hospitalar, conforme ressaltado no item 3;

6) Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

Nome: Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

Assinatura

Telefone: 88766130

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP que funciona na PRÓ-REITORIA ACADÊMICA da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, localizada na RUA ALMEIDA CUNHA, 245 – SANTO AMARO – BLOCO G4 – 8º ANDAR – CEP 50050-480 RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE (81) 2119.4376 – FAX (81) 2119.4004 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: pesquisa_prac@unicap.br

Recife, _____ de _____ de 200_

Sujeito da pesquisa *

APÊNDICE C – MODELO DA ENTREVISTA

- 1.** Qual seu grau de parentesco com o paciente que está internado na U.T.I?
- 2.** Há quanto tempo ele está internado nesta unidade?
- 3.** Por que seu familiar está internado na UTI? Você sabe qual é o diagnóstico dele?
- 4.** Como está sendo, para você, viver esta situação?
- 5.** Quais são as suas maiores preocupações e dificuldades em relação a este contexto de internamento de seu parente?
- 6.** O que mudou em sua rotina de vida com a internação de seu familiar na U.T.I?
- 7.** Este tipo de situação traz algum aspecto positivo para a família?
- 8.** Como você se percebe em relação a sua forma de conduzir a doença de seu familiar?
- 9.** Você sente necessidade de procurar algum tipo de apoio?
- 10.** Como você vê o tratamento dado pela equipe de saúde tanto ao paciente quanto às suas famílias?

APÊNDICE D – MODELO DA FICHA SÓCIO – DEMOGRÁFICA

Nome (Iniciais): _____

Sexo: _____

Idade: _____

Grau de escolaridade: _____

Profissão: _____

Religião: _____