

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

**A VISITA DE FAMILIARES COMO
TERAPÊUTICA NO PROCESSO DE
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

MARISTELA SILVEIRA RODRIGUES

FLORIANÓPOLIS – SC

2000

MARISTELA SILVEIRA RODRIGUES

**A VISITA DE FAMILIARES COMO
TERAPÊUTICA NO PROCESSO DE
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Florianópolis-SC - Universidade de Passo Fundo - UPF - Passo Fundo/RS, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Assistência em Enfermagem.

Florianópolis - SC

Agosto de 2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

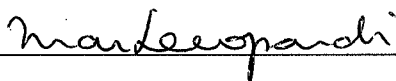
**A VISITA DE FAMILIARES COMO ELEMENTO TERAPÊUTICO NO
PROCESSO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

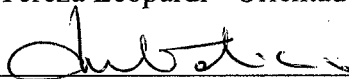
MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

sendo aprovada em 25 de agosto de 2000, e atendendo às normas de legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

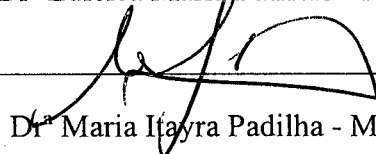
BANCA EXAMINADORA



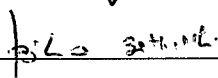
Dr^a. Maria Tereza Leopardi - Orientadora



Dr^a Zuleica Maria Patrício - Membro



Dr^a Maria Itayra Padilha - Membro



Drnd. Luiz Antônio Bettinelli - Membro

Dr^a Rosita Saupe - Suplente

“Quando a gente ama é claro que a gente cuida...”.

Peninha

Eu vivo do amor e da energia que Deus me oferece para que a distribua no cuidado ao ser humano. Esta é, portanto, uma missão e um compromisso que exercito com prazer e o realço na busca constante do conhecimento. Por isso, e para isso é que estou aqui mostrando idéias e defendendo convicções que desejam ser uma contribuição àqueles que chegam ao cuidado da enfermagem (L.S.C.F., 2000).

AGRADECIMENTOS

A experiência adquirida ao longo do período de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) fez-me acreditar que o tempo é sábio, que é necessário tranquilidade e serenidade para percebermos, com o passar do tempo, a que fomos chamados. Parece profecia, algo místico, mas é assim mesmo que percebo. O sofrimento, o choro, o desconsolo, a angústia e o medo que acompanho nos familiares quando estão na UTI, aos poucos foi comovendo-me, mas acima de tudo, intrigando-me e, por fim, fez-me tomar atitudes. Estas atitudes resultaram na reflexão a respeito do papel da família como elemento terapêutico.

Este Mestrado foi a oportunidade para colocar em prática uma assistência de enfermagem direcionada às famílias que sofrem por ter um familiar internado em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Por isso, agradeço à Deus, pela vida, pela saúde e por ter uma família.

À enfermagem, como profissão que me impulsiona a viver intensamente e a lutar por transformações quotidianas.

À minha família, que sempre foi conforto, estímulo, ânimo e fé. Agradeço a eles pela vida, pelo amor, pela convivência, pela paciência e pela educação. Sem eles esta fase teria sido insustentável.

Aos amigos de profissão, de coração, obrigado pela força, incentivo, pela trocas de plantões, pela disponibilidade. À Prof^ª Mestre Dalva Pomatti, que não me deixou desistir no início. Às chefes de enfermagem do HSVP, Ir. Carmelina e En^ª Liege, pelo apoio. Agradeço em especial à Carla, que foi fiel, irmã e AMIGA; à Vera, que foi companheira do começo ao final, nas viagens e orientações, vivendo muitas angústias juntas! Carla e Vera, vocês foram FORÇA! Nelci, obrigada pelo apoio e consolo nas horas difíceis.

À família Küssler, de Florianópolis, que me acolheu, agradeço de coração à tia Nilza, Seu Vicente, Neiva e Valmor, e à família da Eunice. Foi muito importante o carinho que recebi de vocês. Que Deus retribua-lhes esta bondade com muita saúde e paz.

À UFSC/UPF e HSVP, pela oportunidade de cursar este Mestrado. Em especial às Profas. Dras. Rosita Saupe e Zuleica Maria Patrício, pela injeção de ânimo, e por motivar minha evolução. Aos colegas de turma, pelos momentos agradáveis, obrigada.

À Dra. Maria Teresa Leopardi, que com sua sabedoria, mansidão e competência fez-me sentir confiante e forte. É grande a admiração que lhe tenho, é uma grande sábia.

À equipe da UTI-Isolamento do Hospital São Vicente, principalmente aos colegas enfermeiros e suas equipes, aos médicos e à minha equipe que foram verdadeiros anjos, com carinho agradeço pela compreensão, ânimo e suporte. Vocês são muito importantes para mim. Obrigada: Daniel, Polônia, Loreni, Elaine, Cassandra, Anarlei, Adriana, Ieda, Dirceu, Aline, Paula, Derenice, Noeli, Solange e Andréa.

Aos pacientes e familiares, que foram o foco desta atenção, pois sem eles este estudo não teria acontecido. Obrigada!

Às pessoas especiais que cuidaram de mim durante este período, seja pela terapia, seja pela orientação. Agradeço imensamente, pois vocês me ajudaram a vencer.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Dalva, Ião, Márcia, Márcio, Cassiane e Cláudio, que com desvelo, apoio e carinho ajudaram-me a construí-lo. Esta é a minha FAMÍLIA!

RESUMO

Fundamentando-se na teoria metodológica de Travelbee, este trabalho traz uma análise das situações encontradas na prática assistencial realizada através de contatos com familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital São Vicente de Paulo, em Passo Fundo - RS. Travelbee traz, nos seus conceitos e propósitos teóricos, a preocupação com as relações que se estabelecem entre as pessoas e a necessidade de conhecer o processo da comunicação que se realiza com o paciente. Essas relações envolvem, também, os familiares da pessoa enferma, que vão visitá-la, na UTI, muitas vezes sem o mínimo de orientação. Essa problemática é exposta nesta dissertação, a partir de estudos realizados no período de um ano, buscando analisar circunstâncias de encontros familiar/paciente, fazendo com que estes se constituam em oportunidades terapêuticas que beneficiem e ajudem na recuperação.

SUMMARY

Being based in the methodological theory of Travelbee, this work brings an analysis of the situations found in the practice assistencial accomplished through contacts with patients' relatives interned in the Unit of Intensive Therapy of Paulo's Hospital São Vicente, in Passo Fundo - RS. Travelbee brings, in its concepts and theoretical purposes, the concern with the relationships that settle down between the people and the need of knowing the process of the communication that takes place with the patient. Those relationships involve, also, the weakened person's relatives, that they will visit it, in UTI, a lot of times without the minimum of orientation. That problematic one is exposed in this dissertation, starting from studies accomplished in the period of one year looking for to analyze circumstances of encounters family/patient, doing with that these they are constituted in therapeutic opportunities that benefit and help in the recovery.

SUMÁRIO

RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
LISTA DE QUADROS.....	xi
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	05
3 METODOLOGIA.....	42
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXOS.....	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fluxograma dos procedimentos metodológicos.....	53
Quadro 2 - Dados sobre os pacientes.....	58
Quadro 3 - Média das idades dos pacientes.....	59

1 INTRODUÇÃO

Mesmo antes de abordar o tema 'a visita dos familiares aos pacientes internados em unidade de terapia intensiva como terapêutica', verifiquei algumas problemáticas, como a relação entre enfermagem/paciente/familiar, as quais não eram focalizadas sob o aspecto interativo. Ao longo do período trabalhado na UTI, várias vezes este assunto veio à tona e, ao escolher a temática deste trabalho, isso foi preponderante. Analisar este ponto, sob vários aspectos, era o caminho para verificar a motivação, os sentimentos e o foco real dos familiares durante as visitas a seus enfermos.

À *priori*, observei que, nesses momentos, eles se olham pouco. Alguns pacientes fingiam que dormiam, outros desviavam o olhar, muitos nem falavam. Outros ficavam angustiados, inseguros, tristes e, após a visita, sentiam-se piores do que antes do encontro. Alguns familiares preocupavam-se tanto com os aparelhos e com os outros pacientes que nem olhavam para seu familiar.

A tecnologia presente no setor, como monitores, respiradores, bombas de infusão, oxímetros de pulso, assusta e impressiona, podendo ser fator de afastamento entre eles. Viu-se situações em que o paciente, na cama, olhava para o teto, o familiar ficava em pé, longe dele, com as mãos nos bolsos, olhava o movimento e os outros doentes, mas pouco olhava ou conversava com seu familiar. A expressão de angústia, no entanto, era observada, especialmente quando entravam em ambientes críticos como na UTI, não sabendo para onde ir e muito menos o que fazer.

Outro aspecto importante, que se observava no dia-a-dia da UTI, é que, no momento de crise, ficava transparente a intensidade das relações entre família/enfermo. Era neste momento que observava como são os laços familiares e a maneira com que enfrentavam a situação. Ficavam evidentes situações de

desconforto, de distância, mas também o amor e carinho acolhedor presentes. Alguns enfermos eram de outra cidade, com situação sócio-econômica baixa e seus familiares sem condições de permanecer na cidade. Então, ocorria, com certa frequência, o abandono dos enfermos na UTI, o que causava muita angústia para todos. Em contrapartida, havia famílias muito grandes ou com muitos conhecidos. Durante aquela meia hora de visita, entravam muitas pessoas que não conseguiam nem estabelecer laços iniciais para dialogar, aparecendo, muitas vezes, uma série de repetições, levando o paciente ao cansaço e tristeza, pois quem ele mais queria ver não podia ficar mais tempo e os outros só vinham por “curiosidade”.

Havia também as transgressões dos que entravam sorrateiramente na UTI, até que alguém lhes pedisse para sair, ou, por outro lado, permaneciam por lá bem mais do que o estabelecido. Anteriormente, os familiares recebiam informações inconsistentes, vagas e, às vezes, até desconstruídas. Muitos não conseguiam falar com o médico diariamente, o que os angustiava. Os profissionais de enfermagem, por sua vez, forneciam explicações somente àqueles que os procuravam e, mesmo assim, pouco esclareciam ou tranquilizavam.

Os profissionais de enfermagem pouco assumiam o papel de orientador da família. Sentiam-se pouco confiantes para explicar, pôr-se à disposição para dialogar, o que pode ser devido à sobrecarga de trabalho ou a uma possível mecanização do mesmo, ou até à pouca definição de espaços profissionais, o que acabava afastando a equipe e a família. Outro aspecto importante, que afastava os familiares, era a regra de que somente o enfermeiro do setor fornecia informações sobre o quadro dos pacientes, o que ocorria quase sempre num horário conturbado que, ao mesmo tempo, era de visita e, também, era de adaptação dos profissionais às novas condições das pessoas internadas.

Com essas premissas, objetivou-se um trabalho em que a prática assistencial ficasse bem presente como a extensão da relação dos pacientes com seus familiares e que isso pudesse ser analisado de forma a compor uma mudança de atitudes para

beneficiar o enfermo, trazendo esperança a ele e aos seus familiares, ao estreitar os laços afetivos.

Para a implementação das atividades propostas, foi importante considerar a motivação que orientou, ou seja, a crença de que os familiares teriam um papel significativo na condução do cuidado terapêutico, além de terem sido eles próprios também foco dos cuidados.

Também foi de extrema importância a construção da proposta com base em uma teoria de enfermagem, de Joyce Travelbee, pela significativa importância que esta autora dá ao relacionamento entre as pessoas e pela sensibilidade com que ela dimensiona o processo de interação, na busca de significados para a experiência de sofrimento e cura.

Objetivos

1) Implementar a aplicação e a análise de uma metodologia de assistência de enfermagem embasada na Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee, considerando a visita de familiares como elemento do cuidado terapêutico.

2) Sensibilizar e capacitar os familiares para a importância das relações interpessoais nos cuidados e encontros, na perspectiva do desenvolvimento da “visita terapêutica”.

3) Compartilhar vivências e sentimentos com as famílias, no sentido de fortalecer os laços familiares e estabelecer relações de mútua-ajuda entre eles e os visitantes.

A UTI é caracterizada, também, por atender muitos pacientes com seqüelas neurológicas, com disfunções neurosensoriais, com complicações pulmonares, urinárias, intestinais e cutâneas. Vê-se que os profissionais da enfermagem não estão

se preocupando com o papel de educador também de famílias, devolve-se o enfermo ao seu convívio familiar com poucas orientações, sem familiaridade com os cuidados, sem saber, muitas vezes, como enfrentar aquela situação de estresse. Observa-se que muitas famílias sofrem muito, desgastam-se e não conseguem proporcionar o cuidado adequado ao seu enfermo, o que pode, muitas vezes, comprometer até a manutenção das suas conquistas. Diante disso, cresce o número de perguntas, muitas vezes sem respostas, que se faz no momento em que se entrega um “Problema” aos familiares, sem “Instrumentos” para que possam enfrentar a realidade. Como ter estrutura emocional, financeira e de cuidados, se os cuidadores pouco ou nada sabem sobre o que fazer e como fazer numa situação dessas?

Aparentemente, pensa-se que este papel cabe ao enfermeiro, ou seja, de estar ao lado do familiar, para auxiliá-lo a compreender a situação pela qual ‘ele’ também está passando. Por isto e muito mais, acredita-se que é a oportunidade de refletir, compreender e ajudar a transformar esta realidade, com esta proposta de trabalho que tem a intenção de despertar a consciência do papel dos profissionais de enfermagem como estimulador das famílias para compreensão do viver, do sofrimento e da morte, com uma metodologia preconizada por Joyce Travelbee, na perspectiva de cuidador.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta fundamentação teórica foi construída com o propósito de subsidiar o suporte deste trabalho, procurando nos autores uma base sólida a respeito da família, da visita de familiares, do ambiente na UTI e de propostas para a visita terapêutica.

Para alguns autores, família não se define, uma vez que ela existe e se mostra por si. Ela pode ser caracterizada como nuclear, composta pelo pai, mãe e filhos ou como estrutura ramificada em que diferentes gerações estão incluídas. Incluem também as pessoas com quem a família mantém estreitos laços afetivos considerando-se dentro do círculo de amigos íntimos com quem não possuem nenhuma consangüinidade (Manciaux, apud Elsen et al., 1994).

Estas classificações são bem identificadas no dia-a-dia da UTI. Percebe-se que o momento de maior crise – doença e internação na UTI – parece aproximar os parentes e amigos, na tentativa de tornar a relação o mais forte possível, no sentido de enfrentar a doença e fortalecer também as relações com o enfermo.

Dentre as diferentes correntes que estudam a família, pode-se incluir aquelas versões que tratam este conceito dentro de várias linhas teóricas.

Pela concepção de Rogers (apud Elsen et al., 1994)), na *linha do desenvolvimento da família*, entende-se um sistema semi-aberto, com uma história natural, composta por vários estágios, sendo que a cada um deles, correspondem tarefas específicas por parte da família. Suas áreas de interesse são as tarefas da família, diferentes estágios da vida familiar, adaptação da família à entrada e perda de membros. Torna-se evidente que, a visão da família como *sistêmica* é a mais popularizada, pois define a família como um sistema formado de subsistemas diferentes e maior do que a soma de suas partes, em interação com outros sistemas.

As áreas de interesse dessa linha são as famílias enfrentando crises, mudanças, comunicação; interação; interface entre os diferentes subsistemas na família e entre a família e o meio ambiente.

Encarando a família como uma arena na qual ocorrem conflitos de interesse e alianças, encontra-se a procura de uma ordem negociável. É essa a linha teórica - *referencial de conflito* - que aparece a competição, as questões de poder, a negociação e a mudança conforme as áreas de interesse (Sprey, apud Elsen et al., 1994).

A visão de família à luz do *naturalismo histórico*, mostra a família como uma instituição social, um todo articulado, relacional, constituído pelo homem social, ativo, permeado pela estrutura social de classes e encara a consciência crítica do processo de saúde/doença, transformação, situação de classe e áreas de interesse (Ghiorzi, apud Elsen et al., 1994).

A família é descrita como uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem, convivem como família, em um espaço de tempo, unidos por laços consangüíneos, de afetividade, interesse e/ou adaptação. Possui uma estrutura e organização, com direitos e responsabilidades, vivendo em um determinado ambiente, sendo influenciada sócio-econômico-culturalmente. Constrói uma história de vida, tem identidade própria, possuindo, criando e transmitindo crenças, valores e conhecimentos. Seus membros interagem com outras pessoas e outras famílias em diversos níveis de aproximação. Definem objetivos para a promoção do crescimento e desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros (Penna, 1992).

Havendo uma pressuposição de que a visita de familiares pode ser terapêutica, é fundamental que se entenda o que é uma família saudável. Para Elsen et al. (1992), família saudável é uma unidade que se auto-estima, onde os membros se agrupam em uma estrutura organizacional para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família

saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho. Nela deve haver liberdade para expor sentimentos e dúvidas, compartilhar crenças, valores e conhecimentos. A individualidade de seus membros é aceita, e, com a capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta-se crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida.

A partir destas concepções de família e de família saudável, consolidou-se uma proposta viável, com propósitos firmemente embasados na literatura que fez acreditar-se que a família constitui, talvez, o contexto social mais importante onde a doença ocorre e é resolvida. Ela atua, por consequência, como unidade primária na saúde e no cuidado de seus membros. Sendo, a família, apoiada e orientada para auxiliar na recuperação de seu enfermo, não só ele terá recuperação mais rápida, como também os laços familiares ficarão mais sólidos.

Torna-se importante conhecer a realidade da família, seu contexto de vida, seus valores e crenças. O cuidar da família consiste em saber como é seu cuidado, identificando suas dificuldades e sua potencialidades, sendo isto imprescindível, pois a assistência de enfermagem será planejada e executada junto às mesmas. Não tem sentido, nos dias atuais, prescrever-se ações sem conhecer a realidade, esperando passividade. Espera-se contato direto, ações conjuntas, num compartilhar de vivências, o que leva a um cuidado contextual diferenciado e eficaz. Afinal, deve-se cuidar também de quem cuida.

É muito importante que os clientes (família e enfermos) sejam amparados/cuidados, pois quando estão na UTI, seja visitando ou recebendo visita, encontram-se em desequilíbrio grave, acometendo sua segurança física, econômica, religiosa, emocional e ética. Por isso, o enfermeiro é o elemento mais indicado para

realizar a identificação, análise e ajustamento dos clientes à situação crítica. É aquele que vai confortar, apoiar e auxiliar na superação da enfermidade. Torna-se imprescindível compreender que, para a família, a presença de seu enfermo na UTI representa proximidade com situações-limite de doença-morte. O ambiente é hostil e assustador, angustia e traz insegurança tanto para o familiar, quanto para o enfermo. Portanto, cabe auxiliar na re-significação desses conflitos.

Acredita-se que a família tem influência direta na segurança emocional e comportamental do cliente, tornando-se urgente estabelecer uma metodologia para assistir a família de pacientes internados em unidades críticas. Mas, sabe-se que a emoção, dor e sofrimento dos familiares, manifestados através do choro e do desespero, perturbam muito os profissionais de saúde. Na verdade, parece que os trabalhadores de saúde não sabem lidar com seus sentimentos, até porque não foram instrumentalizados em suas escolas de formação para tal. E, na verdade, as atitudes que as pessoas têm diante da vida e da morte estão vinculadas ao tipo de educação que receberam, as experiências que vivenciaram e ao contexto sócio-cultural onde cresceram e se desenvolveram.

Sabendo-se que a família é decisiva na reabilitação do enfermo, cabe aos profissionais de enfermagem aproximar os familiares como atuantes diretos ou indiretos no planejamento e na assistência ao cliente. O relacionamento humano estabelecido na UTI entre cliente-profissional-familiares pode influenciar na forma como o cliente percebe a doença, o ambiente, a aparelhagem e o tratamento a que é submetido durante sua internação na UTI (Felisbino, apud Beck, 1995).

Trentini (apud Beck, 1995), afirma que “*o diagnóstico médico é recebido pelo paciente com grande ansiedade, medo, incerteza, insegurança, pois os planos do futuro estão, quase sempre ameaçados a não acontecer*”, o que pode não ocorrer nos casos de internações e/ou doenças prolongadas, quando paciente e família passam a conviver com elas e a incorporá-las no seu processo de viver.

Percebe-se que há necessidade de uma preparação diferenciada e mesmo de considerar que a interação entre os familiares, como parte do processo de enfermagem, apresenta-se como uma inovação necessária nas instituições hospitalares. Não se trata de inibir ou amoldar os comportamentos para que se tornem menos visíveis, mas, ao contrário, tornar a presença do familiar genuína e reconfortante, apesar do sofrimento que possa estar sentindo.

Num país em desenvolvimento, como o Brasil, a questão econômica é muito evidenciada. O desemprego assusta e apavora. Vive-se numa constante dicotomia entre estar presente com seu familiar ou continuar trabalhando, pois agora as necessidades aumentaram. Neste tipo de situação, é constante o processo decisivo. Por isso, a família, quando está com algum enfermo internado na UTI, tende a organizar, no seu dia-a-dia, adaptações quanto à sua rotina, no sentido de atender as necessidades do paciente e, ao mesmo tempo, de continuar vivendo dentro do novo contexto.

Koizumi, Kamiyama e Freitas (apud Beck, 1995), afirmam que *“os maiores problemas e expectativas sentidas e relatados por pacientes internados em UTI, em média durante 58 horas, foram a separação da família, o ambiente agressivo e desconhecido, a quebra nos hábitos de alimentação e hidratação, o medo de morrer e o desrespeito à privacidade”*. Em contrapartida, nos ambientes estressantes como a UTI, é muito difícil estabelecer relações interpessoais entre os profissionais de enfermagem e familiares. Este relacionamento é fundamental no momento de estabelecer laços fortes entre enfermo/família; profissionais de enfermagem/família, para compreensão do significado da dor e do sofrimento, e, conseqüentemente, minimizar os problemas evidenciados pelos enfermos e seus familiares ao ingressarem na UTI.

Muitas são as situações que mobilizam mecanismos de defesa com o objetivo de minimizar a dor e o sofrimento, pois, como constata Beck (1995), a dor e o sofrimento estão presentes no processo de viver, adoecer e morrer, atingem a todos,

em especial a pacientes e seus familiares. Os mecanismos de defesa auxiliam nesse “vivenciar a dor”, mas, obviamente, não isenta de todo o sofrimento dos envolvidos. Neste momento, o melhor é buscar mecanismos de enfrentamento do que negar o sofrimento.

No ambiente da UTI evidenciam-se, diariamente, comportamentos extremados de sentimentos. Por um lado, os enfermos, familiares e profissionais de enfermagem estão imbuídos de esperança, mesmo que haja somente um fio invisível a sustentar aquela vida. Sempre há aquela esperança mágica, a fé de que tudo vai se resolver. Por outro lado, não raras vezes, há a desesperança e até abandono, quando nem mais a família acredita na recuperação do seu enfermo e este 'desiste' de lutar. Estes estágios precedem a morte e o abandono.

São estes momentos que tomam a equipe um “porto seguro”. É preciso que a equipe perceba este papel de estímulo e motivação que exerce diariamente nas pessoas que estão ou vão à UTI, avaliando quais são as estratégias mais adequadas para apoiar o vínculo entre enfermo e família.

Diante destas situações, torna-se imprescindível tomar atitudes criativas, utilizando a comunicação e atividades lúdicas, como meios mais indicados contra a desesperança, a dor e o sofrimento. O enfermeiro pode ser, e é, uma espécie de reflexo de esperança na vida. Na UTI, luta-se, incessantemente, pela vida. E, nessa luta, é indispensável o fortalecimento dos familiares, o que pode ser conseguido com o estabelecimento de um processo de comunicação.

A comunicação coloca o indivíduo como participante ativo do mundo que o rodeia, e, sem ela, o homem não estabelece relações satisfatórias. Para desenvolver uma comunicação precisa e eficaz, é preciso tempo e esforço, pois a mesma é um tipo de comportamento adquirido. Caracteriza-se como um processo de negociação e acomodação, onde todos os participantes devem estar envolvidos e comprometidos com o propósito de se auto-compreender.

