

O significado de conforto na perspectiva de familiares de pacientes internados em UTI

RESUMO | Objetivos: Desvelar o significado de conforto na perspectiva dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) e conhecer os principais motivos do desconforto vivenciado por eles. Método: Estudo qualitativo e quantitativo em que foram entrevistados 60 familiares de pacientes internados em UTI, no período de julho a setembro de 2015. O referencial metodológico utilizado foi o discurso do sujeito coletivo. Resultados: Conforto, na perspectiva dos familiares, tem um significado plural que engloba comunicação efetiva, flexibilização de visitas, apoio psicológico e direito de permanência na unidade. Por outro lado, os motivos de desconforto são inúmeros e refletem uma prática de saúde pouco humanizada e atrelada às dificuldades financeiras. Conclusão: O conforto dos familiares está ligado ao acolhimento e à humanização da assistência em UTI. Embora a participação da família na recuperação do paciente seja fundamental, ainda se evidencia descompasso entre políticas e práticas no país em relação a essa questão. **Palavras-chaves:** cuidados críticos; relações profissional-família; família; enfermagem.

ABSTRACT | Objectives: Unveil the meaning of comfort from the perspective of the relatives of patients hospitalized at an Intensive Care Unit (ICU) and to discover the main motives for discomfort they experience. Method: Qualitative and quantitative study in which 60 relatives of ICU patients were interviewed in the interior of São Paulo, Brazil, between July and September 2015. The methodological framework used was the Collective Subject Discourse. Results: According to the relatives, comfort has a plural meaning that involves effective communication, easing of visits, psychological support and the right to remain at the unit. On the other hand, there are countless sources of discomfort, reflecting a hardly humanized practice, linked to financial difficulties. Conclusion: The relatives' comfort is linked to the humanization of ICU care and to welcoming. Although the family's participation in the patient's recovery is fundamental, a mismatch between policies and practices continues to exist in the country.

Keywords: critical care; professional-family relations; family; nursing.

RESUMEN | Objetivos: Revelar el significado de confort según los familiares de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y conocer los principales motivos de incomodidad que viven. Método: Estudio cuali y cuantitativo en que fueron entrevistados 60 familiares de pacientes internados en UCI del interior de São Paulo, Brasil, entre julio y septiembre 2015. El referencial metodológico fue el Discurso del Sujeto Colectivo. Resultados: Confort, según los familiares, es un significado plural que abarca la comunicación efectiva, flexibilización de visitas, apoyo psicológico y derecho de permanencia en la unidad. Por otra parte, los motivos de incomodidad son numerosos y reflejan una práctica poco humanizada y vinculada a dificultades financieras. Conclusión: El Confort de los familiares está vinculado a la humanización de la atención en UCI y al acogimiento. Aunque la participación de la familia en la recuperación del paciente sea fundamental, continua un desajuste entre políticas y prácticas en el país.

Descriptor: cuidados críticos; relaciones profesional-familia; familia; enfermería.

Silmara Meneguín

Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp. Doutorado em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP. Mestre em Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da USP. Especialização em Cardiologia pelo Instituto do Coração HCFMUSP.

Marcia Cristina Nobukuni

Doutoranda em Enfermagem na Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp. Mestre em Tecnologias Ambientais pelo Centro Estadual de Educação Tecnológica "Paula Souza" (CEETPS). Docente no curso de Enfermagem UNIFUNEC em Santa Fé do Sul e no curso Técnico em Enfermagem na Etec de Ilha Solteira.

Silvia Helena M. Bravin

Mestranda em Enfermagem na Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp. Especialização em Obstetrícia pela Universidade Federal de São Paulo e Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas.

Cariston Rodrigo Benichel

Doutorando em Enfermagem na Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp. Mestrado Profissional em Enfermagem pela Unesp. Especialista em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo e Terapia Intensiva/Urgência e Emergência pelo Instituto Passo 1.