O processo de comunicação é dinâmico, envolvendo a comunicação verbal e não-verbal. É pela comunicação estabelecida com o paciente e familiares que se pode compreender seu modo de pensar, sentir e agir, assim como identificar os problemas por eles sentidos com base no significado que eles atribuem aos fatos que lhes ocorrem. Dessa forma, tem-se condições de ajudá-los a encontrar meios para manter ou recuperar a saúde, saindo da situação de “doença” mais amadurecidos, fortalecidos pela experiência vivida. Porque cada experiência de vida constitui um aprendizado, o que implica em mudança de comportamento (Stefanelli, 1993).

Como diz Stefanelli (1993), *“o enfermeiro tem de ser um educador por excelência e educação é sobretudo comunicação”*.

Observa-se no cotidiano que um dos maiores problemas interpessoais está relacionado com a comunicação. Na enfermagem isto se torna mais evidente, pois as pessoas estão continuamente se comunicando verbal ou não-verbalmente. Segundo Stefanelli (1993) *“cada experiência de vida constitui um aprendizado, o que implica em mudança de comportamento”*. Portanto, esta contínua comunicação não ocorre simplesmente na simples emissão de palavras, mas através do comportamento, dos gestos e das palavras que também podem transformar a realidade.

Parece que nós, enfermeiros, não temos a consciência a respeito da importância de nosso papel como educadores e de que a nossa educação é instrumentalizada pela comunicação. Sendo este estudo norteado por Travelbee, posso reafirmar que a empatia é o nosso instrumento valioso para estabelecer a relação pessoa-a-pessoa de maneira verdadeira. É preciso colocar-se no lugar do outro, entender e compreender os próprios significados. A experiência de comunicação com as pessoas envolvidas será sempre diferente, não existe receita pré-estabelecida, as mesmas devem encontrar-se no real sentido da palavra e seguir algumas orientações que levem à interação eficaz, como auxiliar no enfrentamento dos problemas de forma realista; distinguir as potencialidades de participação no processo terapêutico; buscar padrões de comportamento adequados à situação;

promover integração social, comunicação e trocas com as pessoas significativas e encontrar um significado para a sua enfermidade.

Entretanto, ao colocar estas orientações em prática, é preciso não somente seguir alguns passos, mas reconhecer que a comunicação é arte. Para que seja eficaz, necessita de conhecimento e responsabilidade e, para ser original, é preciso lançar mão da criatividade. Sendo assim, o processo terapêutico contará com comunicação eficaz e o cuidado será humanizado, promovendo maior bem-estar às pessoas.

Para o enfermeiro, um instrumento valioso na comunicação com seus enfermos é a empatia. Segundo Travelbee (1979), ela pode ser alcançada, quando o enfermeiro se concentra em si mesmo, refletindo sobre suas próprias experiências. Com o objetivo de desenvolver a empatia, é importante que o enfermeiro observe as reações que provoca nas outras pessoas, o que compõe o processo de relação entre enfermeiro e paciente. Comunicar-se com outras pessoas pode ser uma experiência significativa ou totalmente carente de significação para ambos os participantes, o que pode interferir no alcance de metas na intervenção de enfermagem.

Como Travelbee preconiza, um dos aspectos mais significativos, senão o mais significativo, é o estabelecimento da relação pessoa-a-pessoa. Sabe-se, contudo, que a relação pessoal se caracteriza por uma reciprocidade com um propósito determinado, envolvendo as necessidades e problemas dos pacientes e familiares, onde enfermeiro e paciente identificam-se como seres humanos. A experiência da relação pessoal pode ter um efeito terapêutico, ao mesmo tempo que fortalece os aspectos sadios da personalidade.

Vê-se, atualmente, que nos momentos de dificuldade, como ressalta Marcon et al. (1998), há necessidade dos cuidadores serem devidamente orientados e preparados pelos profissionais de saúde para um melhor enfrentamento da adversidade no curso natural da doença. Uma das dificuldades citadas é a visita de familiares nas UTI's, normalmente limitadas ou proibidas, e obedecem a uma

regulamentação bastante rígida, que, devido ao estado grave do paciente, às intensas atividades da equipe e à estrutura física da unidade, nem sempre adequada, torna-se necessário estabelecer. Outro aspecto que provoca angústia é a aparência da unidade, que em geral é fria e 'desumanizada', pelo grande número de equipamentos sofisticados que a equipe utiliza. Aliados a isto, o desconhecimento, a falta de informação e preparo dos familiares no momento da visita podem gerar grande ansiedade e estresse.

Por outro lado, a visita representa segurança afetiva ao enfermo. Em algumas situações, o enfermo pode apresentar alteração emocional no horário de visitas, pois sente-se, diante dos familiares, com mais liberdade para expressar sentimentos e sensações muitas vezes reprimidas. Cita-se a seguir, alguns benefícios da visita, segundo Dunkel e Eiserdrath (apud Beck, 1995):

a) Confiança mútua: quando se estabelecem elos de confiança entre a equipe e a família, o paciente passa a confiar no grupo de profissionais da UTI, reconhecendo a equipe como formada por pessoas competentes para tratá-lo e ajudá-lo a recuperar sua saúde.

b) Personalização do paciente: através do contato com a família, a equipe da unidade conhece melhor o paciente, podendo tratá-lo de maneira personalizada. Mesmo quando o prognóstico é sombrio e a morte advém, dados pessoais possibilitam a equipe auxiliar o paciente e sua família a lidar com o processo de morte de maneira mais humana e pessoal.

c) Retorno: funciona no sentido de realizar um *feedback* do trabalho, na unidade, após a saída do paciente daquele local. Isto só é possível, quando se estabelecem vínculos entre familiar e equipe. As manifestações de apreço e carinho por parte do familiar com a equipe ocorrem quando laços são estabelecidos entre as duas partes.

d) Papel dos profissionais: os laços entre paciente/equipe/família possibilitam aos profissionais um redimensionamento de seu papel junto ao paciente, podendo, por vezes, serem técnicos habilidosos, e, em outros momentos, pessoas que compartilham o pesar pela doença, limitação ou morte do paciente.

e) Aproximação: freqüentemente a equipe que assiste a um membro da família no processo de luto, aprende a trabalhar melhor este fato e redimensiona novas posturas junto a outros pacientes.

Podem ser evidenciados, também, alguns fatores psicológicos negativos, que são mobilizados com a presença do familiar na unidade, trazendo estresse para a equipe, como:

a) Expectativas irreais: as expectativas irreais da família acerca da evolução do paciente, dificultam o trabalho da equipe e a interação com os familiares, quando o prognóstico não é aceito.

b) Medo da família: este dado relaciona-se com a realização de um procedimento doloroso e necessário para o paciente. Muitas vezes, o profissional tem dificuldade de explicar o procedimento e solicitar autorização para realização do mesmo.

c) Pressão dos colegas: como nem todos os profissionais buscam interação com a família, os que o fazem são alvo de pressão dos colegas, devido à cobrança de que os familiares têm com os demais, para que se comportem da mesma forma.

d) Perda de pacientes: devido à alta taxa de mortalidade em UTI, o envolvimento com estes pacientes que morrem torna-se um dos mais estressantes aspectos do trabalho.

Chega o momento para assistir a família como clientela da UTI,

identificando seu papel de facilitador no restabelecimento da saúde. É um aprendizado a ser buscado e valorizado pela equipe de enfermagem, a assistência familiar. Ao encarar a família como parceira no cuidado em saúde, Althoff et al. (1998) afirmam que, ao tomar parte das ações como possibilidade de transformação, a família auxilia a enfermagem a detectar os problemas e as necessidades, discute o diagnóstico, participa na determinação dos objetivos, colabora na aplicação do plano de ações e participa na avaliação dos resultados. A interação entre a família e os profissionais neste sistema é de vital importância para o êxito na melhoria das condições de saúde e na qualidade de vida.

A UTI tem o objetivo de prover o cuidado cada vez mais integral, de modo a restaurar a saúde e prevenir complicações. Para isso, torna-se imprescindível capacitar os profissionais da enfermagem em nível técnico, tecnológico e científico de maneira dinâmica, criativa e contínua. A tecnologia avançou, tornando-se mais poderosa, mesmo assim não substitui os seres que, crescentemente, são capazes de salvar vidas. Muitos clientes têm vida sem muita experiência, sem muita consciência, sem muitos relacionamentos. E, diante de todos os aparelhos, controle de funções vitais e fisiológicas, sente-se impotente, só, longe de seus familiares e, no momento de maior carência da sua vida, deve buscar “forças” para superar esta crise.

Machado (1995) traduz expectativa e a oportunidade de vivenciar um projeto de sensibilização junto às famílias, através da experenciação de uma situação crônica de saúde, fazendo acreditar ainda mais que a prática do enfermeiro é tangenciada o tempo todo pelo componente educativo, uma vez que se caracteriza como uma “prática intencional”. Em assim sendo, passa a ser eminentemente educativa, extrapolando as dimensões de informar, esclarecer, ou simplesmente orientar. É assim que quer ser entendido este trabalho: como um instrumento pedagógico, uma atitude educativa, preventiva, humanística, relacional e acima de tudo cuidativa.

Nos momentos críticos da vida, a quem se recorre em busca de conforto e

ânimo é a família, por isso concordo com (Santos apud Lautert, 1998) ao referir que

“o ser humano não vive sozinho, existe um todo atrás dele, algo que se chama família, que ele traz com ele... toda estrutura básica que nós levamos para a vida, nós podemos acrescentar muitas coisas, mas as raízes nossas estão lá na família... se a família está bem estruturada ou mal estruturada... vai te dar uma base ou não”.

Ainda temos a tendência em acreditar que somos os “donos” dos pacientes e que eles devem seguir nossas normas, mas, na verdade, a permanência de familiares tem outros enfoques, como Cleveland apud Lautert (1998) afirma. *“Para ele a visita dos familiares não é um privilégio dado pelos hospitais e sim uma necessidade para o auxílio na terapêutica.”* Também Marfell e Garcia apud Lautert (1998) *“identificaram que as expectativas dos familiares, revelam uma necessidade mais pessoal e humana, ou seja, um desejo de pacientes e familiares manterem um contato e interagir um com o outro.”* E, ao termos a capacidade de ouvir estes desejos e necessidades estaremos prestando um cuidado original e eficaz aos nossos clientes (pessoa doente e família).

“A enfermagem, como elemento integrador da equipe, tem a responsabilidade de informar e orientar o familiar, com a finalidade de amenizar os sentimentos de angústia” (Lautert et al., 1998). Somos responsáveis pela capacitação das pessoas doentes e familiares para o “auto-cuidado” portanto, é necessário implementar este papel, no sentido de evitar dores e sofrimentos em relação à doença e à hospitalização.

Várias vezes me pergunto sobre quais as informações que a enfermeira teria respaldo para prestar aos familiares. É muito importante ter isto definido, pois deve haver uniformidade de informações, a linguagem deve ser compreensível e de caráter evolutivo, de preferência sempre com os mesmos elementos da família. Mas Lautert aborda este aspecto referindo que, *“as informações podem se referir à terapêutica*

usada, motivo de certos procedimentos e cuidados, informações sobre o estado de saúde do paciente” (Lautert et al., 1998). Se não tivermos este acordo bem estabelecido haverá desinformação, desencontro de informações e familiares confusos e ansiosos, incapazes de proporcionar o cuidado familiar esperado.

“Acreditamos que quanto melhor a relação entre acompanhante e o paciente maior a possibilidade de atingir a recuperação precoce da saúde do indivíduo, uma vez que esta relação pode representar força e energia para o paciente.” (Lautert et al., 1998). Nesta proposição Lautert retrata com precisão um dos aspectos mais importantes no que diz respeito à interação interpessoal entre pessoa doente e o cuidador familiar, quanto mais forte esta relação estiver, mais êxito terá a proposta da visita terapêutica.

Erdmann, apud Lautert (1998) comentando sobre a relação da família com o paciente, refere que ... *“a internação hospitalar mobiliza a aproximação das pessoas, os acertos de contas de conflitos passados, (...) a reestruturação familiar...”* É no momento da internação que se pode identificar e reconhecer os verdadeiros elementos da família, quer sejam ligados por laços de sangue ou não. É possível reconhecê-los pois tornam-se presença. Muitos gestos de solidariedade são identificados no cotidiano destas pessoas, eles se aproximam mais, recebem muitos telefonemas e demonstrações de carinho e conforto. Aqui aponto para o fato de que nem toda visita de familiar será terapêutica, sendo necessário a enfermeira identificar aquela presença que será mais significativa e confortante.

“A família sofreu alterações na sua formação e estrutura, o modelo tradicional de família desapareceu, persistindo, todavia, a partilha de alguns dos seus valores e práticas. A família nuclear é bastante reduzida, a solidariedade entre gerações encontra-se fragilizada no tempo e no espaço geográfico que as separa. Atualmente, todos os membros contribuem de forma ativa para a economia da família; isto significa que a mulher viu o seu estatuto modificado, trabalha e participa ativamente na vida social, econômica e política” (Sapeta, 1999).

Atualmente não é mais admissível receitas prontas, o cuidado deve ser individualizado, deve conter algo de especial, de significativo, para tanto é preciso estar atento aos comportamentos familiares e principalmente ouvi-los, para então conhecer, identificar pontos fortes a serem trabalhados e ajudá-los a encontrar o caminho para ajudar o seu doente a recuperar-se. Brilhantemente Elsen diz, que,

“Cuidar de quem cuida implica cuidar da família no local onde ela se encontra, visualizar a família significa”... não apenas como aquela que deve “cumprir as determinações dos profissionais de saúde” e sim incentivar a participação desta em todo o processo de cuidar e de curar, ouvir e considerar sua opinião, esclarecer suas dúvidas e “conhecer como essa família cuida, identificando suas dificuldades e suas forças...” (Elsen apud Santos apud Lautert, 1998)

“Ser acompanhante implica em restrições e mudanças na sua rotina diária, o que é visto como uma sobrecarga, principalmente física quando referem que dormem mal, não possuem acomodações adequadas e passam muitas horas com o paciente” (Lautert et al., 1998). Apesar de todos os desconfortos e preocupações, existe um motivo significativo que os faz mudar de vida literalmente. Acredito que é a sensação de poder estar interagindo, fazendo parte do processo o que faz as pessoas encontrarem forças para superar estes momentos de sofrimento e dor. Este sofrimento não é unilateral, todos sofrem, uns por serem os atores desta situação, outros por serem os que estão por trás das câmeras, vendo, acompanhando cena por cena de um peça da qual não se sabe o fim. Estes também sofrem, portanto se pudermos oportunizar para que também façam parte da peça, com certeza a interação promoverá outro sentido ao sofrer.

Não sabemos o final desta peça, pois qualquer fim é esperado, mas o mais temido e negado é a morte. A certeza da finitude humana é encarado como fracasso,

derrota, por isso,

“a morte é, para os profissionais de saúde, sinônimo de insucesso, fracasso e frustração profissionais. Desafia-se a morte! Esta atitude está refletida nos hospitais, especialmente em unidades de cuidados intensivos ou durante situações de urgência. Se o doente morre, o pessoal vive com o sentimento de derrota. Mais, enfrentam mais uma vez a qualidade finita das suas próprias vidas e a inevitabilidade da morte, apesar da tecnologia moderna. O desafio à morte é útil quando lutamos pela vida; desnecessário quando não atendemos às realidades da situação” (Sapeta, 1999).

“A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tem sido caracterizada como um ambiente complexo, decorrente do uso crescente da tecnologia que visa atender melhor o paciente. O tratamento implantado nesse ambiente é considerado agressivo e invasivo, traduzindo-se por uma alta intensidade e complexidade de eventos e situações. Outra característica desta unidade é a despersonalização do ser, pois o paciente encontra-se fora do seu ambiente familiar, social e profissional para ficar em um ambiente descontraído”. (Guirardello et al., 1999).

Mas é na UTI que se luta constantemente pela vida, supera-se desafios, luta-se constantemente com toda a tecnologia e cuidado para se prestar um cuidado realmente de ponta. É o desafio e a surpresa que nos leva a transformar e criar uma nova realidade moderna.

Guirardello et al. (1999) valida a impressão que muitos familiares e pessoas doentes expressam no momento da internação na UTI, ou seja, que

“a figura do profissional enfermeiro foi citada, por representar um papel de destaque num momento de fragilidade, dependência física e emocional que esses pacientes vivenciaram. A necessidade de segurança e proteção, a sensação de que

estava sendo bem cuidado por esses profissionais foi de grande valor.”

“A enfermagem é uma profissão eminentemente caracterizada como prática social, sendo, portanto apropriado resgatar a complexa interação com a família no ensino da profissão.” Neman (1999)

“A família – as pessoas significativas para o cliente se fazem presentes como recurso no processo de assistir ou como participante dele, reconhecendo seu valor para o ser-doente enquanto provedor de apoio psicológico e objetivo que a enfermagem não consegue oferecer igualmente por não ser o contexto do cliente, assim reconhecendo a família como objeto do cuidado” Neman, (1999).

“Ensinar a assistência de enfermagem no contexto de família vai “muito mais além de liberar visitas”, inclui percepção, comunicação e planejamento de atividades com base na família.” (Neman, 1999). Parece fácil, mas é necessário além de boa vontade, muita competência e habilidade emocional para conduzir estas famílias para transformar suas angústias e medos em presença e cuidados. É preciso interagir e arriscar-se.

Temos ciência de que as mudanças de atitudes em relação à família deve começar na própria família, mas ser capacitada à nível de formação profissional. Por isso, cito Neman (1999):

“acredito também, que incorporar o conceito de família como objeto de intervenção do cuidado de enfermagem e considerá-la, sempre, como o contexto do cliente é um dos caminhos mais eficazes para humanizar os ambientes de cuidado à saúde e que o modo para viabilizar essa atitude é tornar o aluno de graduação e futuro profissional mais responsivo às necessidades da sociedade, criativos e capazes de pensamento criativo”.

“Em virtude das diferentes situações possíveis que geralmente ocorrem durante a atuação dos profissionais na UTI, juntamente com as características individuais de cada paciente e familiar, é importante a elaboração de um plano de visitas que possa atender, na medida do possível, às

necessidades do pacientes, da família e equipe. Dessa forma, pode-se buscar garantir um dos grandes princípios que regem a atuação do enfermeiro : promover e manter a qualidade da assistência, visando suprir as necessidade bio-psico-socioespirituais do paciente de maneira a respeitar e valorizar a sua individualidade.” (Santos et al., 1999)

Para caracterizar a UTI, compartilho as idéias de Gomes (1988) sobre a UTI, ou seja, que os serviços de Terapia Intensiva são áreas hospitalares destinadas a pacientes em estado crítico que necessitam de cuidados altamente complexos e controles estritos. A UTI tem como objetivo concentrar recursos para o atendimento ao paciente grave, que exige assistência permanente, além da utilização de equipamentos especializados. A UTI em questão atende pacientes em estado crítico ou potencialmente crítico, de ambos os sexos, de todas as idades, clínicos ou cirúrgicos e com qualquer tipo de patologia, caracterizando assim uma UTI geral.

De forma geral, os profissionais de saúde sabem que os familiares e as pessoas efetivamente significativas têm um papel fundamental no decorrer do processo de internação hospitalar do paciente. Essa importância assume maiores dimensões quando trata-se de uma internação em UTI. Neste momento, tanto o paciente quanto seus familiares podem criar fantasias ameaçadoras em torno das diferentes situações que envolvem a dinâmica da assistência prestada. Geralmente a intensificação destas fantasias leva a uma desorganização emocional dos familiares, a ponto de torná-los excessivamente ansiosos e assustados... A família deve ser compreendida como um aliado importante na equipe, podendo atuar como um recurso por meio do qual o paciente pode reafirmar, e muitas vezes, recuperar sua confiança no tratamento, de forma a investir nas suas possibilidades de sua recuperação.

“A UTI é o local do hospital que recebe pacientes graves recuperáveis, mas de alto risco, na qual a vigilância contínua é fundamental, eis que mudança rápidas

nos parâmetros clínicos podem exigir decisões imediatas e precisas” (Dias et al., Echer, 1999).

Como estes autores, encaro a UTI como um local complexo estruturalmente e com um funcionamento que não ajuda as pessoas a sentirem-se melhor.

“As UTI’s se caracterizam por serem ambientes com um grande arsenal de equipamentos sofisticados, com alarmes luminosos e sonoros, em que procedimentos invasivos são executados, a todo instante, pela equipe de saúde. Ainda que esta tecnologia seja indispensável para preservar a vida dos pacientes internados, muitas vezes, ela colabora para o aumento do estresse e desequilíbrio das relações humanas, tanto da equipe como dos familiares e pacientes.” (Echer et al., 1999)

É importante, também salientar que a presença dos familiares na UTI é relevante conforme Echer, que refere:

“a mudança de ambiente, a ruptura da sua rotina diária, o afastamento do grupo social, a tecnologia avançada que está presente no dia-a-dia destes pacientes contribuem para sua fragilização emocional e, por isto, acreditamos que nestes momentos difíceis, o contato com os visitantes tende a melhorar este quadro para o paciente e para o seu familiar.”(Echer et al., 1999)

Nesta citação está contemplada a idéia principal deste estudo, acredito também no familiar na perspectiva de cuidador para a mais rápida reabilitação da pessoa doente.

“Acreditamos que ser familiar de paciente internado em terapia intensiva é uma tarefa difícil e que merece toda atenção por parte da equipe interdisciplinar porque, além de compartilhar diariamente o sofrimento de uma pessoa querida, o familiar, muitas vezes, precisa deixar seus

afazeres para conseguir visitar o doente” (Echer et al., 1999).

Está evidenciado no cotidiano da UTI que o familiar fica “desnortado”, não sabe o que fazer e está muito carente de informações e consolo, nós, enquanto profissionais modernos não podemos deixar de voltar nossa assistência à eles, devemos orientá-los e ajudá-los a encontrar forças para encontrar o significado desta doença na vida familiar e pessoal. A interação é indispensável para minimização do sofrimento.

Sabemos, atualmente que o elemento familiar junto ao doente promove recuperação diferente do que ao contrário, quando está longe, portanto, segundo Echer et al. “Acreditamos que a visita pode contribuir para recuperação do paciente e humanizar a sua assistência, em meio a um ambiente com tantos desconhecidos e emprego de altas tecnologias.”(Echer et al., 1999)

“A família cada vez mais tem assumido parte da responsabilidade de cuidar de seus membros, e nesta perspectiva, necessita de apoio dos profissionais, no que diz respeito à atenção à saúde” (Andrade et al., 1997). Hoje em dia não se admite mais familiares desinformados e não participantes, por isso, que cabe à nós, profissionais da saúde capacitar cada vez mais os cuidadores familiares para que prestem cuidados eficazes, diminuindo as complicações e reinternações hospitalares. Mas isto está intimamente relacionado com a percepção e disponibilidade da equipe de saúde. Podemos encontrar também outras situações como famílias omissas e desinteressadas, como cita Andrade. *“quando a família é omissa o paciente é mais dependente da enfermagem e quando a família é presente o paciente precisa da enfermagem para cuidados especiais” (Andrade et al., 1997).*

“Na nossa concepção o enfermeiro não pode deixar de considerar que o paciente não é um ser abstrato e isolado, mas sim que encontra-se inserido num contexto social e mais

especificamente familiar. Considerando este fato, a mesma preocupação dispensada ao paciente, também deve ser dispensada à sua família, compreendendo-a como uma extensão do paciente, que pode também ter medos, irritações, cansaço, falta de conhecimento, e muitos outros problemas”. (Andrade et al., 1997)

“Em geral além do paciente, os familiares também estão tensos, inseguros e com medo do desconhecido relacionado ao ambiente, aos aparelhos, à condição dos outros pacientes, de como chegar até ele. (Kurcgant apud Domingues et al., 1999). Neste momento é de extrema importância a atuação do enfermeiro com a função de orientação, além do papel que assume como intermediador entre o paciente e sua família num ambiente e condições estressantes para ambos” (Domingues et al., 1999).

É novamente importante salientar a importância da visão interessada e crítica do enfermeiro para perceber o que está incomodando os familiares na internação em UTI, será que estão informados, estão no processo de negação, sentem-se inseguros? São respostas individuais, mas significativas para a equipe, no sentido de direcionar a assistência de forma personalizada.

“A orientação e a informação, em geral tranquilizam o indivíduo, pois quando este tem suas dúvidas esclarecidas, ele sente-se mais seguro e confiante” (Kurcgant apud Domingues et al., 1999). Porém, um dos maiores desafios para a enfermeira, de acordo com Stillwell apud Domingues (1999) *é atender a todas as necessidades que cada membro da família demanda pois elas variam de um indivíduo para outro e a enfermeira possui um tempo escasso por estar em constante vigilância ao paciente crítico.”* Realmente, não é fácil atender individualmente cada familiar, sendo necessário a institucionalização de uma nova assistência voltada à família, e é para isto que me disponho à colocar em prática a idéia de que a visita terapêutica é um elemento importante na assistência de enfermagem e pode ser aplicada conforme a criatividade do enfermeiro, a interação entre as pessoas e a abordagem interpessoal utilizando um marco teórico.

“Sabe-se que, atualmente, a enfermagem busca uma assistência holística ao paciente, família e comunidade. Entretanto, observa-se que na prática têm-se dado pouca atenção às necessidades psicossociais, principalmente no que diz respeito à família, que também adocece, pois segundo, Nogueira (1977) a família constitui o grupo social mais importante do indivíduo” (Domingues et al., 1999).

A partir do momento em que incorporarmos esta idéia, será fácil agirmos diferente, pois sendo a família a fonte de energia e força de todo ser humano, ela também será a mola propulsora para o sucesso. Conforme o marco de teórico utilizado neste estudo, é necessário para os profissionais de enfermagem compreenderem seu processo de viver, adoecer e morrer. Ter consciência de sua própria finitude, criar mecanismos de sobrevivência social e saber compreender e superar seus sofrimentos para melhor poder auxiliar os outros na busca dos seus próprios significados. Para explicitar estas idéias encontrei autores com o quais compartilho estes apontamentos:

“No cotidiano de trabalho em UTI convivemos com as angústias vivenciadas pelos pacientes, seus familiares e amigos. Nesse processo, convivemos, com angústia dos profissionais da equipe de Enfermagem principalmente as enfermeiras que lidam com tais situações, pois os pacientes e familiares solicitam com maior frequência o apoio desses profissionais. Evidentemente, convivemos também com nossas próprias angústias.” (Shimizu e Ciampone, 1999).

Finalmente, ao percorrer vários aspectos que considero importantes para fundamentação teórica desta proposta, acredito firmemente nela, acredito na família e no seu potencial e acredito com todas as minhas forças que a enfermagem, ao exercer seu papel de cuidadora de famílias, exerce uma atitude educativa, cuidativa, e solidária, no fortalecimento da cidadania, sua e de seus clientes. E, para finalizar, tomo a liberdade de citar Carraro (1998, p. 89), quando diz que

“o estar junto com seu doente é para o familiar um compromisso, uma obrigação, um envolvimento e um comprometimento social. A experiência vivenciada é um modo de ser complexo, que está contido no movimento dialético deste viver: o presente sobrepondo-se ao passado. O envolver-se na situação de familiar o coloca frente aos limites que ele tem perante o seu próprio viver enquanto pessoa, ser.”

2.1 Teoria de Joyce Travelbee

O interesse pela Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee, deu-se, desde o primeiro momento da opção temática, por ser uma teoria interacionista e aplicável a famílias.

O período que antecede Travelbee foi marcado pela Escola Científica ou Clássica de Taylor, Fayol e Ford, que postulava a organização científica e técnica do trabalho, onde o trabalhador é o objeto e não o sujeito da produção, cerceando a autonomia deste sobre sua tarefa.

Na época em que Travelbee estava desenvolvendo sua teoria, houve uma mudança paradigmática envolvendo o processo de produção e organização do trabalho da Escola Científica ou Clássica para a Escola das relações de Mayo, que segundo Rocha et al. (1994) *“defende a tese da necessidade psicológica do homem de sentir-se como membro de um grupo social.”*

Este contexto histórico certamente influenciou a visão do enfermeiro descrita por Travelbee, quando ela refere a importância do relacionamento interpessoal entre o enfermeiro, o paciente e a comunidade.

Para a teórica, *“a saúde mental não constitui somente ‘algo que a pessoa possui’, e sim ‘algo que a pessoa é’, como demonstram certos comportamentos e atitudes”* (Travelbee, 1963).

Partindo deste princípio, a autora considera que a enfermeira de saúde mental deve apresentar três aptidões básicas. A primeira e mais importante é a aptidão para amar, que consiste em amar-se a si mesma e, assim, transcender-se e amar aos outros. Implica na aceitação de si mesma, no auto-respeito, no conhecimento e confiança nas próprias capacidades e habilidades e ainda, na consciência das próprias limitações. A capacidade de transcender-se consiste, basicamente, em ser capaz de preocupar-se, desinteressadamente, com as outras pessoas, simplesmente pelo fato de identificar-se e compadecer-se dos outros. Esta aptidão é fundamental para o desempenho das funções do enfermeiro quais sejam, fomentar, estimular, ensinar e ajudar as pessoas e amar-se a si mesmas como requisito prévio para amar os outros.

A segunda aptidão é a capacidade de enfrentar a realidade. Esta requer que a pessoa identifique-se como um ser único e diferente, como alguém capaz de dirigir e controlar sua própria conduta e, além disso, de reconhecer seus próprios sentimentos e enfrentar-se com eles. As funções do enfermeiro, neste sentido, seriam de ajudar as pessoas a identificar os problemas e a enfrentá-los de forma realista, a reconhecer seu papel nas experiências e, se possível, encontrar soluções práticas para este problema.

A terceira aptidão é a capacidade para descobrir um propósito ou sentido na vida. Esta descoberta é fundamental para sustentar a pessoa em momentos de pressão, sofrimento, dor e solidão. A função da enfermeira, neste sentido, é a de ajudar as pessoas a desenvolverem uma filosofia de vida que tenha propósito, com a finalidade de dar-lhe suporte nos momentos de pressão e sofrimento.

Algumas pressuposições e conceitos formulados por Travelbee são derivados da filosofia existencialista e da teoria do desenvolvimento. Nesta última, a autora buscou conceitos dos estágios do desenvolvimento da relação enfermeiro-paciente e estágios de sofrimento.

Na medida em que a clientela escolhida não é uma pessoa individualmente,

mas a família que acompanha o desenrolar de um processo de internação em UTI, houve necessidade de adaptar alguns dos pressupostos de Travelbee, considerando a situação específica deste estudo.

Pressuposições da Teoria de Travelbee (Meleis, 1985) – Adaptação feita a familiares de pacientes internados em UTI:

- Seres humanos (enfermo/família/enfermeiro(a)) são seres racionais, sociais e únicos com mais diferenças do que semelhanças entre si.
- Todo ser humano vivencia certas experiências e buscará significado nelas durante o processo de viver. Essas experiências poderiam ser consideradas como um todo coerente e serem compreendidas (p. ex.: doenças, internação em UTI, ansiedade, alegria, dano)
- Rótulos tendem a provocar categorias estereotipadas. As enfermeiras deveriam lembrar que pacientes são seres humanos que diferem de outros seres humanos somente na solicitação de ajuda de outros seres humanos considerados capazes de ajudá-los a resolver problemas de saúde. Famílias diferem entre si pela capacidade de enfrentar as situações de crise, doença e sofrimento.
- As relações entre familiar/enfermeiro e familiar/enfermo são estabelecidas quando os parceiros percebem a singularidade um do outro. Então, tais relações transcendem os papéis e são verdadeiras, significativas e eficazes, baseadas na percepção da singularidade.
- As relações enfermeiro/familiar e familiar/enfermo são baseadas na percepção destes sobre a doença. A doença é entendida somente no contexto das percepções do paciente, familiar e enfermeiro.
- Experiências de doença, sofrimento e dor poderiam ser auto-

realizadoras, se os indivíduos encontrassem significado nelas.

- Os seres humanos são motivados a buscar e compreender o significado de todas as experiências de vida.

- Doença e sofrimento não são só encontros físicos de seres humanos, elas são também encontros emocionais e espirituais.

- A interação familiar/enfermeiro e familiar/enfermo, quando resolvida, realiza os objetivos da enfermagem.

- Comunicação é o processo que pode capacitar o enfermeiro a estabelecer uma relação familiar/enfermeiro e familiar/enfermo e, através disso, atingir o propósito de enfermagem – isto é, ajudar indivíduos e famílias a prevenir e enfrentar a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, ajudá-los a encontrar significado nestas experiências.

- É esperado que os enfermeiros e familiares descubram o real significado daquilo que é comunicado.

Travelbee baseou suas pressuposições na corrente de pensamento fenomenológica (filosofia existencialista). As pressuposições foram apresentadas de forma explícita e congruente com os conceitos e pressuposições utilizados, muito embora constatem-se incongruências, que talvez estejam nas pressuposições da teoria do desenvolvimento, de uma progressão ordenada e a carência de ordenação inerente ao existencialismo filosófico. Apesar desta falha, Meleis (1985) considera que Travelbee tem, eficiente e utilmente, sintetizado pressuposições e conceitos tanto da teoria do desenvolvimento quanto da filosofia existencial para descrever a complexidade da natureza humana através de acontecimentos humanos significantes.

Em sua segunda obra (*Intervención en Enfermería Psiquiátrica: el*

proceso de la relacion de persona a persona), Travelbee expõe algumas premissas básicas que orientam a Relação Pessoa a Pessoa, entre as quais, destacam-se as seguintes:

a) O estabelecimento, manutenção e término da Relação Pessoa a Pessoa constituem atividades que se encontram dentro do campo da prática de enfermagem (Travelbee, 1971).

A autora acredita que a relação enfermeiro-paciente constitui uma relação profissional autônoma, compartilhada com outros profissionais de saúde, com o objetivo de ajudar o paciente a reintegrar-se à sociedade. Por encontrar-se no âmbito da ação profissional do enfermeiro, a Relação Pessoa-Pessoa deve ser percebida e exercida como uma função independente de Enfermagem e, como todas as outras ações de enfermagem, deve ser dirigida pelo enfermeiro.

Travelbee condiciona o estabelecimento de uma relação à transcendência dos papéis de enfermeira e paciente para que, desta forma, cada um possa perceber o outro como ser humano singular.

b) O conhecimento, a compreensão e as habilidades requeridas para planejar, estruturar, fornecer e avaliar a atenção durante a Relação Pessoa a Pessoa, constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade de trabalhar em grupos (Travelbee, 1971).

2.2 Conceitos

Ao escolher o marco conceitual desta dissertação, procurei contemplar alguns aspectos que condissessem com as idéias e objetivos traçados. Desse modo, estão inclusos o perfil da teoria e os pontos fortes das fases propostas por ela, assim como alguns dados biográficos, que estão descritos na metodologia, os quais foram traduzidos da obra *Nursing theorists and their work* (Marriner-Tomey, 1994).

Selecionou-se, nessa teoria, as idéias e os pontos aplicáveis à situação em estudo, qual seja, os familiares de pacientes internados em UTI. Trata-se, portanto, de uma orientação teórica e não a aplicação pura da teoria.

A estrutura interna da teoria de Travelbee fundamenta-se nas concepções em que a autora formula suas idéias (crenças e valores) acerca da relação enfermeiro-paciente, e alguns desses conceitos estão definidos a seguir.

Enfermagem e Enfermeira

Travelbee conceituou a enfermagem como um *“processo interpessoal através do qual a enfermeira profissional ajuda um indivíduo, família ou comunidade a prevenir ou enfrentar a experiência da doença e do sofrimento e, mesmo assim, se for necessário, encontrar significado nesta experiência da doença e do sofrimento”*. O conceito de enfermeiro parte da concepção de um indivíduo singular e insubstituível que está em processo permanente de transformação, evolução e mudança. *“O enfermeiro possui um corpo de conhecimentos especializados e habilidade para usá-los com o propósito de assistir outros seres humanos para prevenir doenças, recuperar a saúde, encontrar significado na doença ou manter o mais alto grau de saúde.”* Por isso, acredita-se que a aplicação da teoria de Travelbee, na prática de educação de famílias de pacientes internados em UTI, é possível, para promover e recuperar a saúde do indivíduo e da família. O enfermeiro, com esta proposta, auxilia a família a enfrentar a doença e buscar o significado para a própria vida, tornando-se parte no processo terapêutico (Marriner-Tomey, 1994).

Saúde/Doença

Travelbee conceituou a doença pelo critério da saúde subjetiva e objetiva. O estado de saúde subjetiva de uma pessoa é um estado de bem-estar definido individualmente de acordo com a auto-avaliação do estado físico-emocional-

espiritual. Saúde objetiva é *“uma ausência de doenças, deficiências e defeitos discerníveis como os medidos por exame físico, análises laboratoriais, avaliação por um orientador espiritual ou conselheiro psicológico”*. Doença *“é uma categoria e uma classificação”*.

Travelbee não usou o termo doença como uma definição do ser não saudável, mas explorou bastante a experiência humana da doença. O critério objetivo é determinado pelos efeitos externos da doença do indivíduo. O critério subjetivo refere-se ao modo no qual o ser humano percebe-se como doente (Marriner-Tomey, 1994).

Assim, considerando-se a experiência das pessoas numa situação de gravidade do estado de saúde de um familiar, além do próprio, esta é uma situação em que elas necessitam estabelecer nexos entre o que lhes ocorre, para que não percam o sentido da vida. A saúde, como bem almejado não será sobreposto a outros valores, a ponto de serem esquecidos princípios éticos. A doença não é algo desejado, mas não pode ser pretexto para ações inadequadas, tais como busca de atenção suplementar, super valorização exclusiva de seu ente querido, em detrimento de outros que possam estar sofrendo igualmente, e assim por diante. Assim, a experiência será significativa se se elevarem os valores humanos, tais como afetividade, justiça e igualdade entre os envolvidos.

Ambiente

Segundo Marriner-Tomey (1994), Travelbee não explicita o conceito de ambiente em sua teoria. Ela define a condição humana pela experiência, pelos seres humanos, de sentimentos como sofrimento, esperança, dor e doença. Essas condições podem ser equiparadas ao ambiente.

No contexto deste trabalho, ambiente é a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde permanecem internados pacientes de alto risco, com quadros clínicos e

cirúrgicos complexos e complicados. Estes pacientes exigem cuidados de enfermagem e médicos imediatos, de alta complexidade e de qualidade. É muito importante considerar que este enfermo está frágil e isolado, que sua família está angustiada, manifestando medos e dúvidas, sem poder interferir diretamente no cuidado. Frente à esta situação, acredita-se adequada a proposta de encontros terapêuticos, no sentido de promover uma visita terapêutica entre familiar e enfermo.

Sufrimento e dor

“Sufrimento é um sentimento de desprazer que varia de um simples desconforto transitório, desconforto mental, físico ou espiritual à angústia extrema e até aquelas fases além da angústia, isto é, a fase nociva do ‘não me importo’ desesperado e a fase terminal de indiferença apática”. Esta experiência pode variar de intensidade, de acordo com os indivíduos envolvidos nesta vivência. Vale ressaltar que lidar com o sofrimento de outrem requer um alto grau de interação para que possa haver aproximação à experiência do indivíduo (Marriner-Tomey, 1994).

“A dor em si não é observável – somente seus efeitos são notados”. A dor é uma experiência solitária que é difícil de ser comunicada para outra pessoa. A experiência da dor é única para cada pessoa, de modo que a enfermeira precisa estar atenta aos modos de expressão da pessoa, oferecendo ajuda em momentos de maior tensão e sofrimento.

A enfermeira deve estar consciente de que o sofrimento pode levar a pessoa a atos e desejos pouco condizentes com a dignidade, devendo, portanto, aprender a ser discreta, porém firme, sempre estabelecendo nexos entre o momento presente e a vida como um todo.

Esperança e Desesperança

“Esperança é um estado mental caracterizado pelo desejo de alcançar um

fim ou realizar uma meta combinado com algum grau de expectativa no qual aquilo que é desejado ou buscado é atingível". A esperança está relacionada com a confiança nos outros, escolha, desejo, perseverança e coragem, e é orientada para o futuro. A desesperança é estar desprovido de esperança (Marriner-Tomey, 1994). O prefixo *des* acrescido ao vocábulo 'esperança', forma o significado de supressão. A esperança 'erradicada' do ser que cultivava uma determinada expectativa de realização pessoal. Des-esperar é deixar de esperar. O indivíduo que chega a esse patamar de vida se aproxima da anulação do próprio papel que desempenha no meio em que vive.

Neste aspectos, a enfermeira pode ser um elo de ligação entre a pessoa que sofre, seja o doente ou sua família, e o seu próprio sentido de viver. Neste sentido, deve aproximar-se das pessoas como uma âncora, onde encontre sustentação para seu particular momento de crise.

No entanto, ser apoio não quer dizer produzir dependência. Mas ao contrário, valorizar qualquer movimento de auto-cuidado, sendo suporte e ensinando.

Comunicação e Relação de interação

Comunicação *"é um processo que pode capacitar a enfermeira para estabelecer uma relação pessoa a pessoa e, deste modo, realizar o propósito da enfermagem, isto é, assistir indivíduos e famílias a prevenir e enfrentar a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, ajudá-los a encontrar significado nessas experiências"* (Marriner-Tomey, 1994).

A teoria de Travelbee é considerada interacionista por focalizar o estabelecimento das relações interpessoais como possibilidade de crescimento para todos os envolvidos, exercendo influências entre si através da comunicação verbal e não-verbal. Os envolvidos, sejam familiares ou enfermos têm o objetivo de auxiliar no enfrentamento e na compreensão da experiência que se vivencia durante o

processo da doença. A partir do compartilhamento desses momentos interativos, estabelece-se, também, um processo pedagógico, colocando os indivíduos em contínua e mútua aprendizagem.

Visita Terapêutica

A família é entendida como uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem constituindo uma história de vida. Os membros são unidos por laços de afetividade ou consangüinidade. A visita terapêutica é o encontro entre esses indivíduos que são envolvidos por laços familiares que buscam, a partir das relações interpessoais, a superação da dor e do sofrimento através do significado das experiências de vida. Ela pode acontecer tanto entre enfermeiro/familiar, quanto de familiar/enfermo e enfermeiro/enfermo, basta que as pessoas encontrem-se, identifiquem-se, empatizem umas com as outras, simpatizem mutuamente, tornem-se solidárias e afins como seres humanos. A visita pode ocorrer em qualquer ambiente, depende somente das pessoas para que aconteça, mesmo na ante sala de uma UTI.

Uso Terapêutico Do Eu

“O uso terapêutico do eu é a habilidade para usar a personalidade conscientemente e em plena ciência na tentativa de estabelecer uma relação e de estruturar a intervenção de enfermagem.” Isto requer auto – percepção, auto-conhecimento e conhecimento da dinâmica do comportamento humano, habilidade para interpretar seu próprio comportamento assim como o dos outros, e a habilidade para intervir eficientemente em situação de enfermagem” (Marriner-Tomey, 1994). No caso da visita dos familiares, é justamente este o sentido buscado para identificá-las como terapêutica, ou seja, pelo uso do eu de cada um deles, para propiciar conforto e ajuda.

Empatia

Empatia “*é um processo em que um indivíduo é capaz de entender o estado psicológico do outro*” (Marriner-Tomey, 1994). Difere de 'simpatia' porque esta “*Implica um desejo de ajudar um indivíduo submetido a estresse*” (Marriner-Tomey, 1994). Um sentimento simpático é mais envolvente que um envolvimento empático. No primeiro, um indivíduo tem uma interação tão forte que pode ser capaz de perceber os sentimentos do outro e comprometer-se com ele. No segundo, não há, ainda, a percepção que comprometa, mas uma aproximação sem compromisso obrigatoriamente duradouro, quando o enfermeiro tenta colocar-se no lugar do outro buscando compreendê-lo.

Rapport

“*É um processo, um acontecimento, uma experiência, ou série de experiências, vivenciadas simultaneamente pelo enfermeiro e aquele que recebeu seu cuidado. É composto de um conjunto de pensamentos e sentimentos interrelacionados, sendo que estes pensamentos, sentimentos e atitudes são transmitidos ou comunicados de um ser humano para outro*” (Marriner-Tomey, 1994). É uma extensão do processo de comunicação. Nele, além das manifestações verbais e não verbais, aflora um entendimento captado pelas expressões de sentimentos que são logo percebidos entre os indivíduos envolvidos e implica na mudança de comportamento.

Relação Pessoa a Pessoa

Pode-se afirmar, em enfermagem, que 'relação pessoa a pessoa' é uma experiência ou série de experiências entre enfermeiro e as pessoas que recebem o seu cuidado. A principal característica dessa experiência é que a necessidade de atendimento de enfermagem do indivíduo (ou família) seja satisfeita. Pode ser conceituado como: “*a relação Pessoa a Pessoa, em situações de enfermagem, é o modo pelo qual o propósito de enfermagem é realizado*” (Marriner-Tomey, 1994). Ou ainda: “*a relação Pessoa a Pessoa é estabelecida quando o enfermeiro e a pessoa que recebe o seu cuidado alcançaram um rapport após terem desenvolvido as etapas de*

encontro original, de identidade emergentes, da empatia e de simpatia? (Marriner-Tomey, 1994).

Revisar estes conceitos teóricos é de fundamental importância para compreender e auxiliar a delinear a nova proposta de assistência à família na sala de espera de uma UTI. Torna-se imprescindível que a enfermeira e os envolvidos percebam e compreendam os caminhos trilhados para que o sucesso da interação ocorra em sua plenitude.

2.2.1 Marco referencial



O marco de referência tem por objetivo demonstrar visualmente como é percebida a realidade a ser modificada e melhorada com a proposta deste estudo. Trata-se de uma analogia com a natureza, que representa muitas situações de vida.

Entende-se que a doença representa um momento de complexidade na vida de qualquer pessoa. Ela desestrutura, desequilibra, desacomoda tanto o enfermo quanto a família. A analogia com o mar representa muito bem a situação de doença, uma vez que os movimentos das águas nascem nas profundezas e, cumprindo uma trajetória de obstáculos, conjugada com fatores como temperaturas, ventos, posição dos astros e planetas, formam as ondas que rebentam na superfície, configurando-se com quadros de instabilidade, pela capacidade de mobilizar as estruturas. Nesse trajeto, pode levar consigo tudo o que encontra, assustando e, ao mesmo tempo, inovando. Percebe-se esta situação, quando uma família tem um ente querido na UTI, e sente-se atemorizada, com a perspectiva de perda, que seria o flagelo causado pelo mar de sentimentos que se movem descompassadamente, desorientando, principalmente quando fica sem a informação precisa. Dependendo da estrutura familiar, que é como o leme da embarcação que está sobre o mar, o abalo será maior ou menor. Quanto mais forte a interação entre familiar/enfermeiro, enfermo/enfermeiro, mais possibilidades de êxito no cuidado terão aqueles que mantiverem-se com lucidez, na superação da doença.

Esta proposta de estender o cuidado aos familiares de pacientes internados na UTI, tem a intenção de tornar a visita de familiares como terapêutica. Essa é a representação da âncora, que procura transmitir confiança, estabilidade, lucidez, informações e auxilia a encontrar forças para enfrentar a complexidade da circunstância. A âncora não tem sentido de estagnação, mas de suporte no momento da borrasca. Tem também o sentido de reencontro da direção e do significado das experiências vividas. Quando o mar se acalma, a âncora pode ser recolhida, mas nunca abandonada. O suporte que amparou os familiares/enfermeiro e o enfermo, está fortalecido. É necessário que os tripulantes dessa empreitada continuem na

direção dialógica que os fez sentirem-se âncora, renovadores da esperança e cultivadores da energia que o grupo foi capaz de passar ao enfermo.