Ticiane Dionísio de Souza Matos

Mestranda em Enfermagem na Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp. Enfermeira do Hospital das Clínicas da FMB – Unesp

Recebido em: 15/01/2019

Aprovado em: 03/04/2019

INTRODUÇÃO

Culturalmente, a unidade de terapia intensiva (UTI) ainda é um ambiente desconhecido e incerto, que traz aos familiares dos pacientes a ideia de gravidade associada a perda e incertezas¹. Ademais, o modelo de assistência fragmentado e biomédico vigente nessas unidades também atinge a família, que é comumente desconsiderada nos planos de cuidados que abarcam ações dos profissionais de saúde².

Nesse contexto, os familiares também precisam ser considerados indivíduos expostos a situações de estresse que necessitam de ações de promoção de conforto, pois sofrem junto com o paciente³. Conforto é um conceito holístico, subjetivo e multidimensional influenciado pelos contextos físicos, ambientais, sociais e psicoespirituais, e se modifica no tempo e no espaço⁴. É resultante das interações que o indivíduo estabelece consigo, com aqueles que o circundam e com as situações que enfrenta no processo de doença e cuidado em saúde⁵.

No momento da internação de um parente na UTI, a atenção dos familiares fica centrada na condição de ameaça à vida e na evolução do seu estado de saúde. Esse fato pode contribuir para o desconforto desses familiares em virtude de mudanças na vida diária, de privação de sono, de ansiedade pela expectativa de informações, bem como da presença de sentimentos negativos suscitados pela situação⁶.

A vivência do desconforto envolve, igualmente, a capacidade e as estratégias de enfrentamento utilizadas pela família, suas experiências anteriores com internações hospitalares ou com a própria doença, bem como a posição que o parente ocupa no contexto familiar⁷.

Neste contexto, a Política Nacional de Humanização destaca a importância dos familiares como sujeitos do processo de cuidado em unidades de

cuidados intensivos, tornando imperativa a realização de medidas direcionadas a esse grupo em especial, particularmente no que tange à promoção do conforto⁸⁻⁹. As práticas de cuidado direcionadas às demandas de conforto podem ajudar a minimizar o impacto da ruptura com a vida familiar e cotidiana em decorrência da internação de um ente na UTI¹⁰.

A despeito de o termo conforto apa-

"Nesse contexto, os familiares também precisam ser considerados indivíduos expostos a situações de estresse que necessitam de ações de promoção de conforto, pois sofrem junto com o paciente."

recer com frequência na literatura de enfermagem, a produção é escassa no que se refere a estudos que buscam operacionalizá-lo³. Este estudo justifica-se pela necessidade de os pesquisadores se aproximarem dessa realidade, por meio de pesquisas de campo, para conhecer as demandas dos familiares que têm um ente internado em UTI e propor uma reflexão acerca das ações de promoção de conforto que podem ser implementadas, pautadas nos preceitos de humanização e integralidade do cuidado.

Neste estudo objetivou-se desvelar o significado de conforto na perspectiva dos familiares de pacientes internados em UTI e conhecer os principais motivos do desconforto vivenciado por eles.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa realizado com familiares de pacientes internados em UTI adulto de hospital público do interior de São Paulo.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão: familiares com idade igual ou superior a 18 anos; com parente internado na UTI no período compreendido entre 48 horas e 7 dias; disponibilidade e condições emocionais autorreferidas para participar da entrevista; e concordância em participar da pesquisa.

Foram excluídos os participantes que autorreferiram não ter condições emocionais para participar da entrevista.. Foram entrevistados até dois familiares de cada paciente internado na UTI.

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento constituído de três partes: a primeira foi destinada à coleta dos dados sociodemográficos dos participantes; a segunda pelas informações acerca dos pacientes internados na UTI; e, por fim, a última tinha duas questões abertas, a saber: "Na sua opinião, o que significa ter conforto neste momento?"; e "Há algum motivo de desconforto para o(a) senhor(a)? Se sim, o(a) senhor(a) poderia me dizer quais são?".