2.3 Proposições

Proposições são propostas fundamentadas, teoricamente, em afirmações nas quais se acredita. Por isso, a teoria de Travelbee, norteadora deste estudo, ensejou que fossem apontadas as proposições mais significativas no processo de entendimento da relação enfermeiro/familiares, que são as seguintes:

- o propósito da enfermagem é alcançado através do estabelecimento da relação pessoa a pessoa. A condição humana é compartilhada por todos os seres humanos e é dicotomizada na natureza;
- a maioria das pessoas (enfermos, enfermeiro e familiares), a qualquer tempo e em graus variados, experimentará alegria, contentamento, felicidade e amor. Todas as pessoas, algum dia em suas vidas, confrontar-se-ão com a doença e a dor (sofrimento mental, físico ou espiritual) e, possivelmente, se defrontarão com a morte;
- a qualidade e quantidade de cuidado de enfermagem dispensado a um ser humano doente é grandemente influenciado pela percepção do enfermeiro em relação à família e ao paciente;
- os termos paciente, familiar e enfermeiro são estereótipos úteis somente para a economia comunicativa. Os papéis do enfermeiro e do paciente devem ser transcendidos para estabelecer uma Relação Pessoa a Pessoa;
- doença e sofrimento *“são conflitos espirituais assim como experiências físico-emocionais”*;

- o processo de comunicação capacita “o enfermeiro a estabelecer uma relação pessoa a pessoa, e através disso, atingir o propósito da Enfermagem”;
- indivíduos (enfermo, enfermeira e familiar) podem ser ajudados para encontrar significado na experiência da doença e do sofrimento. O significado pode capacitar o indivíduo a enfrentar os problemas gerados por essas experiências;
- os valores espirituais e éticos do enfermeiro e suas crenças filosóficas sobre a doença e o sofrimento determinarão a extensão em que este profissional será capaz de ajudar os indivíduos e as famílias a encontrar significado (ou não) nessas experiências difíceis;
- é da responsabilidade do enfermeiro ajudar indivíduos e famílias a procurarem significado na doença e sofrimento (se isto for necessário).

2.4 O modelo relação pessoa a pessoa

Para apresentar sua proposta conceitual, Travelbee aponta alguns requisitos, os quais considerava fundamentais para uma relação pessoa a pessoa.

a) Compromisso emocional: é a capacidade de transcender-se a si mesmo e interessar-se por outra pessoa, sem que este interesse possa inabilitar o enfermeiro.

São requisitos prévios:

- reconhecimento e aceitação de si mesmo como entidade distinta (ser singular) – CONHECIMENTO;
- capacidade concomitante para perceber os outros como seres humanos únicos – INSTROSPECÇÃO;
- capacidade de expressar ou controlar a expressão dos sentimentos

quando se interage com família/enfermo – e fazer isso de forma consciente e com senso de oportunidade – AUTODISCIPLINA;

b) Aceitação e atitude não julgadora: implica em aceitar o familiar/enfermo tal como é.

A aceitação pode, ou não, ser um processo automático. Aceita-se automaticamente quem tende a satisfazer as necessidades. Não se aceita as pessoas que ameaçam a auto-estima ou que, de alguma maneira, sejam incapazes de satisfazer as necessidades.

A aceitação, quando não constitui um processo automático, constitui uma meta a alcançar. No caso de um enfermeiro não poder aceitar um paciente é melhor para ambos que faça um reconhecimento franco de seus sentimentos do que negá-los e dirigir sua raiva à família/enfermo, rechaçando-os ou punindo-os por seu comportamento.

A aceitação, como compromisso emocional e o cuidado terno e amoroso, não ocorre automaticamente ou como meta a ser alcançada.

Com atitude não julgadora, o enfermeiro deve esforçar-se por ter consciência dos juízos que formula sobre o paciente e seu comportamento para poder intervir com eficácia.

c) A subjetividade e a relação enfermeiro-familiar/enfermo

Objetividade é considerada a “*capacidade para observar o que realmente está ocorrendo, excluindo prejuízos derivados de sentimentos pessoais*” (Travelbee, 1971).

A objetividade absoluta é inalcançável. Conseguir um grau razoável de

objetividade constitui uma meta na interação enfermeiro-paciente. A objetividade, entendida como isolamento ou “frieza” constitui uma barreira para estabelecer uma relação significativa com outro ser humano.

Estes elementos da teoria são evidenciados através das fases propostas pela autora para o processo de enfermagem, como veremos na metodologia, a seguir.

A forma como a teoria das Relações Interpessoais de Travelbee está sendo abordada é ao mesmo tempo utópica e desafiadora; é antiga e ao mesmo tempo atual; é assustadora e também instigante. Enfim, é uma teoria que não permite apatia, ela estimula o sonho de acreditar que a possibilidade de melhoria da sociedade está no ser humano e nas suas relações; é desafiadora porque não permite o “mais ou menos”- exige interação, o inteiro; é atual, porque nesta transição para o próximo milênio há uma tendência de voltar às origens, às relações mais íntimas; acredita-se que também é assustadora, porque exige desprendimento e abertura de si para o encontro com o outro; e, por fim, é instigante, porque estimula a seguir em frente no sentido de enfrentar os desafios. Este pensamento é contrário à fragmentação, numa tentativa de combater a violência da desumanização e, em meio à crise, propor um novo paradigma permeado por valores centrados no respeito à pessoa humana, principalmente quando esta se encontra com sua saúde abalada, necessitando de ajuda.

3 METODOLOGIA

3.1 Determinação e descrição do locus

Uma Unidade de Terapia Intensiva existe para isolar doentes infectados ou com doenças infecto-contagiosas. É, na sua estrutura física, localizada no subsolo do Hospital, ao final do corredor. Tem capacidade para nove leitos, sendo divididos por boxes, sendo um duplo, três individuais e o maior com quatro leitos. Há também salas para materiais, expurgo, limpeza, copa, para prescrição, vestiários, banheiros. Ao lado da UTI há um bloco cirúrgico com duas salas para pacientes infectados e uma sala de recuperação pós-anestésica com capacidade para três leitos. Há uma pequena sala de espera onde foi realizada a primeira etapa deste trabalho. É uma sala pequena, com 8 (oito) cadeiras, uma antiga mesa de centro e vaso de flores artificiais. As janelas são do tipo basculantes, por onde entra pouquíssima luminosidade. Há somente uma porta que serve para a entrada e a saída da UTI, seja por pacientes que entram ou saem para outro lugar, pós óbitos, permanência de familiares e vai-e-vem dos profissionais da saúde. Isto já causou grande constrangimento no que tange à morte, principalmente. Para os familiares é uma realidade muito desagradável.

Os profissionais que ali trabalham formam equipes compostas por várias categorias profissionais que, juntos, lutam para manter um bom nível de cuidados aos pacientes e familiares. Observa-se neles uma grande preocupação relacionada com a relação equipe-família. Eles referem que deveria ser dada mais atenção e orientações aos familiares, porque observam o quanto ficam perdidos e desorientados por ter um paciente internado na UTI. A exposição desta proposta teve ampla receptividade e valorização

Conta-se, na UTI-Isolamento, com 4 (quatro) turmas: manhã e tarde com 6 (seis) auxiliares de enfermagem/turno e um enfermeiro/turno. À noite são 5 (cinco) auxiliares e um enfermeiro por turno. A secretária faz 8 horas (manhã e tarde), a servente

8 horas (manhã e tarde), a auxiliar de sanificação pela manhã e outra à tarde. À noite a limpeza é feita pela equipe do plantão. A equipe médica é composta por cinco plantonistas, com esquema de plantões semanais de 24 horas nos finais de semana, 48 horas uma vez por mês. A copeira não é fixa, é a mesma das outras UTI's.

A UTI tem caráter misto quanto à assistência médica. O médico assistente junto com plantonistas são os que coordenam as mudanças nos tratamentos terapêuticos.

A equipe de enfermagem planeja e executa os cuidados relativos às necessidades apresentadas pelos pacientes. São pacientes com alto grau de dependência da enfermagem, por isso, são profissionais que desenvolvem, ao longo do tempo, maior habilidade para relacionar-se com as pessoas, sendo pacientes, colegas e familiares. É muito comum que fiquem comovidos com o sofrimento dos doentes e familiares, assim como, também se emocionam juntos as mínimas vitórias. Quando é referido que os familiares ficam angustiados, sofrem muito, compartilha-se desses sentimentos, porque acompanha-se a dor e o sofrimento deles. É necessário repensar sempre sobre a vida, os conceitos sobre doença, sofrimento, e, na realidade, observa-se uma mudança também nos comportamentos e atitudes, geralmente, relacionados à lições de vida que quotidianamente são oferecidas.

3.1.1 Dados históricos sobre a UTI - Isolamento

Esta viagem na história de uma UTI-Isolamento foi muito interessante, promoveu o resgate de muitos valores e proporcionou, acima de tudo, compreender a realidade para planejar o futuro. Procurei organizar o relato de uma visão retrospectiva da realidade atual e prospectiva, tendo em vista um processo de construção permanente, mas agora de forma planejada e com visão de futuro.

Entende-se a UTI como um setor ímpar e instigante, que ao mesmo tempo que é discriminado é também valorizado e seguido como exemplo pela sua eficácia e

eficiência. Sabe-se que o referencial que faz esta diferença são as pessoas que lá trabalham, pois sentem-se desafiadas a dar o melhor de si e incorporam uma assistência de enfermagem humanizada, em que se vê o ser humano como um ser frágil, com história própria e que está necessitando de cuidados. A enfermagem oferece a este cliente os cuidados complexos, com competência, agilidade, atenção e dedicação.

A UTI-Isolamento foi idealizada por profissionais de diversas áreas, principalmente médicos e profissionais de enfermagem. Alguns destes permanecem até os dias de hoje trabalhando neste setor, mas a grande maioria não se encontra mais na instituição. O início da construção da UTI-Isolamento foi por volta de novembro de 1983 e o início das atividades, em setembro de 1984.

A UTI-Isolamento surgiu com o intuito de assistir àqueles doentes em situação grave e com o agravante da infecção, que a princípio não “poderiam” permanecer nas outras UTI's do hospital.

Inicialmente, estes pacientes permaneciam na UTI-Intermediária que é uma unidade composta por nove leitos, com uma sala ampla. Não havia médico plantonista. Quem atendia as intercorrências eram os residentes e médicos assistentes. Os pacientes eram transferidos para esta unidade porque não tinham muitas “chances”, eram “abandonados”, cheiravam mal, estavam inundados de secreção e exigiam muitos cuidados, principalmente da enfermagem. A equipe era composta por sete auxiliares de enfermagem e assistentes de enfermagem oito horas diárias.

Como foi aumentada a procura do setor para estes pacientes, surgiu a necessidade de contratação de um enfermeiro que veio para fortalecer o projeto de criação de uma UTI que atendesse estes pacientes. Inicialmente, o local indicado era uma parte central do hospital, onde atualmente é a UTI-Pediátrica, mas com o argumento de que estes pacientes “infectados” deveriam ser dispostos em local mais

isolado, definiu-se o local onde, antigamente, eram as salas de técnicas da faculdade, salas do técnico de enfermagem, diretório da Medicina e lancheria do hospital.

Foi então que se iniciou a construção da UTI-Isolamento, contando com muita expansão e criatividade nos projetos e atividades, pois o maior objetivo era mudar a imagem da UTI-Isolamento. Houve atuação direta do serviço de manutenção, da equipe de enfermagem e dos médicos. O processo foi meticuloso e pioneiro, as paredes eram derrubadas e os boxes projetados com riscos de giz, com tijolos e num processo contínuo de fazer-refazer, para conseguir o melhor. Este período de construção levou praticamente um ano.

A organização, suprimentos de materiais, confecção de pacotes eram atividades em que toda a equipe se envolvia, motivada para ver consolidado um setor com características especiais. Enfim, em 1984, houve uma missa de inauguração e confraternização, com a admissão de um paciente naquele dia para ser o pioneiro num setor que viria com uma proposta de mudança, de melhoria. Com o passar do tempo, a equipe foi se ampliando e se consolidando cada vez mais como uma Unidade de Terapia Intensiva para pacientes com alto grau de dependência para o cuidado e também infectados. Portanto, com este espírito “guerreiro” e desafiador que a UTI-Isolamento foi conquistando seu espaço com competência, afinco, dedicação e, principalmente, oferecendo serviços com cuidados de qualidade e excelência.

A UTI-Intermediária era vista como “*casa do terror*”, “*corredor da morte*”; sem janela, escura, com paredes verde-escuro e com infiltrações. Era, literalmente, como o fim do túnel. Os médicos encaminhavam pacientes graves, com sepse, com abundante secreção, com seqüelas neurológicas, com sepse abdominal. Estes pacientes não tinham mais esperança de recuperação. Alguns relatos existem sobre as surpresas provocadas pela recuperação de alguns pacientes que, com a gravidade de sua situação, pois era desacreditada sua melhora. Mas a equipe, firmemente, investia nos cuidados, na reabilitação e alimentação adequados. Foi com estes pacientes

jovens e graves que se recuperaram na UTI-Isolamento, que fortaleceu a necessidade de melhoria nas condições físicas e de pessoal. Este pessoal é que fez a diferença, com o seu trabalho, com cuidado, investindo nas pessoas, procedimentos complexos feitos com competência. Esta era a maior prova de que se necessitava de uma nova UTI naquele contexto.

Com este resgate, pode-se entender em muito a realidade atual. Hoje, a UTI-Isolamento conta com nove leitos. Os equipamentos necessários para UTI, ainda que em número exato, às vezes, devido à sua qualidade inferior, ficam muito tempo em conserto. Conta com vinte e dois auxiliares de enfermagem nos quatro turnos: quatro enfermeiros, mais dois para substituir folgas uma vez por mês (dia), um para cada turno, cinco médicos plantonistas, uma secretária, duas auxiliares de sanificação, uma auxiliar de serviços gerais e uma copeira que atende as três UTI's. A nutricionista é responsável por vários setores do hospital, passa uma vez por dia e orienta dietas quando necessário. A equipe de fisioterapia faz suas atividades terapêuticas durante manhã e tarde, constando de um fisioterapeuta e quatro auxiliares de fisioterapia: dois pela manhã e dois pela tarde. É uma equipe dinâmica, cada um com suas chefias específicas, interagindo continuamente, sendo o enfermeiro quem assume o papel de conciliador/mediador. Observa-se que há uma forte noção de equipe multiprofissional.

Quanto aos equipamentos, ainda há muito a ser feito em relação ao número e à manutenção. Recebe-se sempre equipamentos (monitores, respiradores...) que não serviram para outros setores ou foram recauchutados, e no caso de serem novos, são aqueles que também não foram aceitos por outros setores. Já houve algumas situações em que foram solicitados equipamentos novos, que chegaram, mas foram transferidos para outros setores, recebendo-se o usado. Isto faz com que os equipamentos sejam sucateados, de má qualidade e muitas vezes deixam falhas ao não funcionarem em situações críticas de urgência.

Durante o seu processo de formação, em relação à equipe de enfermagem,

somos quatro enfermeiros que fazem carga horária de quarenta e duas horas semanais, são responsáveis pelo gerenciamento da unidade no seu turno de trabalho e pela assistência de enfermagem, sendo que a enfermeira da manhã é a responsável administrativa do setor. A equipe é subordinada a duas chefes.

Os enfermeiros da UTI são guerreiros, gostam e buscam desafios, são assistenciais por excelência e gerentes "por tabela". Têm o reconhecimento do hospital pela competência no cuidado a pacientes graves, complicados, com grandes curativos e com cuidados a pacientes que têm alto grau de dependência para o cuidado. Reúnem-se sistematicamente, fora do horário de trabalho, em que discutem a realidade, pontos a melhorar, coisas a serem valorizadas e também avaliam continuamente a atuação da UTI. Organizam reuniões, treinamentos e educação em serviço. Procuram falar a mesma linguagem, sempre buscam condutas uniformes que os torne mais fortes. São responsáveis pela admissão e demissão de pessoal de seus turnos, procurando avaliar continuamente sua equipe e também promover melhorias contínuas. Por isso fica evidente que aplicam a liderança de forma eficaz.

Quanto às categorias profissionais que compõe a equipe da UTI-Isolamento. Elas interagem de maneira mais ou menos intensa conforme sua filosofia de trabalho. Algumas destas, ainda deixam de lado a UTI por ser a UTI-Isolamento.

Atualmente, recebe-se pacientes de todo o Hospital, de setores ou UTI's e também de fora deste, até de outras cidades. As patologias são variadas, o grande índice de problemas são infecções respiratórias, infecções em pós-operatórios, porém, pacientes clínicos e cirúrgicos limpos também internam. Como a procura por cuidados intensivos é muito grande, a UTI acaba atendendo pacientes de todas as patologias. O setor adaptou-se a estas mudanças, no sentido de atender estas necessidades. Pode-se considerá-la UTI geral com boxes isolados.

Desde o início, a UTI teve a característica de investir em pacientes complicados, que necessitam de cuidados de enfermagem de alta complexidade e, por isso, ainda se é

considerado competente nisto. Investe-se nestes pacientes e se tem obtido boas notícias. Este é o aspecto mais valorizado, pois é uma equipe que não mede esforços para recuperar pacientes graves/crônicos.

Como diz Bettinelli (1998, p. 21),

“muitas vezes a enfermagem, com esta visão tecnicista que valoriza sobremaneira os instrumentos, impede reflexões diárias sobre postura e conduta profissional, distanciando cada vez mais a pessoa do profissional, da pessoa a ser cuidada. Esta postura pode até tornar-se antiética, inibindo o exercício da reciprocidade, da troca e da utilização da sensibilidade ao cuidar.”

Os profissionais de enfermagem da UTI não seguem uma assistência de enfermagem sistematizada. Há um modelo próprio, adaptado a várias linhas teóricas, não intencionalmente, mas que direcionam os cuidados. Há uma prescrição de cuidados, mais voltado à higiene e procedimentos. O enfermeiro diariamente faz a visita, o exame físico, orienta cuidados e define ações mais intensivas em áreas, com falhas e reforça cuidados muitas vezes ineficazes. Nas evoluções constam estes dados, os dados do exame físico, procedimento, cuidados, condutas, planejamento, alterações clínicas, exames feitos ou aguardando e também avaliações, e ainda que não sistematizado, é respeitado por outros profissionais por ser mais completo.

3.2 Procedimentos metodológicos

Com a perspectiva de criar um espaço terapêutico para o desenvolvimento deste trabalho, iniciou-se pelos trâmites legais necessários, apresentando o protocolo à Chefia de Enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo, incluindo o compromisso ético de manter no mais absoluto sigilo a identidade dos participantes, profissionais, pacientes e familiares.

Fez-se encontros com as equipes de trabalho, principalmente com as do noturno, para refletir sobre esta nova proposta de trabalho que foi apresentada a todos. Após, foram abordados assuntos pertinentes como: papel da equipe nas visitas dos familiares; auxiliar na aproximação pessoa/pessoa dos familiares com o enfermo e lhes transmitir segurança; fez-se uma reflexão com a equipe sobre a proposta de trabalho à luz da Teoria das Relações interpessoais de Joyce Travelbee, para que fosse possível maior participação e um trabalho feito em equipe.

Os encontros com os familiares foram diários, durante o período de internação dos pacientes. A proposta foi desenvolvida por 20 dias, no mês de agosto de 1999, em horários que antecediam o horário de visitas, como exemplo: das 18h e 30 min às 19 h. O horário das visitas era das 19h às 19h e 30 min, sendo que a presença da autora foi constante, neste horário, para esclarecer dúvidas que ocorriam durante a visita, apoiou-se, incentivou-se e foi dado suporte no enfrentamento da doença. O tempo de encontro foi definido junto aos familiares tendo em vista a disponibilidade das pessoas significativas.

Os enfermos foram selecionados quanto ao grau de dependência para o cuidado, quanto às necessidades de estímulo e interação para ir além da terapêutica tradicional. Escolheu-se, para melhor identificar as pessoas envolvidas, nomes fictícios. Após definidos os enfermos que fizeram parte desta nova proposta de cuidado, foram escolhidas pessoas indicadas pelo próprio enfermo como pessoas significativas para ele, e estas pessoas foram convidadas a participar dos encontros para a proposta de visita terapêutica e, após concordarem, iniciaram-se os encontros. Participaram familiares significativos para cada paciente, tendo em vista as necessidades individuais, sendo solicitado para que somente estes permanecessem na visita noturna, a fim de maior interação enfermo/familiar/profissionais de enfermagem. Os encontros com os familiares aconteceram enquanto os mesmos permaneciam internados na UTI e terminaram quando os indivíduos sentiram-se independentes e inteirados dos cuidados e relações.

Antes do encontro, visitava-se os enfermos que participaram da nova proposta, detectando mudanças, pontos críticos a trabalhar e alterações na evolução dos pacientes que eram de interesse para os familiares, anotando avisos e encaminhamentos. Todos estes dados foram anotados no diário de campo.

Os encontros aconteceram na sala de espera da UTI - Isolamento, seguindo o processo de enfermagem preconizado por Joyce Travelbee. Para evitar constrangimentos e desconforto aos familiares, os encontros não eram gravados. Ao final de cada encontro, em local calmo, foram feitas anotações contendo comentários, sentimentos, o clima do encontro, os fatos do dia, os medos mais salientes, os assuntos refletidos e os encaminhamentos. Após este encontro inicial, ia-se para dentro da UTI com o objetivo de promover esta visita para a categoria de terapêutica, em que enfermo e familiar significativo estabeleciam uma verdadeira relação pessoa a pessoa, permanecendo junto a eles no sentido de auxiliar e estimular a aproximação e facilitar a interação entre eles. Também foi constante a análise de comportamento dos clientes, equipe e familiares.

Tendo em vista o processo de enfermagem baseado na Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee, que era o guia para estes encontros, sempre tinha presente seus pressupostos, conceitos e proposições. Pode-se identificar, implementar e analisar esta sistemática enquanto proposta inovadora de assistir os familiares que cuidam, através da visita terapêutica.

A observação ocorria nos encontros com os familiares, familiar/enfermo e enfermo/familiar/profissionais de enfermagem, durante o horário de visita, buscando a validação da nova proposta.

Inicialmente, eram feitos os rituais de apresentação conforme instrumento anexo 1). Para aproximar os familiares do objetivo do encontro foram expostos os objetivos deste trabalho e solicitado consentimento para continuar o processo. No primeiro encontro foi realizada uma entrevista com os participantes, conforme

modelo anexo, e, após o encontro, houve continuidade, seguindo-se a metodologia de Travelbee.

Fiz um levantamento sobre as maiores angústias que acometem os familiares no horário de visitas, como por exemplo: monitorização, traqueostomia, ventilação mecânica, entre outras terminologias, deixando preparado o material didático apresentado de forma visual para esclarecer as dúvidas dos familiares.

Nestas visitas também foram feitas orientações e preparo para a alta da UTI e do hospital, com o objetivo de aproximar o familiar de seu papel cuidador neste contexto.

O ambiente da sala de espera foi preparado, na medida do possível, para facilitar o aconchego e a abertura para que estabelecessem uma verdadeira relação pessoa a pessoa.

Tendo em vista que esta Prática Assistencial está baseada em uma Teoria Interacionista, os passos metodológicos poderiam ser previstos, mas o que realmente os determinou foi a relação pessoa a pessoa estabelecida entre os indivíduos. Portanto, muitas definições e condutas foram sendo adaptadas e guiadas ao longo do processo de encontro. Acredito que foi muito estimulante, pois este processo se estabeleceu como uma construção personalizada e criativa.

3.3 Fases da relação pessoa a pessoa

Considerando que a relação interativa se desenvolve segundo uma organização, embora não linear, para Travelbee há algumas fases que permitem que o enfermeiro e o paciente se aproximem mutuamente, para a busca de significados para sua experiência. Elas se constituíram no arcabouço metodológico para o processo de enfermagem.

Primeira Fase:

Encontro original – é caracterizado pela impressão causada pelo enfermeiro no familiar/pessoa do doente e por estes no enfermeiro. O enfermeiro e o familiar/pessoa doente, percebem um ao outro em papéis estereotipados.

Para Travelbee (1971), o encontro original inicia quando seres humanos que não se conhecem se encontram pela primeira vez e se tornam conhecidos um para o outro. Esta fase, caracteriza-se pelo estabelecimento de um pacto de trabalho entre o enfermeiro e o familiar/enfermo. Constitui uma etapa de observação. Tem duração indeterminada e pode ser negativamente influenciada por fatores como: idade, hierarquia, classe social, nível de angústia das pessoas envolvidas e de projeção de pessoas que tiveram importância para um deles no passado.

Segunda fase:

Identities Emergentes – essa fase é caracterizada pelo enfermeiro e familiar/pessoa doente percebendo-se como indivíduos singulares. O vínculo da relação está começando a se formar.

Terceira Fase:

Empatia – essa fase caracteriza-se pela habilidade para compartilhar com outros a experiência pessoal. O resultado do processo empático é a habilidade para prever o comportamento do indivíduo com quem se empatiza. Travelbee acreditava em duas qualidades que acentuavam o processo de empatia, que eram experiências semelhantes e o desejo de compreender a outra pessoa.

Quarta fase:

Simpatia – simpatia ocorre quando o enfermeiro deseja aliviar a causa da

doença ou sofrimento do paciente. Quando alguém simpatiza com alguém está envolvido, mas não incapacitado pelo envolvimento. O enfermeiro deve produzir uma ação de enfermagem como um resultado por ter atingido essa fase de simpatia. Essa ação de enfermagem requer uma combinação entre abordagem intelectual e disciplinada com o uso terapêutico do eu. No final dessa fase, o enfermeiro deverá ter atingido seus objetivos.

Quinta Fase:

Rapport – as fases anteriores culminam no *rapport*, definido como todas aquelas experiências, pensamentos, sentimentos e atitudes que ambos, enfermeiro e familiar/enfermo, vivenciam e estão aptos a perceber, compartilhar e comunicar. É o início do alívio. As ações de enfermagem aliviam o cliente. Ambos, enfermeiro e cliente, relacionam-se como pessoas humanas. A família/enfermo deposita confiança no enfermeiro. Juntos, encontram significado para suas experiências.

3.4 Análise da teoria de Joyce Travelbee

Tomando por base a sistemática criada por Leopardi (2000) para análise de uma teoria de enfermagem, este estudo foi organizado de forma a cumprir um roteiro que contemplasse os seguintes passos apontados pela autora.

a) Avaliação do nível de desenvolvimento teórico

Nesse ponto, o enfermeiro avalia o nível de desenvolvimento da teoria com a qual trabalhou, relacionando-o ao conteúdo temático e definindo os conceitos, pressuposições e proposições teóricas. Dessa forma, constrói o seu trabalho a partir das concepções que o influenciaram. Para isso, segue alguns pressupostos indispensáveis ao entendimento dos significados expostos pela racionalidade científica como:

- nível de teoria prática: corresponde à aplicação da teoria na prática. No caso deste estudo, à mudança de atitudes em relação a buscar uma maior aproximação com os familiares dos enfermos internados na UTI.

- nível intermediário da teoria: corresponde à extensão do limite dos objetivos da enfermagem. Imbuindo-se de fatos novos, buscam, nas variáveis do trabalho do enfermeiro, uma forma de intervir e incluir as situações novas, como sub-conceitos, sem perder de vista os conceitos principais.

- nível superior de abstração: corresponde à ampliação da visão de enfermagem, nela incluindo a abordagem filosófica que norteia a visão de homem e de sociedade.

b) Análise de conceitos

Essa análise fornece a possibilidade de verificar se o relacionamento conceitos/sub-conceitos corresponde aos objetivos e à natureza e definição do estudo, tais como:

- definição exclusiva: somente a apresentação dos seus conceitos. Ao enfermeiro que adota a teoria em seu estudo cabe desenvolvê-los através da aplicação;

- definição inter-relacional: inter-relação entre o conceito e a ação do enfermeiro, na busca do equilíbrio orgânico, pela satisfação das necessidades da saúde do paciente.

c) Definição do propósito

Esse passo corresponde ao esclarecimento do propósito do enfermeiro ao estabelecer um processo terapêutico. Diante da opção temática, surge a meta a ser

atingida, se o individual ou o coletivo, podem ser:

- resolução dos problemas demandados - avaliação dos procedimentos até então realizados, passando-se a propor uma ampliação do cuidado do enfermo, através da orientação, da informação e, principalmente, da comunicação estabelecida com seus familiares. Essa etapa deve ser avaliada com o fito de verificar se os problemas são resolvidos ou amenizados pela nova estratégia;

- resolução dos problemas por meio de processo interativo: a relação terapêutica deve estabelecer com clareza a sistemática adotada pelo enfermeiro como processo interativo, e o que é esperado do enfermo, que é o sujeito a quem está sendo dedicada a terapêutica;

- redirecionamento do padrão de vida: tem o significado da mudança comportamental, que passa de individual, ou apenas enfermeiro/paciente, para uma mais larga concepção da mutualidade da busca de fortalecimento da saúde, através da ação enfermeiro/familiares, enfermeiro/paciente, familiares/paciente. Essa interatividade promove o compromisso da busca da saúde.

d) Nível de generalização do foco

Nesse passo são focalizados os conceitos teóricos, a avaliação dos problemas e a proposta de relação interativa, envolvendo estratégia terapêutica e o alcance da ação do enfermeiro, tais como:

- especificidade do foco: delimitação do grupo em que se irá trabalhar.
- generalização interna: trata das proposições que podem ser aplicadas a várias situações da enfermagem.
- generalização externa: trata das proposições que podem ser aplicadas em

outra área que não a da enfermagem.

Na proposta deste trabalho as proposições são específicas para a área da enfermagem, portanto, a generalização externa não é focalizada.

e) Limites e vantagens da teoria

Corresponde aos efeitos estratégicos desenvolvidos na aplicação da teoria. É um passo que conta com a interpretação subjetiva, pois é nesse passo que há uma interação do acontecido durante a aplicação da proposta terapêutica com os resultados obtidos. Pode-se dizer que se trata da análise do conteúdo de todo o trabalho e que tem a missão de avaliar as vantagens obtidas pela ação, assim como devendar os limites impostos pela teoria.

Quadro 1 - Fluxograma dos procedimentos metodológicos

Local : Hospital São Vicente de Paulo - UTI Isolamento -
" Visita Terapêutica: Sala de Espera da UTI - I ⇔ UTI - I"
Período : 05 AGO de 1999 a 27 AGO de 1999

Indivíduos envolvidos

- ⇒ familiares dos pacientes internados na UTI - I;
- ⇒ escolha do familiar significativo para o paciente e disponível para a nova proposta de visita terapêutica;
- ⇒ Os pacientes que tiveram indicação para iniciar o estudo, foram selecionados conforme os critérios estabelecidos previamente;
- ⇒ Enfermeira/mestranda da UTI - I

Processo de Enfermagem

- ⇒ Encontro Inicial;
- ⇒ Identidades emergentes ou definição de identidades;
- ⇒ Empatia;
- ⇒ Simpatia ou solidariedade;
- ⇒ *Rapport* ou afinidade.

Despedida:

- ⇒ Programação de um "ENCONTRO ESPECIAL."

Descrição da prática

Avaliação da Teoria aplicada:
Nível de desenvolvimento teórico
Análise dos conceitos
Definição do propósito
Generalização do foco
Limites e vantagens

3.4 Processo de enfermagem baseado na teoria de Joyce Travelbee

Fases da Teoria de Travelbee	Fases Adaptadas	Implementação
1ª Fase: Encontro Original ou Encontro Inicial	Diagnóstico de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Contato Inicial e primeiras Impressões da situação/ambiente/relações; - Identificar os papéis desempenhados pelos familiares, sua importância e significado; - Refletir sobre a valorização da familiar como "pessoa única e insubstituível no processo". - Questionar sobre os conceitos de enfermagem, sofrimento, família... à luz da Teoria de Travelbee; - Levantamento das necessidades dos familiares; - Questionar sobre o que aconteceu, quais os vínculos com o enfermo na UTI, qual a importância das relações dos familiares com o enfermo, ligando-os aos papéis desempenhados por cada um deles junto à família; - Início da relação de interação com familiares/equipe de enfermagem. - Relação de interação em ascensão entre familiar/enfermeira, familiar/enfermo, enfermeira/enfermo; - Refletir, estimular o diálogo com objetivo de expressar suas dores, sofrimentos e angústias => FALAR;
2ª Fase: Identidades Emergentes ou Definição de Identidades	Plano Assistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar na busca do significado e nos mecanismos de enfrentamento da doença/crise; - Auxiliar na promoção de ajuda-mútua; - Estabelecer junto aos sujeitos mecanismos de enfrentamento eficazes para fortalecer a relação pessoa-a-pessoa. - Promover envolvimento emocional entre os participantes com diálogo sobre suas dores, sofrimentos e esperanças; - Estimular e dar suporte na construção do processo de ajuda-mútua; - Conduzir a reflexão para os SIGNIFICADOS das experiências vivenciadas - Reflexão acerca da troca de papéis entre os participantes; - Compartilhamento do sofrimento, da esperança neste processo de vida, doença e morte.
3ª Fase: Empatia	Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback estabelecido com familiares, equipe de enfermagem, observação do comportamento dos familiares durante a visita na unidade. - Verificar se a relação foi eficaz, quais os benefícios que trouxe, se a relação foi terapêutica... - Avaliar se as fases do processo foram alcançadas e com que propriedade; - Retomada das situações, reforçar planejamento ou metas e se necessário fazer o replanejamento das ações.
4ª Fase: Simpatia ou Solidariedade		
5ª Fase: Rapport ou afinidade		

4 A EXPERIÊNCIA COM A VISITA TERAPÊUTICA

A atividade do enfermeiro de uma UTI oportuniza que se esclareça, mais do que em outros setores, a importância que o familiar desempenha na recuperação dos doentes. Essa descoberta deixa mais transparente o quanto a enfermagem deve se colocar como comprometida com a assistência às famílias. Com o passar do tempo, outras inquietações acentuam-se, tomando maiores proporções no que se refere às percepções quanto à interação da tríade família-enfermeiro-paciente. Surge, então, a necessidade de repensar, refletir e fazer algo relacionado à visita dos familiares como elemento terapêutico do cuidado de pacientes internados em UTI.

Estas inquietações surgem, principalmente, ao confrontar-se situações dolorosas e muitas vezes chocantes. Acompanha-se de perto o sofrimento de famílias que estão desamparadas, desinformadas e se encontram, talvez, no momento mais crítico de suas vidas, em que a morte é iminente. Estando a enfermagem tão perto dessas situações, deve acrescentar no cuidado, o papel de educadora e apoiadora de famílias.

Diante dessas inquietações procurou-se nortear este trabalho através de um processo de reflexão que viesse embasar a ação metodológica.

Procurou-se um aprofundamento em experiências anteriores de sucesso no cuidado de famílias que pudessem subsidiar esta prática assistencial. Percebendo que existe uma tendência de cuidado para a área familiar, os enfermeiros estão mais voltados para as ansiedades e angústias familiares, principalmente em situações críticas como esta de ter um familiar internado na UTI. Esta impressão veio reforçar a idéia inicial de que é possível fazer algo para transformar, no intuito de melhorar esta realidade.

Com a expectativa de sucesso e de evolução, buscou-se o embasamento em correntes de pensamento da enfermagem visando subsidiar o trabalho, cujos resultados passa-se a descrever e analisar.

Quadro 2 - Perfil dos pacientes¹

<i>Paciente</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Diagnóstico Médico</i>	<i>Tempo Internação</i>	<i>Situação Paciente</i>
	71 anos	Feminino	Trombose Arterial dos Membros Inferiores + Amputação+ Pneumonia	? dias	Alta
	57 anos	Feminino	Diabete Mellitus + Drenagem de Abscesso de Coxa	10 dias	Alta/UTI
	75 anos	Feminino	Acidente Vascular Cerebral + Pneumonia	03 dias	Alta
	58 anos	Masculino	Pós-Operatório de Enterectomia + Fístula Intestinal	07 dias	UTI
	58 anos	Feminino	Craniotomia por Hematoma Intra Parenquimatoso + Traqueostomia	21 dias	UTI
	34 anos	Masculino	Pancreatite Necrotizante	18 dias	UTI
	57 anos	Masculino	Pós Operatório de Correção de Dissecção Aórtica + Traqueostomia	05 dias	UTI
	50 anos	Masculino	Hemorragia Digestiva Alta	09 dias	UTI
	12 anos	Feminino	Lúpus Eritematoso Sistêmico + Insuficiência Renal + Broncopneumonia	10 dias	Óbito
	35 anos	Feminino	Hematoma Intra Cerebral	03 dias	UTI
	30 anos	Masculino	Bacteremia	03 dias	Alta
	32 anos	Masculino	Meningite Bacteriana.	02 dias	Alta
	51 anos	Feminino	Laparotomia + SARA (Síndrome da Angústia Respiratória no Adulto) + Ventilação Mecânica + Traqueostomia	08 dias	Alta
	27 anos	Feminino	Choque Séptico + Pós-Operatório de Cesariana + Síndrome de Steven Johnson	07 dias	Alta
	40 anos	Masculino	Trauma Crânio Encefálico + Trauma Raqui Medular + Traqueostomia	16 dias	Óbito
	22 anos	Masculino	Politraumatismo + Embolia Gordurosa	02 dias	Alta
	55 anos	Masculino	Doença Broncopulmonar Obstrutiva Crônica	17 dias	Alta

Fonte: Dados da pesquisa.

O quadro 2 apresenta a idade, o sexo, o diagnóstico médico, o tempo de internação e a situação dos pacientes durante a execução desta pesquisa. É um breve panorama do perfil dos pacientes internados na UTI neste período.

Em relação à idade, observa-se um quadro diversificado, com distribuição em

¹ O nomes das pessoas é fictício, para preservar suas identidades.

todas as faixas etárias, embora entre os homens tenha havido predomínio entre 21 e 60 anos. Considere-se, também, o número de pacientes jovens, em relação aos mais velhos.

Frente a estes dados, pode-se compreender as manifestações de afeto entre os familiares. O maior volume de visitantes eram para as pessoas mais jovens, pois estas mobilizam mais os sentimentos da família e dos amigos. Percebe-se maior preocupação com aqueles jovens na idade produtiva. Existe solidariedade nas relações, companheirismo que mobiliza até pessoas que há tempo não viam, parentes de outras cidades e amigos dos mais diferentes graus.

Quadro 3 - Média das idades dos pacientes

<i>Idade</i>	<i>Feminino</i>	<i>%</i>	<i>Masculino</i>	<i>%</i>
<i>10 — 20</i>	1	12,50	-	0,0
<i>21 — 30</i>	1	12,50	2	22,22
<i>31 — 40</i>	1	12,50	3	33,33
<i>41 — 50</i>	-	0,0	1	11,11
<i>51 — 60</i>	3	37,5	3	33,33
<i>61 — 70</i>	-	0,0	-	0,0
<i>71 — 80</i>	2	25	-	0,0

A média de idade dos pacientes foi de 45 anos. Nas mulheres, a média foi de 52 anos e nos homens 42 anos. Nas mulheres, a idade varia de 12 a 75 anos e nos homens de 22 a 58 anos.

Observou que havia um equilíbrio entre os sexos, sendo que 47,06% dos pacientes eram do sexo feminino e 52,94% eram do sexo masculino.

Quanto ao diagnóstico, observou-se grande variedade. A situação dos doentes era bastante grave, sendo que, na grande maioria, havia complicações por infecções. Estes pacientes foram acometidos por patologias diversas desde DBPOC descompensado até choque séptico.

Observou-se grande relação entre a gravidade do quadro e a mobilização dos familiares. Era evidente que somente pela internação na UTI-Isolamento já despertava preocupação, acrescida da gravidade dos quadros. Conseqüentemente, as visitas são mais freqüentes aos internados na UTI.

Havia várias patologias associadas, como: Trombose arterial dos membros inferiores, mais amputação, mais pneumonia; *Diabete mellitus*, mais drenagem de abscesso de coxa; Acidente Vascular Cerebral, mais broncopneumonia; Pós operatório de enterectomia, mais fistula; Craniotomia por hematoma intra parenquimatoso, mais traqueostomia; Pancreatite necrotizante; Pós operatório de correção por dissecação aórtica, mais traqueostomia; Hemorragia digestiva alta; Lúpus Eritematoso Sistêmico, mais Insuficiência Renal, mais broncopneumonia; Hematoma intracerebral; Bacteremia; Meningite bacteriana; Laparotomia mais SARA (Síndrome da Angústia Respiratória no Adulto) mais ventilação mecânica mais traqueostomia; Choque séptico mais Pós-Operatório de cesareana mais Síndrome de Steven Johnson; Traumatismo crânio-encefálico, mais Trauma raqui medular, mais traqueostomia; Pneumonia, mais embolia gordura, DBPOC (Doença Broncopulmonar Obstrutiva Crônica).

A maior frequência foi de doenças pulmonares, em 52,94% dos pacientes, e doenças neurológicas, com percentual de 29,41%. Esta já é a característica habitual da UTI, sendo que também estiveram presentes aqueles acometidos por complicações gastro-intestinais no Pós-operatório e outros casos especiais. Geralmente, estes pacientes permanecem mais tempo internados na UTI.

Relacionando o diagnóstico com a visita terapêutica, verificou-se que, na medida em que os familiares estavam orientados e conscientes sobre a situação do doente, colaboravam mais no incentivo ao doente, buscavam estimular, entendiam o foco do cuidado e conseguiam colaborar com isso. Mostrou-se, então, o fortalecimento sobre a importância da conscientização conjunta das partes integrantes no cuidado.

Como já referido anteriormente, a situação destes doentes era muito crítica, com inúmeras complicações. Mas o que mais evidenciou-se foi a relação idade e gravidade. Em relação aqueles pacientes jovens com doenças graves, a família expressava muitos sentimentos conflitantes, como o medo da morte, a certeza da morte, mas a esperança, presente ou como alento ou como estimulador.

No período desta prática houve três óbitos. Foram três pacientes jovens, uma menina de 12 anos, outra mulher de 35 anos e um homem de 40 anos. A primeira foi muito triste, houve piora gradativa e a família mostrava-se desesperada, mas ao mesmo tempo, com bastante esperança. Parecia uma ilusão de que tudo poderia melhorar. Agarravam-se a qualquer indício de melhora. O segundo caso, foi um quadro neurológico súbito, que evoluiu para morte cerebral, de uma mulher na fase produtiva de sua vida e prestes a casar-se. Este também foi muito comovente, a família não tinha esperança de cura, sofria muito por vê-la a cada dia com menos "vida". Aguardar a morte, esperar por ela, sem ter outra opção é algo muito sofrido para todos a visita além da evidência da realidade, era também momento de unidade espiritual, em que dois seres muito próximos despediam-se. O terceiro óbito, ocorreu também com paciente jovem, após acidente grave que desencadeou seqüelas múltiplas e irreversíveis.

Os familiares dessas pessoas apegaram-se à fé, oravam para uma morte digna, que ao mesmo tempo, tendo certeza do prognóstico, iludiam-se com os mínimos sinais de melhora apresentados, numa busca do conforto e esperança de que tudo não passaria de um sonho triste.

A média de internação destes pacientes ficou em torno de 8 a 29 dias, sendo que o tempo variou de 2 dias de internação até 21 dias.

Ao relacionar o tempo de internação com esta metodologia verificou-se que, com aqueles pacientes que ficam mais tempo internados, foi possível estabelecer relação de ajuda, de estímulo e a interação era real. Com aqueles pacientes que

ficaram internados poucos dias, esta interação ocorreu, mas de forma mais superficial. Com a aplicação do processo de enfermagem, segundo Travelbee, a metodologia empregada ofereceu bons caminhos para a habilidade de relacionar-se com as pessoas desde o encontro original, empatia, simpatia e rapport; por isso, crê-se que, independente do tempo de convivência, o que realmente importa é a interação entre as pessoas. E, nisto, Travelbee prova que é possível aproximar as pessoas na busca do significado da dor, doença, sofrimento, morte.

Entende-se que o processo de enfermagem é a mola propulsora da enfermagem, é o que vai lhe dar o crédito porque, segundo Hudak e Gallo (1997, p. 6), o *“Processo de Enfermagem serve como uma estrutura sistemática na qual o enfermeiro busca informação, responde a indicações clínicas, identifica e responde as questões que afetam a saúde do paciente”*.

Sabendo-se do passado, encontra-se justificativas para o presente, e se pode entender um pouco o descaso relatado anteriormente. A UTI localiza-se no subsolo, no final do corredor (em que depositam caixas, cama nos corredores, balcões, etc.) é escuro, as janelas são amplas mas com vidros que impedem a visão, é um local abafado, com muitas divisórias e os cômodos pequenos e segundo relatos, “dá a impressão de se entrar ‘numa prisão’”, “parece um ambiente sujo.” Muitas pessoas nem entram por estes motivos, das suas fantasias e pelo odor que, às vezes, não é agradável pelas evacuações e secreções, sendo, por isso, necessário uma atenção especial aos familiares, no sentido de compreenderem essa situação e apoiarem o processo terapêutico.

Então, com esta oportunidade, procurou-se repensar sobre estes aspectos e propor algumas mudanças, em outras maneiras de proceder, como a adoção de uma sistematização da assistência de enfermagem, pois esta é que dará suporte para fortalecer a enfermagem em seus reais objetivos. Deve-se planejar as ações, porque a falta de planejamento significa a certeza da desordem. É preciso assumir o real papel de administradores da assistência e de educadores para a saúde em UTI. É necessário

a introdução de ordem e método nas atividades e, através disto, juntamente com a equipe, serão definidos os processos, as linhas teóricas e filosóficas da assistência de enfermagem.

Para que isto aconteça é necessário ter claro:

- todo o trabalho deve ter um caráter multiprofissional e de equipe, desde o projeto à avaliação e repadronização;
- deve-se valorizar as pessoas e acreditar nelas;
- é importante saber para onde se vai, ter objetivos claros, de conhecimento amplo e metas estabelecidas;
- ter conhecimento sobre a realidade, saber com quem trabalha, as características dos pacientes, do setor e das pessoas;
- acreditar naquilo que está fazendo para transmitir isto às pessoas e torná-las suas aliadas. As pessoas devem estar comprometidas com a sistematização para que ela ocorra verdadeiramente.

Há também outros vazios a preencher neste contexto, para avançar como profissionais e como pessoas inseridas na enfermagem de terapia intensiva. Isto se refere à tecnolatria em detrimento da valorização da pessoa, do cuidado humanizado.

Hudak e Gallo (1997, p. 41) ressaltam sobre este aspecto, que:

“talvez a revitalização dos atos de cuidados básicos, como o uso do toque, possa trazer nova vida e humanização ao tratamento, enquanto os enfermeiros se deparam com os desafios do futuro. As características humanísticas da assistência ao paciente, como: ouvir, dar atenção, humor, envolvimento e o compartilhar, não

podem ser substituído por tecnologia... sugere a preservação da cortesia, da compaixão, do respeito, da dignidade e da sinceridade, como sendo fatores essenciais no tratamento aos pacientes”.

Então, acredita-se que os cuidadores, sejam profissionais ou familiares, devem voltar-se mais para o aspecto humano. É interessante que se lhes estimule o auto-conhecimento, a auto-estima, repensando a importância da empatia, da aproximação física, e também da relação pessoa a pessoa, estimulando-os, também, através de oficinas para que as equipes promovam a reflexão sobre os aspectos anteriormente citados. Deve-se valorizar e implantar atividades lúdicas, música, mensagens, leituras e, acima de tudo, criar um espaço terapêutico em que sejam expostos os seus sentimentos, os sofrimentos, angústias, decepções e crises, para que possam confortar os que sofrem sejam pacientes, familiares ou colegas.

Estes encontros devem ser organizados, de forma livre e espontânea, de tipo “Grupos Terapêuticos”.

Outro aspecto que se acredita ser muito importante, e que vai ser o diferencial desta equipe, é a capacitação intelectual. É interessante experimentar os treinamentos já existentes. Então, investigar junto às equipes as necessidades e planejar encontros mensais ou bimensais, conforme acordo entre ambas as partes. Programar e construir local científico, que contará com livros, revistas, periódicos e artigos fotocopiados, de interesse. Será interessante que durante o horário de trabalho se reflita sobre estes assuntos variados, mas que interessem aos cuidadores para implementar o cuidado.

Todos sabem que a criatividade, a inovação e a visão de futuro devem ser cada vez mais o forte componente da integração das experiências pessoais. Isto pode ser realizado através da valorização das experiências e da criatividade das pessoas no processo interacional.

Para que o cuidado realmente ocorresse na sua plenitude, a cuidadora devia

expressar conhecimento e experiência na performance das atividades técnicas, na prestação de informações e na educação ao paciente e sua família. A isso deve conjugar expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade, demonstradas por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques. Essa foi a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado: a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão de sensibilidade.

O cuidado, mesmo no silêncio, é interativo e promove crescimento. Ajudar o enfermo e a família a crescer envolve ajudá-la a enfrentar momentos difíceis, mantendo-se presente e solidária, auxiliar a extrair significado da experiência vivida. O cuidado auxilia no processo de cura, acelerando-o e tornando-o menos traumático.

As intervenções de ordem expressiva como ações educativas, apoio emocional, conforto espiritual, entre outras, são desenvolvidas junto ao próprio enfermo ou família, pela observação de sinais subjetivos tais como o relaxamento muscular, diminuição da dor, desconforto e ansiedade, expressão facial e corporal, assim como o tom de voz.

De forma geral, o processo de educar/cuidar envolve transformação de ambos: aquele que é cuidado e os cuidadores. Por isso, algumas situações podem não colaborar para esta interação, como a inadequação da técnica de grupo utilizada, metodologia de trabalho inconsistente e mal compreendida pelos indivíduos envolvidos. Outro aspecto que pode influenciar negativamente nos encontros é o aspecto emocional dos familiares e enfermos, que podem encontrar-se em desespero e angustiados, ocasionando desencontro de informações e até mal entendidos. Portanto, torna-se necessário muita diplomacia e domínio das armas de uma comunicação eficaz. Ao decidir sobre a aplicação desta teoria que prima pela interação, preocupa-me o fato da pouca participação dos envolvidos nos encontros e também da inadequação do local escolhido, mesmo não tendo opção melhor para o momento.

O cuidado humano, referido como uma atitude ética, é entendido como uma forma de viver em que seres humanos, tentariam harmonizar seus desejos de bem-estar próprio em relação a seus próprios atos em função do bem-estar dos outros. Isso incluiria um todo maior, a sociedade, o meio ambiente e a natureza.

Ao repensar esta proposta inúmeras vezes, algumas situações de conflito são vislumbradas imediatamente pelo aspecto ético envolvido como: a suposição de que algumas informações serão desconstruídas entre médicos e enfermeira; a não aceitação do sofrimento e da morte por parte dos familiares, transferindo culpas e angústias para a equipe; a não aceitação de pacientes terminais; o abandono; a incompreensão ou desconhecimento sobre diagnósticos, exames e prognósticos. Estas são algumas situações que ocorrem quando pessoas envolvidas numa situação limite de vida/morte encontram-se com familiares/enfermos internados na UTI.

Sendo esta prática interpessoal, com toda certeza muitos obstáculos podem surgir. Porém, com a convicção de que se tratava de um cuidado extensivo à família e dependendo da maneira com que se responde a estes obstáculos, aposta no significado do processo, tendo-se clareza sobre os preceitos éticos e legais que norteiam as relações e a enfermagem, portanto, cabe respeitá-los.

4.1 Aspectos revelados nos encontros dos familiares/enfermeiros/pacientes

Nos primeiros momentos da aplicação desta metodologia de aproximação e cuidado conjunto familiares/enfermeiros/pacientes, denominado visita terapêutica, observou-se nuances de timidez, para iniciar o processo de diálogo, porém, aos poucos, isso foi diminuindo e as conversas passaram a ser mais significativas. Os relatos começaram a expressar que a confiança fora estabelecida entre enfermeiro e família, como se vê no recorte abaixo:

Serena havia tido uma insuficiência ventilatória grave durante o horário de visita dos familiares aos pacientes. Quando a filha chegou, foi-lhe relatado o fato e

ela disse:

“A mãe já passou por tantas, estava na CTI-Central, foi para a CTI-Cardiológica e agora para a UTI-Isolamento. É difícil vê-la assim. Não sei direito o que deu nela!”

Procurava sempre estimular sua mãe com comentários, objetos, alimentos e um dia trouxe a foto de sua neta. Então, ela perguntou se a mãe gostaria de ver a foto da neta, e Serena, tão animada, quis até ler a mensagem que estava escrita atrás.

No dia seguinte vieram um irmão da Serena e uma sobrinha. O esposo da Serena ficou lá fora, não teve coragem de entrar ainda. Eles me perguntaram como ela passou o dia.

Procurei animá-los, transmitir-lhes esperança, através de pequenos, mas especiais momentos, em que o diálogo, a presteza e a atenção eram bem articulados.

Em outra visita, ofereci um bombom para Serena. Ela comeu a metade e disse que deixaria a outra metade para sua filha mais nova, a “nenê”. Insisti para que comesse todo, porque outro seria dado para sua filha. Ela concordou e guardou o bombom na cabeceira de sua cama até a próxima visita.

Nesse dia, conseguimos retirá-la do respirador. Ela pareceu ainda insegura, por isso deixamos o aparelho ao seu lado.

Com estas informações, os familiares sentiram-se mais animados e com mais poder para animar a paciente. Sorriam e entravam para a visita “esperançosos e animados”.

A paciente Serena, internada no hospital desde 24 de junho de 1999, e na UTI-Isolamento desde 06 de agosto, teve alta para o quarto no dia 14 de agosto. Ela e

sua família são procedentes de Carazinho - RS. Serena tem 51 anos, é morena, mãe de 6 filhos, casada. Ela estava aos cuidados de um cardiologista, um cirurgião geral e um cirurgião cardiotorácico; trabalharam em conjunto pela complexidade das complicações que o quadro da Serena apresentava.

Segundo os familiares, Serena foi submetida a uma cirurgia cardíaca há 2 meses, e o quadro que se apresentava era relativamente esperado. Mesmo assim, teve alta, foi para casa, onde, provavelmente, fez uso inadequado dos anticoagulantes e desenvolveu hemoperitônio. Foi novamente submetida a uma Laparotomia para drenagem deste hematoma, usou Ventilação Mecânica, fazendo SARA (Síndrome da Angústia Respiratória no Adulto), com conseqüente infecção pulmonar e traqueostomia. Esteve sempre acordada, comunicativa, mas assustada com tantos aparelhos, constante cuidados e contínua movimentação.

Sua família é de classe média, moram em casa própria, na qual moram o casal, duas filhas solteiras e um filho também solteiro. O esposo e a filha mais velha estão desempregados, pois perderam seus empregos por ficarem envolvidos com Serena no hospital; o filho mais velho já estava sem emprego e a filha menor estava em período letivo. Havia uma grande preocupação por parte de todos os membros da família, mas a pessoa que estabelecia os elos de comunicação era a filha mais velha de Serena, a qual, desde o início, participou dos encontros e motivou a participação dos outros.

Foi feita uma exposição da importância que eles têm uns para os outros neste momento de internação na UTI. Viram que são peças importantes e indispensáveis para a recuperação de seus familiares na busca do “algo” para encontrar forças para lutar, para sobreviver, por isso, suas visitas tornaram-se um momento diferente.

Alguns trechos de diálogos mostram as situações significativas que puderam ser evidenciadas durante o processo de enfermagem embasado em Travelbee.

“Hoje vou perguntar para aquela enfermeira que dá informações o que aconteceu”.

Para a explicação solicitada relatei o que tinha ocorrido no horário de visita. Serena teve uma insuficiência respiratória importante, não se manteve fora do aparelho com troca de cânula, passou o dia angustiada, inquieta. Foi realizado Rx de tórax e este mostrou extensa área comprometida, que pode ser infecção ou excesso de líquido.

Ao lhe ser perguntado o que sentiu por não poder visitar sua mãe ao meio-dia, respondeu:

“Não sabia o que estava acontecendo, fui até lá no corredor para ver se via alguma coisa e vi que a mãe se abanava, bom sinal porque estava viva! Mas passava médico para lá e para cá, deixaram um aparelho (respirador) e levaram outro; começou amolecer as minhas pernas, me deu uma angústia! Será que minha mãe estava viva? É horrível não saber o que estava acontecendo. Ninguém veio falar conosco. Aí pedi pelas 14 horas para meu primo vê-la porque ele nunca tinha visto a Serena na UTI. Aí a enfermeira deixou ele entrar só para vê-la rapidamente. Passei toda a tarde me sentindo mal, o que será que estava acontecendo?”

Esta familiar demonstrou preocupação quanto a seu atraso para visita do próximo dia, assegurando:

“Não passava nunca. Enfermeira, amanhã de manhã não sei se vou poder vir, se ela perguntar, diga que fui dormir na casa do meu tio e não sei se vou chegar à tempo.”

Neste dia, elas não conversaram muito, pois Serena estava angustiada.

No próximo encontro, iniciou-se com as boas vindas ao grupo e a exposição

dos objetivos. O encontro foi finalizado com a mensagem do “abraço”, que fala sobre a importância da interação familiar/enfermo, do papel deles como familiar, que faz a diferença neste momento, para que a visita e o encontro sejam únicos e verdadeiramente intensos para ambos.

Como de costume, a filha da Serena questionou sobre a situação de sua mãe. Respondi que seu quadro era instável. Hoje, estava tristonha, desanimada e angustiada. Minutos antes tivera uma crise convulsiva generalizada, o que pode ser sinal ruim. Seria necessário acompanhar seu quadro, para observar alterações em nível neurológico.

Para a visita, a filha trouxe sopa que fez em casa, mas Serena não teve condições de alimentar-se pela boca. Ela era o protótipo da decepção, pois realmente tinha incorporado o papel de cuidadora. Sendo questionada sobre a visita de seu pai, respondeu:

“- Ele tinha receio de vir porque achava que a mãe tinha vindo para cá (UTI-I) porque tinha piorado, mas hoje ele veio.”

Sentindo-se mais confiante, o esposo falou de sua angústia de estar com sua esposa na UTI. Contou que ganhou bombons dos dias dos pais, mas que iria guardá-los para comer com Serena. Falaram que Serena pergunta muito por sua filha menor, pois quer muito vê-la. *Amanhã ela virá para a visita das 12:30 horas*, afirmou ele.

Conversamos mais sobre a importância do momento da visita, do toque e do carinho para com eles e para o esclarecimento de suas dúvidas.

Percebeu-se, no momento da visita, que a filha da Serena estava desconsolada com o pote de sopa nos braços e Serena em “narcose”, pela convulsão anterior. Aproveitei o momento para explicar-lhe sobre traqueostomia, ventilação mecânica e terapêutica utilizada. Foi uma boa interação, todos prestavam atenção em

todas as histórias de vida, pareciam interessados e compadecidos uns com os outros.

Após refletirmos sobre a necessidade de fazer da visita um verdadeiro encontro, utilizei bastante as palavras AMOR, CARINHO, ENERGIA, PAZ. Desejei aos familiares muita força e coragem para enfrentar esta crise. Foram convidados para participar diariamente dos encontros para se poder a cada dia evoluir mais e mais. Nestes momentos de dor, a espiritualidade pode ser de grande conforto e a enfermeira pode ajudar a família, inclusive juntando-se a ela em suas orações.

Foi questionado sobre o interesse de um dos participantes em auxiliar neste momento e orientar uma oração. Todos concordaram imediatamente. Então, por iniciativa deles, foram dadas as mãos para orar o “Pai Nosso”.

O momento da visita foi avaliado como bom, percebendo-se uma discreta diferença, para um “clima” diferente. Gradativamente, estão se incorporando em seus papéis de terapeutas na visita.

Um dia, o filho da Serena, que ainda não tinha participado, veio para o encontro. Então, conforme solicitou sua irmã, fez-se alguns esclarecimentos sobre os aparelhos. Mostrou-se o funcionamento do BIRD, do monitor cardíaco, do oxigênio, da bomba de infusão e da cânula de traqueostomia. Após, passou-se as informações sobre Serena, que está mais animada, sorridente, respirando melhor e houve diminuição da febre, com provável retirada da ventilação mecânica. Os filhos ficaram felizes, porque ela pediu manga e comeu alguns pedacinhos ao meio-dia.

Foi recomendado a eles que na visita buscassem fazer com que aquele momento fosse único para todos, pois este papel que estão desempenhando hoje é de vital importância para a recuperação da Serena. Foram estimulados a transmitir bons fluídos, boas vibrações, a chegar com um bonito sorriso, dizer 'eu te amo', como um momento de transmitir carinho.

Era perceptível que eles estavam mais à vontade e buscavam inteirar-se mais. Ao abrir o horário de visitas, havia um encaminhamento para um encontro especial, reforçando o papel da família na recuperação dos enfermos.

Ao refletirmos sobre o momento vivido, questionei sobre “o que estavam fazendo para superar esta crise?” Eles responderam:

“- Buscando forças na oração.”

“- Nos encontros com as pessoas que gostamos.”

“- Pensando em coisas positivas...”

Para refletir abordou-se novamente sobre o papel familiar neste contexto e questionou-se sobre o que mudou nas suas famílias. Então disseram:

“- Os laços familiares ficaram mais fortes.”

“- Muitas pessoas tornam-se mais solidárias, ligam para perguntar sobre eles, muitas mesmo.”

“- Aproximamo-nos mais”

Perguntou-se, então, se, neste momento, mudaram sua visão sobre seu papel, ao que eles responderam:

“- Sim, começamos a valorizar o que antes não valorizávamos.”

Novamente, desejei-lhes que vivessem este momento verdadeiramente e se sentissem únicos como pessoas únicas e insubstituíveis no processo de cura de seu paciente. Sugeri que entrassem como se este encontro não pudesse ser repetido, para que se aproximassem, procurassem estimulá-los, animá-los para a cura.

Chegou o dia em que lhe foi comunicado que Serena estava fora do respirador e sentada, esperando-os para ser alimentada, que estava realmente feliz e satisfeita com os encontros, e que compartilhavam da alegria da alta de outro paciente para o quarto.

O filho da Serena, que estava distante, neste dia, sentou-se e ofereceu gelatina e ela comeu tudo. Foi bonito vê-lo sentado ao lado da mãe, dando-lhe comida. Aquele que nem chegava perto, hoje estava alimentando a mãe. Foi um encontro emocionante.

Em outro momento, sugeri que trouxessem coisas que pudessem manter a identidade do paciente, como produtos de higiene, e os familiares sugeriram presentes, flores. Sabe-se que, independente do nível de consciência do indivíduo, o ambiente estimula para manter uma harmonia e a recuperação. Isto motivou comentários muito interessantes:

“- Vou tranquilo porque sei que estão bem cuidados... Se tem que fazer são eles que vão fazer. Então, entendo a enfermeira como importante, ela que vai atuar como mãe e pai, que deve ser competente porque deve fazer bem feito; tem que ter conhecimento para saber porque das coisas e que também é gente que sofre, que chora, que ri e se compadece.”

“- A enfermeira leva quanto tempo estudando para se formar! Deve ter conhecimento de todos os aparelhos... Quem pode explicar o estado do paciente é a enfermeira”.

Para finalizar o encontro procurei ler trechos que motivassem ou reforçassem as reflexões, tais como: “Oração da Serenidade” e “Pegadas na Areia”. Concluíram que esta situação de doença e sofrimento é difícil, pois não podem interferir em quase nada. Muitas vezes, não sabem nem o que está acontecendo. Todos tem muitas angústias e perguntas, mas na maioria das vezes, não são

respondidas, sendo os mais freqüentes:

“- Será que a pneumonia está pior?”

“- Por que não melhora?”

“- Por que é desse jeito, porque o Dr. não pede um Rx? Mas será que o Rx vai mudar este quadro?”

Concluimos a reunião com a crença de que existem coisas que não se pode mudar, mas aquilo que se pode deve ser feito da melhor maneira. Refletimos também sobre a sensação de solidão e abandono, e após refletirem, responderam:

“- Mas esta mensagem nos diz que Deus está conosco nos momentos mais difíceis e nos carrega no colo. Ele nos dá força e não nos abandona.”

“- Acreditamos nisto.”

“- Não perdemos a esperança, confiamos nos médicos e nas enfermeiras.”

A motivação para a entrada na UTI tinha que ser como um ritual. Houve uma abertura da visita e se desejou que este dia fosse significativo na vida deles e de seus familiares. Observei que eles procuravam aproximação maior entre eles. Tocavam mais, conversavam mais, parecia que estavam bem mais a vontade.

Num outro dia, convidei-os para uma reflexão sobre as experiências que estavam sendo vivenciadas por eles, na tentativa de ajudá-los a encontrar significados para aquela experiência, conforme preconiza Travelbee. Como enfrentar estas situações que nunca foram imaginadas? De onde se tira forças para enfrentá-las? O que isto está significando na sua vida? Será que vai ter um antes e um depois da doença (concordavam com a cabeça)? Será que se vai começar a valorizar muitas

coisas que antes não eram valorizadas?

Dinamizando o encontro distribuí papéis com perguntas que motivaram a reflexão, o importante era refletir individualmente, porém, se quisessem poderiam compartilhar os pensamentos, e tinham liberdade para fazê-lo. Eles quiseram compartilhar e um deles afirmou:

“- É a ligação familiar! Parece ‘cordão’, puxou-me lá de longe. É o conviver, o compartilhar. A família nos fortalece para compartilhar e confortar-se.”

Escolhi, para encerrar o encontro naquele dia, um trecho: “Para acalantar o espírito”. Para finalizar, em seguida foi-lhes sugerido que passassem pela vida tão plenamente quanto a água passa pelas mãos, circundando e envolvendo. Embora algo de si a água deixa nas mãos, assim você deixa algo de si nas coisas e pessoas que toca. Então, quando chegarem lá dentro, para encontrar a pessoa que, com certeza, é a que vocês mais amam e tem se tornado a pessoa mais importante neste momento, toquem nela. Passem energia positiva e fé para transmitir boas coisas. Dizer: “eu te amo”, “está tudo bem, estou aqui contigo e nunca vou te abandonar; e quando você precisar, mesmo eu não estando aqui dentro, estou perto de ti”, são expressões que animam o doente a saber que todos aguardam a sua cura.

Os familiares, unidos aos enfermeiros no cuidado do doente fazem uma grande diferença. Pode-se dizer que são insubstituíveis e não têm pessoa mais importante para fazer este papel, pois no momento da vida em que os enfermos precisam da família, é também o momento de isolamento numa UTI.

Alguns manifestaram que, ao ficarem sem informações, chegam a pensar que os seus pacientes estão sozinhos.

“- É, isso aí. A gente fica aqui fora, imaginando que ele está lá abandonado, angustiado. É horrível, uma sensação de perda, de vazio, nem sei

explicar.”

“- Pois é, são tantos sentimentos, tanta coisa que passa pela cabeça que nem sei o que pensar”.

O diagnóstico de enfermagem foi construído e identificado gradativamente, dia após dia, havia um crescimento do conhecimento mútuo.

O contato inicial com os familiares pareceu ser um ponto forte para o processo de interação, para a aproximação e para o conhecimento. Foi preciso ter olhar curioso e profundo, abertura de ambas as partes para uma maior aproximação. Esta fase foi contemplada por várias vezes, pois eles confiavam no trabalho, sentiam-se valorizados, porque se demonstrava preocupação com seu bem-estar. O levantamento das necessidades voltadas à família foram muitas e aí priorizadas, mas ficou evidente que estavam sempre com a maior esperança na recuperação. Nestes momentos iniciais é que foi possível realmente aproximarmos-nos uns dos outros, porque conhecendo a realidade, angústias, medos e preocupações, a interação é consolidada.

Mesmo aqueles que já tinham experiência de internação em UTI, expressavam dúvidas a respeito do prognóstico, da evolução clínica e cirúrgica, sobre ventilação mecânica, exames. Mostravam-se esclarecidos, mas questionadores. Sempre se procurava responder as dúvidas, aproximá-los dos médicos e deixá-los mais seguros da situação. Isto foi evidenciado várias vezes, por comentários citados anteriormente, quanto à segurança que sentiam comigo.

A relação de interação é realmente o ponto forte que se confunde com a empatia necessária no plano assistencial. A relação família/enfermeiro começou bem, porque o diagnóstico de enfermagem foi bem feito, sendo esta empatia automaticamente seguida, acontecendo simultaneamente. Por se estar próximos, o sentimento de compaixão e solidariedade são muito bem identificados. Com a

família da Serena aconteceu isto, teve-se uma preocupação com o fato de sua filha permanecer sempre à sala de espera, com o fato de três membros da família estarem sem emprego e que não tinham fonte de renda estável. Isso era preocupante, e trouxe compreensão sobre a situação vivida para auxiliá-los na compreensão do bem-viver, da vida, da morte, aprendeu-se juntos a valorizar o mínimo sinal de vida, a valorizar o mínimo movimento. É possível descobrir que a presença pode fazer a diferença, que o relacionamento entre as pessoas é a base das relações fortes e da solidariedade. Entende-se que a dor e o sofrimento tem uma missão de transformar vidas, famílias e pessoas. É a oportunidade de aproximação, de interação.

E, neste contexto, a consequência é o *rapport*, a completa interação. É o momento pleno de otimização das etapas anteriores, em que a resposta é a plenitude da interação. A avaliação pode ser realizada, sendo evidenciadas todas as fases anteriores. O propósito da visita terapêutica mostra-se evidente no retorno que se tem quando algumas das pessoas voltam a nos procurar para ajudá-los no prosseguimento da terapêutica. Esta relação é plena de afetividade, vive-se momentos únicos e o sucesso da recuperação é motivo de contínuas comemorações. As ações da enfermagem podem transformar os momentos e o comportamento das pessoas.

Com a paciente Walda ocorreu algo semelhante. Ela tinha, na época, 57 anos. Natural de Passo Fundo e procedente de Porto Alegre, é comerciária aposentada. É casada, mãe de dois filhos, sendo que um deles estava prestando serviço militar e o outro é casado, tem uma filha e mora em Porto Alegre. As irmãs da Walda moram em Passo Fundo. Sua patologia básica era Diabete Mellitus descompensada + abscesso na coxa esquerda que evoluiu para uma grave fascíte necrotizante, estando sob os cuidados de um cirurgião geral e de um clínico geral. Sua evolução foi lenta, havia necessidade de curativos extensos, os quais sempre lhe provocavam muita dor; houve um emagrecimento acentuado e tentativas de enxertias frustradas.

Cita-se, em especial, sua irmã mais nova, que morava junto com ela em

Porto Alegre e considerava Walda como mãe. Então, com o seu apoio e participação chegamos aos resultados a seguir relatados.

Os familiares da Walda são de Porto Alegre, estavam a passeio em Passo Fundo, quando a infecção na coxa agravou-se e houve a necessidade da internação no hospital. Ao serem questionados sobre esta distância de casa, responderam:

“- Muda casa, mudam os hábitos, as rotinas, não se sabe o que vai acontecer. A gente fica aqui, pelo menos mais perto deles. Mas a gente se revesa, pois temos que trabalhar. A vida continua!”

Questionei sobre os seus sentimentos mais fortes, naquele momento, quando a irmã da Walda respondeu preocupada:

“- Sei que a diabete não é fácil, a situação é difícil. Fico preocupada porque está lenta a sua recuperação.”

A seguir procurei expor sobre o quadro geral da Walda, buscando pontos positivos e estimuladores. Relatei que Walda estava fazendo bastante esforço para se animar, alimentando e mantendo acordada.

Houve um momento em que ela se desesperou e disse não haver sentido viver, pois estava “cheia de feridas” e que a dor era muito intensa. A irmã da Walda mostrou-se condoída com a situação e, então, considerou-se sobre a relação das duas, como Walda é como pessoa. Percebi que elas têm forte ligação, a irmã a considera como mãe porque a sua mãe legítima morreu muito cedo. Certo dia ela disse:

“- A Walda não tem “boca para nada”, é uma pessoa bondosa. Não entendo porque está passando por isso.”

Questionei se ela pensava a respeito do sofrimento e ela pensou, demorou

para responder e falou como que divagando:

“- Acho que a gente deve fortalecer o nosso espírito. Tendemos a acreditar que ao cuidar e preocupar-se com os outros é o sentido da nossa vida e aí acabamos esquecendo de nós mesmos. Acho que deve ser por aí o sentido do sofrimento. Algo à nível de alma.”

Foram esclarecidos os procedimentos da cirurgia em termos acessíveis e todo o processo. Ao dialogar com a irmã da Walda, consegui uma aproximação. Conversamos bem de perto, compartilhamos os sentimentos. Acho que ela se sentiu mais “aberta”, quando lhe foi contado sobre outro caso de diabete que angustiava outra pessoa. Ao conversar sobre o sentido do sofrimento/doença ela chorou.

Num outro momento, o esposo da Walda veio para o encontro. Mostrou-se atencioso. Sabia-se, de antemão, que ele tinha baixa acuidade auditiva, o que exigia uma conversação em tom mais alto e pausado. Estabelecida uma relação de simpatia mútua, imediatamente o diálogo foi fluído. Ao ouvir a exposição do objetivo destes encontros ele se mostrou compreensivo e até validava as informações.

Perguntei a respeito da Walda e ele respondeu que ela é uma pessoa calma, bondosa, querida por todos, não brigava, era ponderada, mas guardava tudo para si. Ele parecia ter esperado por aquele momento para desabafar, e abriu-se dizendo:

“- Nós estamos casados há 30 anos. Nos damos bem, às vezes, tínhamos nossos desentendimentos que resolvíamos sem briga, sem agressão física ou verbal, ficávamos emburrados, mas dali dois ou três dias passava e ficava tudo bem.”

Procurei indagá-lo sobre sua reação ao saber da gravidade do caso perguntando-lhe o que passou por sua cabeça, quando ficou sabendo que Walda estava internada e seu quadro era grave. Respondeu:

“Ligaram para mim e nos primeiros dias fiquei preocupado, mas não era grave, quando a coisa piorou, aí vim imediatamente. Tenho um velho fusca, sabe, então vim de fusca de Porto Alegre, o mais rápido que pude. Quando cheguei, vi que a Walda não estava bem, sua perna esquerda muito inchada, bem mais que a outra. Aí foi piorando. Sabíamos que corria o risco de perder a perna, mas o Dr. R. sempre conversava conosco e nos alertava da situação.”

- E ela sabia? perguntei. Ele respondeu:

“- Não falamos nada para ela, mas acredito que no fundo ela sabe da gravidade do seu quadro. Era muito angustiante, mas o médico sabe o que faz. Então ela ficou aqui na Recuperação II e após para a UTI. Parece que a perna foi salva.”

Questionado sobre se acreditava que ela, no fundo, sabia desta possibilidade, respondeu:

“- Sim, acredito que ela sabe, ela mesmo disse que quase tinha perdido as pernas!!!”

Investiguei sobre sua doença e sobre como ela se cuidava. Ele procurou ser sincero e, com pesar, disse:

“- Não, ela nunca se cuidou, ela não tinha cuidado direito, comia de tudo (doce, cerveja), não tinha controle.”

Na visita da Walda, seu esposo ficou próximo, bem perto, tocou sua cabeça, estimulou-a. Foi incrível observar que Walda, preocupada com seu esposo (que tem baixa acuidade auditiva), ao perceber que ele não compreendia o que estava sendo dito, falava para ele novamente, de maneira clara e pausada.

Neste dia, seu esposo trouxe frutas e iogurte. Animado, ele transmitiu ânimo para ela, sendo a grade da cama abaixada, para promover maior aproximação.

Foi um bom dia, com a participação dos familiares da paciente. O encontro foi bem proveitoso, houve maior aproximação com eles. Isso foi percebido no sorriso, no olhar e na expressão de “confiança” expressa por eles.

Em alguns momentos, motivei à reflexão sobre o que é estar ali, observando o que está acontecendo, atuando como espectadores, sofrendo junto com seu paciente e sem condições de interferir. Livrementemente acrescentaram a esta reflexão alguns pensamentos:

“- A gente sofre, não consegue dormir direito, nem comer. Estamos longe.”

Continuou-se questionando sobre os sentimentos deles, mas a fala do esposo foi crucial. Entendeu-se que o mais importante para eles é saber como o paciente está.

“- O que eu quero saber é como a Walda passou!”

Procurei repassar as alterações, as evoluções daquele dia. Aproveitei a oportunidade para responder suas perguntas a respeito de cirurgia, da diabetes, da infecção, febre, alimentação, funcionamento intestinal. Também, neste momento, foram indicados alguns cuidados importantes para se ter com ela.

Ao dialogar com eles, compartilhou-se também de muita alegria. Hoje, Walda está mais animada, comunicativa, clinicamente melhor e está indo para nova cirurgia daqui a pouco – hoje ela está melhor que ontem, e amanhã melhor que hoje.

Procurou-se refletir sobre a importância do seu papel como estimulante na recuperação do seu paciente, como aquela pessoa que faz com que eles encontrem

sentido na doença para recuperar-se para a vida. Foi lida a mensagem, "Arrisque-se a dar um sorriso, a chorar, a aproximar-se mais, a dizer 'eu te amo'."

Um dia muito especial foi o da visita em que houve a troca entre eles para conhecer os pacientes que os familiares das outras pessoas participantes. Eles mesmos apoiando-se, o *rapport* foi estabelecido.

O processo de enfermagem embasado na Joyce Travelbee foi plenamente aplicado com os familiares de Walda. Como é um caminho a ser construído, desde o início houve uma boa interação, pois devido à criticidade do quadro, os familiares estavam sedentos por informações, para ajudar, colocar-se à disposição. Foi interessante, porque foram os primeiros a participarem dos encontros e permaneceram até os últimos dias. A identificação das relações, as identidades e relacionamentos foram percebidos diariamente e parece que sempre faltam dados para serem conhecidos/discutidos. Nesta primeira etapa, foi possível conhecê-los, compreender o grau e estilo dos relacionamentos e identificar as identidades.

Walda era uma pessoa muito especial, "matriarca" de uma família composta por marido, irmã e dois filhos (uma neta e uma nora); muito amável e confiante. Ao mesmo tempo que lutava pela vida, mostrava-se muito apática, sendo que a família foi peça indispensável no processo de recuperação.

O plano assistencial foi norteado pelas etapas anteriores, tendo sempre o referencial teórico como base. As ações foram identificadas juntamente com os familiares; foi um processo interativo. A família foi assistida no sentido de alertá-los sobre a importância do seu papel como estimulador do cuidado, e este foi evidenciado diariamente e numa complexidade crescente de envolvimento. Eles tocavam Walda, acariciavam seu corpo, o esposo falava bastante com ela. Já a irmã falava menos mas pareciam muito bem interadas. Estavam sempre presentes, traziam alimentos caseiros, material para higiene pessoal e corporal. Aplicavam hidratante no corpo. Enfim, eles foram os verdadeiros cuidadores familiares.

Com essa família, o plano de assistência foi desenvolvido automaticamente, pois houve uma empatia e uma simpatia mútua. Havia muita proximidade, até porque houve identificação interpessoal em algum aspecto. Também pelo fato de não serem desta cidade, eles buscavam fortalecer os laços com quem estava mais perto deles.

E, por fim, na fase de avaliação ou *rapport*, houve uma plenitude das fases anteriores. Como a Walda teve alta da UTI no período de desenvolvimento da Prática Assistencial, o seu esposo voltou aos encontros para testemunhar a mudança que ocorreu na vida deles através dos encontros. Reforçou que foi um trabalho excelente, pois houve alguém que lhes deu atenção e transmitiu forças para lutar contra a dor e o sofrimento, ou melhor, enfrentá-los com coragem, ânimo e desprendimento.

Também houve o momento da despedida, no quarto, em que houve emoção de ambas as partes. Ela, sentia muita dor, então solicitou ajuda. Procurou-se agilizar as condutas neste setor para aliviar sua dor. Através deste simples fato, a proximidade era evidente, mesmo na distância. Para mim ficou comprovado o sucesso da aplicação desta metodologia, pois oportunizou um conhecimento mútuo, empatizar e simpatizar com as pessoas envolvidas e, finalmente, um processo de avaliação contínua. Estas fases, muitas vezes, confundiam-se, eram contempladas diariamente mas em ordem, nem sempre a priorizada. Por ser uma metodologia embasada na relação interpessoal, pode-se afirmar que foi realmente um sucesso, pois o mais interessante aconteceu, uma grande amizade se formou. A relação foi realmente terapêutica.

A nova interação foi aumentando a cada dia, eles expressavam alegria a cada encontro; e isto fez com que sentissem a liberdade para expressar seus sentimentos, dores, sofrimentos e angústias. Eles questionavam-se bastante sobre o porquê da dor e do sofrimento e buscava-se, em conjunto além do significado da doença, do sofrimento. Os mecanismos de enfrentamento e de mútua-ajuda que já foi evidenciado nos relatos.

A família de Walda parecia mais forte, estava passando por um período crítico antes da internação. O esposo tinha saído de casa, o filho estava desempregado e envolvido com problemas pessoais graves, mas com a doença dela eles referiram que promoveu maior união familiar, maior interação. Este processo fortaleceu as relações. Este compartilhar tanto do sofrimento quanto da esperança fez com que a realidade se tornasse menos cruel.

Para retomar alguns conceitos, num desses encontros indaguei ao grupo sobre o que achavam do papel do enfermeiro. Responderam rapidamente:

“- Tem mais força que a gente, ela é mais do que a gente, dou muito valor para as enfermeiras, porque elas sofrem...”

“- Deve fazer o que o médico manda bem feito, e fazer com carinho.”

“- O médico só escreve, mas quem vai fazer é a enfermeira, para nós é a pessoa mais importante porque cuidam dos nossos pacientes aqui na CTI. A enfermeira é que faz tudo! É a pessoa mais importante que temos para o nosso paciente e para nós mesmos. Eu até considero o serviço da enfermeira como aquele que minha mãe fazia para mim. É uma mãe.”

Com o objetivo de avaliar os encontros, observei que gostaria de conversar sobre uma dúvida que me ocorrera. Esses encontros diários fazem vocês se sentirem melhor ou pior, quando voltam para casa, em comparação com a chegada? Responderam:

“- Melhor, porque a gente sabe como eles passaram. Saio mais animada porque sei o que está acontecendo, temos informação.”

“- Sinto um alívio quando ouço as informações, espero pela hora do encontro.”

“- A gente encontra forças para viver, ouvir as pessoas, as mensagens.”

É visível a validação das afirmações, pois vejo que eles manifestam que estão contentes com este trabalho, sentem-se melhor porque são orientados, porque alguém “cuida” deles.

“- Eu, para mim, está sendo importante, porque hoje estou ‘preparado’, porque sei o que está acontecendo. Porque o pior de tudo é nós ficarmos aí na CTI e não ter informação e naquela ansiedade não saber o que está acontecendo. É horrível chegar perto do doente e não saber nada.”

“- Estando perto ajuda muito. Você pode fazer diferença. É nesse sentido que a visita que a gente propõe é o estar perto e esta proximidade fazer diferença. Chegar pertinho, falar alguma coisa legal, falar das metas, estimulá-los com alguma coisa diferente. E, que estas coisas façam com que as pessoas lá dentro... sintam seu coraçãozinho com uma chama de esperança que não se apague, mas que fique cada vez mais forte.”

“- Ontem, o padre nos falou que, neste momento, os enfermos sentem-se muito solitários, muito sozinhos. Se a gente não fala nada, eles acham que estão realmente sozinhos.”

“- A grande diferença é feita por atitudes simples, mas carregadas de emoção.”

Então, resgatei a palavra “cuidar”, como algo que hoje caracteriza a enfermagem. Que é o tocar, higienizar, aplicar creme, dar alimentos, pentear cabelos, conversar, mostrar amor às pessoas é o modo como se indica o quanto se ama a profissão que tem o cuidado como meta.

Quanto ao seu auto-cuidado, alguns familiares disseram:

“- Não consigo dormir.”

“- Não desce a comida.”

“- Não consigo fazer nada, pensar nada, estou perdida. Passo o dia aqui...”

“- Estava tonta, não agüentava mais, agora que vejo melhora, sinto-me melhor para me cuidar. Ela é meu termômetro: se ela está ruim, também fico. Se está bem, fico bem e animada.”

“- O pior é não saber o que está acontecendo.”

“- Fico mais tranqüilo, porque vejo que ela está bem cuidada e se recuperando. E, também, estou preparado para cuidar dela.”

Observei que alterações eram visíveis. Houve mudanças muito significativas que evidenciavam-se nas expressões faciais, gestos, toques, sorrisos. Vê-los bem pertinho e falando no ouvido de seu familiar causava uma profunda emoção. Eles perceberam e incorporaram o papel de cuidadores.

Toda essa experiência trouxe muita satisfação e felicidade no seu decurso. A Prática Assistencial foi realmente um despertar para uma população carente e esquecida – a família de pacientes internados na UTI. Eles sentem-se animados, importantes, o que traz uma recompensa ao trabalho desenvolvido.

Vale à pena acreditar que a gente é importante e que, com atitude simples, solidária e original é possível fazer diferença na vida de algumas pessoas que sofrem.

Sugeri para eles, certo dia, um novo tipo de encontro. Até então, os encontros haviam ocorrido em duas etapas: primeiro com uma reflexão sobre alguns assuntos e depois, na segunda etapa acontecia a visita terapêutica. Estes momentos

eram únicos, mas complementares. Na maioria dos encontros foi possível atingir as etapas do Processo de Enfermagem de Joyce Travelbee.

Para este encontro, foi-lhes entregue uma “azaléia”. Distribuí alguns jogos, conforme a solicitação e desejei-lhes um ótimo encontro. Eles expressaram nas faces apreensão, expectativa, surpresa e alegria, pela “novidade” de ficar mais tempo juntos. Procurei uma técnica diferente das anteriores, fazendo a visita como um encontro verdadeiramente original. Causou emoção vê-los um atrás do outro, com a flor na mão. Estavam também emocionados e gratos. Foi realmente uma surpresa para todos os pacientes a visita antecipada, ainda mais com uma bonita flor e com possibilidade de jogarem e serem alimentados pelas pessoas que tanto consideram.

Mesmo com o intuito de observar reações, procurei proporcionar maior proximidade a eles e dar suporte à alimentação e jogos.

Observei que, neste dia, a equipe também se mobilizou para organizar o ambiente, para organizar seu trabalho o mais rápido possível e, quando menos esperava, eles estavam juntos às famílias, interagindo, sorrindo e prestando seus cuidados. Causou satisfação ver que eles estavam realmente motivados para assistir as famílias.

Os familiares da Walda ficaram muito agradecidos pela oportunidade de permanecer mais tempo com ela e realmente colocaram a proposta em prática.

No último encontro, procurei deixar as coisas fluírem, pois entendeu-se que era a partir deles que o encontro seria construído. E assim se fez.

Segundo a rotina do trabalho desenvolvido na UTI, às 18 h 30 min, avaliei as situações dos doentes, fiz as anotações e organizei a sala de espera com mesa central e toalha, flores para cada família e uma mensagem para cada um deles.

Logo eles chegaram. Após os cumprimentos, motivei às apresentações, solicitando-lhes que fosse dito nome, parentesco com quem estava internado na UTI. Mesmo assim, diziam primeiro o nome do doente, parecendo até que alguns esqueciam de si mesmos em prol do outro. O clima estabelecido foi de empatia mesmo, uns olhavam nos olhos dos outros, era um compartilhar de muitos sentimentos e emoções, que promovia uma plenitude e uma realização.

A seguir, passei as informações sobre a evolução de seus familiares, dialogando com eles, orientando, esclarecendo dúvidas, animando e compartilhando os sentimentos de alegrias e decepções. Neste momento, eles já expunham alguns comentários sobre os encontros. Após esta fase, motivei a avaliação sobre o que foi positivo, se ajudou, quais os sentimentos que brotaram, quais as sugestões para a implementação, o que poderia ser melhorado. Eles mostraram-se bastante receptivos e, de imediato, começaram a falar:

“- Foi ótimo, nunca pensei que estes encontros pudessem acontecer! Senti-me orientada e segura com as informações que recebi nestes encontros.”

“- Só de pensar que vinha nos encontros, ficava mais tranqüila, quando chegava perto das 18 h já ficava contando os minutos para vir.”

“- As suas palavras e o seu sorriso me fazem bem, fico aliviada e com esperança, porque sabemos como as ‘coisas’ estão indo.”

“- O mais importante que achei foi a convivência com todos, ao contarmos os nossos problemas vemos que existem problemas maiores ou menores que os nossos e encontrarmos forças para lutar.”

“- As palavras bonitas que ouvimos me fez encontrar nas orações.”

“- Hoje em dia o tesouro mais importante que temos é a valorização no ser

humano, na sua dimensão maior, que é o TODO. E isto, vemos aqui, esta iniciativa é singular, nunca ouvi falar de nada parecido. Sou de Santa Catarina e trabalhei na área da saúde, sabia que os familiares nem eram lembrados. Esta conexão é de vital importância para a recuperação do doente. Nós nos desestruturamos, não sabemos para onde ir e o que fazer, mas conseguimos acreditar que as coisas podem melhorar. Nunca perdemos as esperanças. E, para nós da família, é muito importante saber que existem pessoas tão humanas cuidando de nossa mãe. É muito seguro! Parabêniso você pela iniciativa, você é uma pessoa sensível para poder perceber e trabalhar nesta linha.”

Alguns não falaram muito, mas, na expressão facial deles, percebia pesar pelo término dos encontros, confirmação das colocações feitas, validação das minhas percepções e confirmação dos pressupostos.

O processo de enfermagem baseado nas relações interpessoais de Joyce Travelbee foi muito bem adaptada às famílias. A simpatia e empatia foram muito bem identificadas, fazendo nascer laços de fraternidade.

Agradei a presença de todos, pela participação, por terem acreditado na proposta deste trabalho, por virem aos encontros e terem feito com que esta proposta fosse consolidada de maneira tão forte. Nada seria possível se eles não estivessem dispostos a participar. Fiz, aqui, um agradecimento a todos que apoiaram e deram crédito à proposta.

Nesse momento, foram entregues cartões, com um conteúdo significativo sobre o que representava aquele trabalho com eles, ou seja:

- Aos meus amigos (porque vocês são amigos):

“Somos todos anjos de uma asa só, e só poderemos voar quando abraçados uns aos outros”.

5 ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA TEORIA DE TRAVELBEE

Quando se aplica uma proposta teórica em qualquer situação, um dos elementos de análise é a coerência dos pressupostos com a prática. No caso da experiência aqui relatada, foi evidente a importância da interação estabelecida com os pacientes e familiares.

A dimensão da relação como sendo pessoa-pessoa implicou num exercício de aproximar mais e mais o processo de assistência da vida concreta dos envolvidos, com seus sentimentos de alegria, sofrimento, esperança, angústia e assim por diante.

Este processo é influenciado, como diz Travelbee, pela capacidade de percepção da enfermeira em relação à clientela, de modo a envolver-se na sua experiência, ajudando-os a encontrar significados. Neste sentido, sem dúvida, a enfermeira deve buscar aprimorar seu processo de comunicação, para favorecer a empatia e simpatia, de acordo com Travelbee.

Conforme já exposto na metodologia, utilizando a proposta de Leopardi (2000), tinha também uma perspectiva de fazer uma análise da utilização da teoria de forma mais objetiva, e através deste referencial, na presente aplicação, cheguei à constatação de que a proposta de Travelbee:

a) quanto ao nível de desenvolvimento teórico, pode ser considerada de nível intermediário, pois propicia uma forma nova de intervir e incluir situações novas;

b) quanto aos conceitos, a autora promove uma inter-relação dos mesmos, através dos passos de sua proposta de interação;

c) quanto à definição dos propósitos, ela procura relacionar a resolução de

problemas, através de sua proposta de relação pessoa-a-pessoa;

d) quanto ao nível de generalização do foco, trata-se de uma generalização interna, ou seja, permite aplicar seus conceitos em várias situações da enfermagem, tanto individualmente quanto em grupos;

e) quanto aos limites e vantagens da teoria, pode-se apontar:

- prevalecem as abordagens sobre as doenças e as percepções que as pessoas têm dela com um enfoque máximo nos aspectos bio-psico-culturais e ambientais;

- há coerência entre os elementos estruturais e uma lógica interna na metodologia da assistência em enfermagem;

- pode ser utilizada nas áreas que não requerem uma intervenção técnica sobre processos predominantemente fisiológicos;

- a Teoria de Travelbee focaliza a interação, mas em torno da doença, enfocando o sofrimento e a dor;

- é descritiva, prescritiva e bem classificada, quando usada como marco conceitual;

- como o processo é interativo, a relação está diretamente ligada às diferentes percepções entre as diferentes pessoas que são únicas;

- é bem aplicada em grupos, no caso deste estudo, foi preponderante este direcionamento para o estabelecimento da relação pessoa-a-pessoa;

- quanto à administração, a Teoria de Travelbee tem um alcance limitado, por centrar-se nas interações interpessoais, portanto, restrita à intervenção

da enfermagem em si;

- a teoria valoriza a singularidade do ser humano, aceito pela sociedade. Contudo, centra-se na doença, que é vista como uma situação de anormalidade ou como uma condição a ser evitada ou eliminada;

- é adequada a pacientes crônicos ou submetidos à reabilitação de longo prazo ou a doentes terminais;

- por ser o resultado da experiência de Travelbee com pacientes psiquiátricos, o que limita a abordagem dos aspectos biológicos do paciente, ainda que a teoria não se limite apenas à área da psiquiatria, mas a todas as interações enfermeiro/paciente/família;

- a forma de interagir, preconizada por Travelbee induz o enfermeiro a ampliar sua ação para além das necessidades biológicas às necessidades emocionais, psicológicas, espirituais do enfermo/família, como parte integrante do cuidado;

- a visão de Travelbee, quando relaciona os seres humanos como únicos, diferentes entre si, é fundamental, porque pressupõe que a assistência em enfermagem seja diferenciada;

- é necessário que se estabeleça entre enfermeiro/enfermo/família, uma relação efetiva que é a essência da enfermagem;

- a importância dada à comunicação promove desenvolvimento relacional entre as pessoas;

- a teoria pode ser limitante, considerando-se que Travelbee apregoa a clarificação dos próprios valores do enfermeiro, sua capacidade de ajuda, utilizando a si mesmo de maneira terapêutica. É um desafio pensar e repensar sobre si mesmo, na

busca de seus próprios significados;

- por ser uma interação dinâmica, complexa, que envolve muitas pessoas, certamente o ambiente e o contexto interferem na relação pessoa-a-pessoa, especialmente relacionados ao enfermeiro e aos familiares.

Os objetivos de propor e aplicar uma metodologia de assistência de enfermagem a familiares de pacientes internados na UTI tendo como base a teoria interpessoal de Joyce Travelbee, aproximando as pessoas nos momentos de vivências críticas foram plenamente atingidos, através dos requisitos de desprendimento e afetividade demonstrados nas interações entre enfermeiros e familiares.

A aplicação, adaptada de uma teoria de enfermagem, numa metodologia própria, mostrou que é possível prestar assistência de enfermagem com maior cientificidade e que o empirismo leva até a desacreditar neste mérito. Desenvolvendo um espírito crítico, percebe-se mais eficácia quanto na aplicação de um processo de enfermagem sistemático.

No decorrer da aplicação proposta ficou evidenciado que o trabalho da enfermagem, quando guiado pela teoria de enfermagem ganha um toque especial, ainda mais quando esta tem um cunho humanístico e solidário, pois aproxima pessoas num momento de sofrimento extremo. Este era um dos objetivos: aproximar as pessoas no sentido de compartilhar experiências e fortalecer laços, encaminhando para um processo de ajuda mútua. Sabe-se que os familiares foram sensibilizados e capacitados para a importância da visita terapêutica, através das expressões corporais, experiências vivenciadas, comentários. E ao propor, a aplicação de uma metodologia de enfermagem embasada na teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee, tendo a visita de familiares como elemento do cuidado terapêutico, viu-se um despertar para o cuidado das famílias. As preocupações relacionadas ao abandono dos familiares quanto ao pouco suporte, pouco apoio foram confirmadas. Entende-se que a metodologia utilizada foi muito eficaz, trouxe benefícios para todos

os envolvidos desde o paciente, que foi o foco de um cuidado terapêutico pelos seus entes queridos, foi benéfico para os familiares pois sentiram-se importantes, assistidos, e também cuidados, e, por fim, as pessoas da equipe cresceram individualmente, e como profissionais. Ficou evidente que a enfermagem, o familiar e o enfermo são elementos que devem estar em sincronia. Esta sincronia é possível, é viável e, quando bem planejada, é transformadora de realidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O estar junto com seu doente é para o familiar um compromisso, uma obrigação, um envolvimento e um comprometimento social. A experiência vivenciada é um modo de ser complexo, que está contido no movimento dialético deste viver: o presente sobrepondo-se ao passado. O envolver-se na situação de familiar o coloca frente aos limites que ele tem perante o seu próprio viver enquanto pessoa, ser” (Carraro, 1998, p. 89).

Encontrei situações difíceis, contudo, isso é esperado no momento em que se apresenta uma proposta inovadora que faria uma mudança no paradigma vigente, de que a família incomoda e deve permanecer o mais longe possível. Por outro lado, encontrei também os clientes (familiares) carentes de informação e sem condições de auxiliar ou estimular a recuperação do enfermo na UTI. Partindo disto, a carência de ambas as partes foi ponto para que as interações ocorressem com êxito.

Iniciei a prática assistencial sondando o ambiente e as pessoas envolvidas. Houve boa receptividade dos familiares, pacientes, colegas, equipe, médicos, o que reforçou a premissa de que a proposta era viável.

Fiz uma adaptação do processo de enfermagem embasada em Travelbee, que servia de instrumento para guiar os encontros. Montei um roteiro básico que os conduziria com algumas questões norteadoras que seriam os instrumentos de trabalho. Eram instrumentos de auxílio, desinibidores, flexíveis, interativos, permitindo a livre expressão e a interação interpessoal.

As equipes de trabalho, após a exposição do projeto ficaram satisfeitas com

a iniciativa, porque percebiam ser uma lacuna este cuidado a familiares.

Entre os familiares, alguns demonstraram rápido interesse, outros ficaram curiosos e também apreensivos. Inicialmente, convidei dois familiares de três pacientes da UTI que foram selecionados quanto ao grau de dependência para o cuidado.

Após cada sessão de sensibilização, passava-se a expor a situação dos enfermos, procurando agir com habilidade, clara comunicação e princípios educativos. Para cada apresentação relevante procurava usar uma linguagem simples e compreensível.

Os familiares perguntavam quanto à febre de seu familiar, se urinou melhor, porque estava tão “inchado(a)”, se estava mais calmo; será que dormiu melhor; como ele está comendo; e a respiração como está; porque tem cheiro tão forte; e a infecção; o que deu no Rx; e o exame de sangue melhorou; por que a noite fica mais agitado; e a fistula, houve diminuição; por que a pele está daquele jeito, quanto tempo ainda vai viver, e outras tantas perguntas que surgiam, resultantes de sua apreensão do problema e de seus sentimentos de preocupação.

Havia uma constante preocupação em responder essas questões com ética, e ponderação. Encaminhava e estimulava para conversarem com o médico assistente. Percebi, que essa ação formava uma relação mais forte, pois, individualmente, eles expressavam seus medos, angústias, depressões, esperanças, expectativas. Era o momento de partilha, observava que todos estavam atentos aos relatos, solidários, permaneciam torcendo ou sofrendo juntos. Existia cumplicidade. Muitos se conformavam de encontrar forças na coragem dos outros. Eles se consolavam e se fortaleciam. Isto proporcionava uma experiência inesquecível e uma lição de vida após a outra. Procurava, nos momentos de relatos, educar, enfatizar pontos que necessitavam maior atenção como maior contato, falar ao pé do ouvido, trazer comida caseira quando possível, tocar sempre, trazer objetos significativos para o enfermo, assim como material para higiene pessoal. O objetivo disso

era fazer com que aquele momento de internação na UTI fosse o mais tranquilo possível, fosse um pequenino recanto do seu lar – se isso fosse possível.

Os próximos momentos eram 'momentos de reflexão', quando se colocava em prática as esperanças, a fé, o sofrimento, as experiências, a busca do significado daquele momento, daquela situação. Percebia que as pessoas buscavam forças para enfrentar as dores na espiritualidade, na leitura de pequenos textos, frases, orações. As pessoas usavam da palavra, expressavam suas crenças, valores, esperanças, expressavam seus sofrimentos e em voz alta afirmavam para o grupo, mas mais para si mesmos coisas positivas, sentimentos nobres e técnicas de ajuda para estimular os doentes e ser apoio para os outros familiares.

Para finalizar os encontros buscava frases que marcassem aqueles momentos de visita, oração de estímulo, flores, balas, mensagens. Usava a criatividade, fazia daquele momento um verdadeiro ritual, na expectativa para visitar o enfermo, mostrando a intenção de fazer deste um momento muito especial.

Durante a “visita terapêutica” propriamente dita, os familiares colocavam em prática os conselhos e as sugestões que recebiam anteriormente.

A cada dia ficava mais evidente a ligação estabelecida entre a equipe e os familiares. Os cumprimentos tornaram-se mais calorosos. Eles vinham para conversar mais reservadamente. Esta relação também foi conquistada gradativamente.

É possível afirmar que este processo foi de proveito para todos os envolvidos. Acreditei sempre que seria uma atitude, acima de tudo, solidária, pois ao envolver as pessoas com uma proposta que viesse a fortalecer as relações interpessoais, automaticamente haveria um intercâmbio entre as mesmas. Percebia uma satisfação que a cada dia era mais evidente nos envolvidos.

Esta proposta teve grande repercussão. As pessoas demonstravam satisfação por estarem participando deste grupo. Muitos voltavam à UTI no momento dos encontros para agradecer, bendizer e testemunhar e recuperação dos seus familiares, compartilhando suas esperanças com o grupo.

Ao considerar a proposta de visita terapêutica com metodologia interacionista, o resultado nunca foi previsto, as “coisas aconteceram”, e posso dizer que aconteceram plenamente. O desconhecido hoje é conhecido e, além de tudo, admirado e valorizado.

Este trabalho possibilitou uma realização porque trouxe a vivência de um processo de cuidado sistematizado, cujos propósitos foram atingidos na sua plenitude, podendo ser institucionalizado em todo um hospital.

A Prática Assistencial também oportunizou o levantamento de vários dilemas éticos. Foram muitos questionamentos, desde a definição de papéis, o fornecimento de informações aos familiares, se temos o direito de alimentar esperança numa situação grave, para a qual não existe perspectiva de melhora. Até que ponto se é omissos frente à relação paciente/familiar.

Procuramos junto com o grupo, identificar a mais sensata e equilibrada decisão para os dilemas. Entendo que é através da análise da situação pelos envolvidos que se poderá dar rumo às decisões.

Após esta trajetória, ainda há coisas para dizer e desejo que sejam ditas, com o interesse de aprofundar a análise da utilização da Teoria de Joyce Travelbee, através do marco referencial.

Este passo é fundamental para que os enfermeiros visualizem a importância da utilização de um método de Assistência de Enfermagem, para que o seu trabalho seja criativo, crítico e em permanente reavaliação. Pode-se, a partir da avaliação de

uma proposta, readequá-la, para que se torne ainda mais efetiva.

Foi um desafio promover estes encontros, chamados de visita terapêutica. Acredito que, além de aproximar os familiares, também promovi o fortalecimento dos laços, no enfrentamento da doença e na busca de significados com esta experiência. Acredito, também, que os profissionais de enfermagem tornaram-se mais capacitados para apoiarem as famílias e também viverem com maior consciência seu papel de educadores na assistência de enfermagem. Isso promove o despertar de uma consciência inovadora, cuidativa, solidária e humana nas pessoas interrelacionadas.

Este trabalho foi muito gratificante, inovador e serviu de estímulo para as equipes das outras UTI's na implementação desta proposta. E, além de tudo, foi uma atitude solidária, pois abordou o cuidado humano como referencial para a educação de famílias.

Ao percorrer vários aspectos considerados importantes para fundamentação teórica deste estudo, é importante reafirmar que acredito firmemente nesta proposta, na família e no seu potencial e na enfermagem, que ao exercer seu papel de cuidadora de famílias, exerce uma atitude educativa, cuidativa e solidária, no fortalecimento da sua própria cidadania e da cidadania de seus clientes.

Em conclusão, para que ocorra interação eficaz entre enfermeiro/paciente/família, é necessário:

- auxiliá-los a enfrentar os problemas da sua realidade de maneira realista;
- considerar de forma lógica seus problemas;
- perceber suas participações na experiência, distinguindo possibilidades;

- ensaiar novos padrões de comportamento;
- comunicar-se e integrar-se socialmente com os demais;
- encontrar um significado para a enfermidade.

É preciso reconhecer que a comunicação envolve arte, criatividade, conhecimento e responsabilidade, para utilizar estes requisitos em favor de um atendimento mais humanizado. A responsabilidade deve ser especialmente direcionada para identificar e modificar as coisas para que enfrentem a desumanização do paciente e promovam em todas as instâncias o seu bem-estar.

Para que a comunicação e as relações interpessoais se estabeleçam, listo algumas técnicas de comunicação preconizadas por Travelbee, que envolvem ações como:

- estimular a família/enfermo para que se expresse verbalmente;
- ajudar a família/enfermo a esclarecer o sentido e a natureza da mensagem que será transmitida;
- ajudar a família/enfermo a concentrar sua atenção em um tema de conversação;
- ajudar a família/enfermo a perceber sua participação em uma experiência;
- ajudar a família/enfermo a identificar causas e efeitos de um problema específico.

O enfermeiro deve estar ciente que seu interesse e preocupação para com o paciente possibilitam uma aliança terapêutica. É preciso que o enfermeiro, o paciente e a família desejem envolver-se, pois vão desenvolver atitudes

interpessoais cada vez maiores, na relação pessoa a pessoa. Nunca perder de vista que a comunicação deve ser clara, para possibilitar uma prática profissional na qual a relação pessoa a pessoa garanta a visão do homem total, ou seja, um homem biológico, situado no mundo, pertencendo a uma família e com historicidade própria. Entendendo que a unidade familiar serve como zona de impacto e agente neutralizador entre indivíduos e sociedade, a enfermagem, ao considerá-la como cliente, deve ter muita habilidade para assumir este importante elo no relacionamento entre o paciente e sua família.

Acredito firmemente que esta proposta de visita terapêutica é viável e, acima de tudo, necessária, e deve ser institucionalizada. Os profissionais da enfermagem, ao colocarem em prática o conhecimento que norteia a profissão darão a maior prova de crença na enfermagem, valorizando-a e fazendo com que seja valorizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, Oséias Guimarães et al. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 123-132, jul., 1997.
- BARBOSA, Sayonara de F. T. *Indo além do assistir – cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva*. Florianópolis: UFSC, 1995. (Dissertação de Mestrado)
- BECK, Carmem L. C. *O processo de viver, adoecer e morrer: reflexões com familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva*. Florianópolis: UFSC, 1995. (Dissertação de Mestrado)
- BETTINELLI, Luiz A. *Cuidado solidário*. Passo Fundo: Berthier, 1998.
- CARRARO, Vanderlei. *O ser humano inconsciente: como o seu familiar o compreende*. Porto Alegre: UFRGS, 1998. (Dissertação de Mestrado)
- DOMINGUES, Carmem Isabel et al. Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização? *Rev. Esc. Enf. USP.*, v 33, n. 1, p. 39-48, mar., 1999.
- ECHER, Isabel Cristina. Opinião de visitantes sobre a sistemática de visitação a pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 57-68, jan., 1999.
- ELSEN, Ingrid, et al. Marcos para a prática de enfermagem com família. *Série Enfermagem*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.
- FRITZEN, S. F. *Exercícios práticos de dinâmica de grupo*. 27ª ed., V. I e II, Petrópolis: Vozes, 1998.
- GELAIN, Ivo. *Deontologia e enfermagem*. 3ª ed., São Paulo: EPU, 1998.
- GOMES, Renata R. *A construção do novo paradigma jurídico-familiar na ordem constitucional de 1988*. Florianópolis: UFSC, 1996. (Dissertação de Mestrado)

- GUIRARDELLO, Edinéia de Brito et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 33, n. 2, p. 123-129, jun., 1999.
- LAUTERT, Liana et al. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. *Rev. Gaúcha de Enferm.*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 118-131, jul., 1998.
- MARTINS, Edna Lúcia et al. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. *Rev. Bras. Enferm., Brasília*, v. 52, n. 1, p. 105-117, jan./mar., 1999.
- MELEIS, A. *Theoretical nursing development and progress*. Philadelphia: J. B. Lippincott C. O., 1985.
- MENDES, Ana Magnólia, LINHARES, Nílvia Jacqueline Reis. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 49, n. 2, p. 267-280, abr./jun., 1996.
- PAI, Marilda Martins, SOARES, Mariangela Abade Lara. Percepção do significado da função do cuidador por um grupo de enfermeiras e cuidadores: convergências e divergências em seus discursos. *Rev. Esc. Enf. USP.*, v. 33, n. 3, p. 231-235, set., 1999.
- PENNA, C. M. A família saudável: uma análise conceitual. *Rev. Texto Contexto*. Vol. 1, nº 2, p. 89-99, Florianópolis: jul./dez., 1992.
- PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAIRE, Christian de Paul de. *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Loyola, 1994.
- PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAIRE, Christian de Paul de. *Solidários na doença*. 2ª ed., São Paulo: Paulus, 1994.
- REVISTA Sobeti. ed. Especial, ano I, nº 0, São Paulo: Set./Out./Nov./ 1998.
- SANTOS, Cíntia Ramos dos. Et al. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente - equipe de enfermagem - família. *Rev. Nursing*, p. 26-29, out., 1999.

- SALOUM, Nájela Hassan, BOEMER, Magali Roseira. A morte no contexto hospitalar - as equipes de reanimação cardíaca. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão-Preto, v. 7, n. 5, p. 109-119, dez., 1999.
- SAPETA, Paula. O doente terminal e a família, realidades e contextos. *Rev. Nursing*, - Destaque Nursing, p. 28-31, 1999.
- STEFANELLI, Maguida C. *Comunicação com o paciente – teoria e ensino*. 2ª ed., São Paulo: Robe, 1993.
- STEPHEN, R. C. *Os hábitos das famílias muito eficazes*. São Paulo: Best Seller, 1998.
- TEXTO & Contexto – Enfermagem UFSC – Cuidando e confortando: uma perspectiva de enfermagem para o terceiro milênio. V. 7, n. 2, Florianópolis: UFSC, Mai/Ago 1998.
- THOMAS, Clarifica T. *Cuidado de enfermagem a clientes em fase terminal: uma proposta fundamentada na teoria de Travelbee, implementada em clientes e discutida em enfermarias*. Florianópolis: UFSC, 1998. (Dissertação de Mestrado)
- TRAVELBEE, Joyce. *Intervencion en enfermeria psiquiátrica*. Colômbia: Caravela, 1979.
- WAIDMAN, Maria Angélica et al. O caminhar com a teoria de Joyce Travelbee na prática de enfermagem psiquiátrica - desvelando uma experiência. *Cogitare Enferm*. V. 3, n. 1, p. 7-12, jan./jun., 1998.
- WALDOW, Vera R. *Cuidado humano – o resgate necessário*. Porto Alegre: Saga Luzzatto, 1998.

ANEXOS

ANEXO 1 -

ABRAÇO

Faz a gente se sentir bem;
 Acaba com a solidão;
 Faz agente superar o medo;
 Abre passagem para os sentimentos;
 Constrói a auto – estima;
 Estimula o altruísmo;
 Retarda o envelhecimento.
 Pessoas que gostam de abraço permanecem mais jovens por mais tempo.
 Ajuda a controlar o apetite.

Comemos menos quando estamos bem alimentados com abraços e
 quando Nossos braços estão ocupados, enlaçados em volta de outros.

ABRAÇO TAMBÉM

Alivia a tensão;
 Combate a insônia;
 Mantém em forma os músculos dos braços e ombros;
 Dá oportunidade para exercícios de alongamento se você é baixo;
 Propicia exercícios de flexão se você é alto;
 Oferece uma alternativa sadia e segura para álcool e drogas;
 Afirma a nossa natureza física;
 É democrático: todo mundo tem direito a um abraço.

ABRAÇO TAMBÉM

É logicamente benéfico, não tumultua o meio ambiente;
 Do ponto de vista energético é eficiente, economiza calor,
 É portátil;
 Não requer equipamento especial;
 Não exige ambientação especial: qualquer soleira de porta à
 Beira de um leito numa UTI!!!
 É ótimo lugar para um abraço!
 Torna os dias mais felizes;
 Comunica sentimento de amor;
 Continua trazendo benefícios mesmo depois de desfeito, como analgésico
 e calmante!!!

Com carinho da Enfª Maristela Rodrigues

ANEXO 2**“ORAÇÃO DA SERENIDADE”**

Concedei-nos Senhor,

A serenidade necessária para aceitar

As coisas que podemos mudar aquelas

Que podemos

E a sabedoria para distinguir entre ambas.

Enf^a Maristela S. Rodrigues

10.08.1999

ANEXO 3

“ARRISCAR”

Sorrir é arriscar-se a parecer tolo.

Chorar é arriscar-se a mostrar-se sentimental.

Partilhar sentimentos é arriscar-se a

Revelar seu verdadeiro eu.

Expor idéias e sonhos frente à multidão é arriscar-se a perdê-los

Amar é arriscar-se a não ser compreendido.

Viver é arriscar-se a morrer.

Ter esperança é arriscar-se

A experimentar o sabor do desemprego.

Tentar fazer algo é arriscar-se a falhar.

È necessário arriscar,

Porque o maior perigo na vida

È simplesmente nada arriscar.

Sufrimentos e tristezas podem ser evitados, porém

Não se pode aprender a sentir, a mudar, a crescer, a amar e a viver. Acorrentado pelas próprias certezas, vive-se escravo,

Porque já se perdeu a liberdade,

Somente a pessoa que arrisca... é livre!!!

Que Deus lhe dê muita paz, esperança e saúde para a sua família!!!

Enfª Maristela Silveira Rodrigues

12.08.1999

ANEXO 4

“Acredito firmemente que a família constitua a pedra angular da sociedade e que representa a nosso mais completa realização. Por mais importante que sejam os nossos deveres como profissionais, somos antes de tudo seres humanos, e as relações humanas com os nossos familiares e amigos constituem o maior investimento que faremos. No final da vida, nunca lamentaremos por não termos sido aprovados em mais um teste, não termos concluído mais um negócio... Lamentaremos o tempo que não passamos com o marido, os filhos, os amigos, ou com os pais... Nosso sucesso depende do que acontece na nossa casa!!! Estou convencida de que, se nós, enquanto sociedade, trabalharmos diligentemente em qualquer outra área da vida, mas negligenciarmos a família, será o mesmo que nos empenharmos para fixar cadeiras no convés do Titanic.”

ANEXO 5

Pegadas na areia

Uma noite, tive um sonho...

Sonhei que estava andando na praia com o Senhor e, através do céu, passavam cenas de minha vida. Para cada cena que passava, percebi que eram deixados dois pares de pegadas na areia: um era mau e o outro era do Senhor.

Quando a última cena de minha vida passou diante de nós, olhei para trás, para as pegadas na areia, e notei que, muitas vezes, no caminho de minha vida, havia apenas um par de pegadas na areia.

Notei também que isso aconteceu nos momentos mais difíceis e angustiosos do meu viver. Isso aborreceu-me deveras e perguntei, então, ao senhor. “Senhor, tu me disseste que, uma vez que resolvi te seguir, tu andarias sempre comigo, em todo o caminho. Notei, contudo, que, durante as maiores tribulações de meu viver, havia apenas um par de pegadas na areia. Não compreendo porque, nas horas em que eu mais necessitava de ti, tu me deixastes sozinho...”

O Senhor me respondeu: “Querido filho, jamais eu te deixaria nas horas de provação e sofrimento. Quando viste, na areia, apenas um par de pegadas, eram as minhas: foi exatamente aí que eu te carreguei nos braços”.

ANEXO 6

Oração da Sabedoria

Deus, nosso Pai, verdadeiramente aprendemos a apreciar a luz à medida que nos defrontamos com a escuridão. Aprendemos a valorizar o que somos e o que temos somente após termos sido feridos pela perda.

Assim acontece comigo: sempre vivi como se fosse viver milhares de anos. Sem grandes preocupações, fazia as coisas corriqueiras. Sempre existia o amanhã. Com essa doença, o amanhã tornou-se uma interrogação. A princípio, minha tentação foi maldizer o mundo por reservar-me tal sorte. Refletindo um pouco, vi que isso não me ajudaria em nada. Comecei a meditar, rever, relembrar... Gradualmente, a doença foi me ensinando muita coisa, e nunca aprendi tanto em tão pouco tempo.

Sinto necessidade de viver cada dia plenamente, porque hoje é meu tempo concreto de crescer na fé e desabrochar no amor. Tenho necessidade de fazer as coisas que sempre adiava. Verbalizo sentimento que sempre temi antes expressar e, fazendo isso, descubro que as plantas são mais verdes e o céu é mais azul, como nunca antes disso.

Finalmente, toquei no coração da vida! Descobri como as pessoas se tornaram importantes e que as pequenas coisas de vida têm sentido. Meu desapontamento transformou-se em descoberta; meu silêncio, em oração.

Obrigado, Senhor. Amém!

ANEXO 7**ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O FAMILIAR DO PACIENTE
INTERNADO NA UTI TENDO COMO PROPOSTA A VISITA DE
FAMILIARES COMO TERAPÊUTICA.****ROTEIRO:**

- 1) O que você sente tendo seu familiar internado em uma UTI?
- 2) Como você percebe o momento da visita de seu familiar? Quanto à doença, sofrimento, isolamento, ambiente e equipe?
- 3) O que significa o encontro (visita) com seu familiar?
- 4) Como você está enfrentando este momento de crise/doença?
- 5) Quais os sentimentos que afloram, no momento da visita entre você e seu familiar?
- 6) O que significa para você estas palavras: esperança, família, doença
- 7) Você considera a visita ao seu familiar como terapêutica?
- 8) O que mudou na sua vida com esta internação? E na sua família?

ANEXO 8

Roteiro para os encontros

1. Rituais de apresentação - uso de técnicas de apresentação:

- nome do familiar
- procedência
- grau de parentesco
- tempo de convivência
- moradia
- idade
- sexo
- profissão
- tempo de internação
- patologia básica
- médico assistente
- grau de dependência para o cuidado

2 Aplicação do processo de enfermagem segundo Travelbee seguindo modelo adaptado na assistência de enfermagem à família.

Anexo 9

Instrumento metodológico segundo Joyce Travelbee

	Diagnóstico	Plano Assistencial	Avaliação
	1. Encontro Original	3. Empatia	5. <i>Rapport</i>
Objetivos	2. Identidades emergentes	4. Simpatia	
Data/hora			