Os participantes foram abordados individualmente pela pesquisadora antes do horário de visita, na sala de espera da UTI, e aqueles que atendiam os critérios de inclusão previamente estabelecidos foram convidados a participar da pesquisa.

Uma amostra não probabilística foi constituída de 60 familiares que compareceram à UTI para visitar o

ente internado, no período de julho a setembro de 2015. Não houve recusa dos pacientes para participar da entrevista. Não houve possibilidade de as transcrições das entrevistas retornarem aos participantes para a inserção de comentários.

As entrevistas foram realizadas individualmente em ambiente privativo, e tiveram duração média de 20 minutos. O áudio foi gravado em sua totalidade em um gravador de voz.

Após as entrevistas, as falas foram transcritas e iniciou-se a análise dos discursos obtidos, seguindo-se os passos metodológicos da técnica do DSC, que é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos fundamentados na Teoria da Representação Social. Como o DSC retrata o pensamento do coletivo, configura-se também como uma abordagem quantitativa, na medida em que expressa as opiniões compartilhadas pelos indivíduos¹¹.

Os passos metodológicos seguidos desde a obtenção das entrevistas até a síntese do DSC incluíram: (a) leitura do conjunto dos depoimentos coletados; (b) leitura da resposta a cada pergunta, marcando-se as expressões-chave selecionadas; (c) identificação das ideias centrais de cada resposta; (d) análise de todas as expressões-chave e ideias centrais, agrupando as semelhanças em conjuntos homogêneos; (e) identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo; (f) construção dos discursos do sujeito coletivo¹². Todas as etapas foram realizadas manualmente, ou seja, sem o auxílio de programa computacional e por duas docentes com experiência na técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC).

As variáveis referentes aos dados sociodemográficos dos participantes foram analisadas descritivamente. Os dados foram obtidos após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CAE 30214714.1.0000.5411).

RESULTADOS

Com relação às características sociodemográficas, os familiares eram predominantemente mulheres 45 (75%), com idade média de 40,8 anos. Trinta e três delas tinham um companheiro (55% do total de participantes). Na amostra, 34 dos familiares (56,6%) eram analfabetos ou tinham apenas o nível fundamental incompleto de ensino, e 38 (63,3%) eram praticantes do catolicismo.

A partir da análise da transcrição das entrevistas, foram identificadas as ideias centrais e as expressões-chave e organizados os discursos dos dois temas com as respectivas ideias centrais e os discursos dos familiares.

Tema 1. Significado de conforto para familiares

Ideias centrais: esclarecimentos sobre a ambiência/procedimentos; permanência do familiar na UTI; flexibilização das visitas; proximidade do paciente; acesso à informação; suporte/apoio psicológico; comodidade.

Ter alguém aqui é muito difícil, eu larguei tudo. A impressão que tenho é que eu parei de viver. Eu abandonei tudo para ficar com ele... Se ele não estivesse sedado e com aquele tubo eu ficaria mais confortável. No fundo, o importante é que ele fique bem, volte para casa e fale, mesmo depois de fazer aquele furo no pescoço. Para mim, se ele pudesse tomar água eu ficaria mais confortável, bem como se minha irmã pudesse entrar junto comigo. Poder estar ao lado de uma pessoa querida tranquiliza... Está fazendo muita falta lá em casa, me ajuda em tudo. A UTI poderia ter poucos leitos para os enfermeiros e médicos darem mais atenção para a gente. Além do que, eu gos-

taria que alguém me explicasse o que quer dizer aquelas coisas que aparecem na telinha que fica ao lado da cama dele. Fico tranqüila quando estou ciente de tudo que está acontecendo. Mas conversar com a psicóloga é a única coisa que hoje me faria ficar melhor, pois ter uma pessoa ao lado dando apoio na hora da espera para entrar na UTI seria muito bom. Sentimos muito a falta de alguém nesta hora dando apoio e compartilhando o que estamos vivendo. Além disso, faz muita falta um guichê direto para os visitantes da UTI no horário de visita, a entrada lá embaixo é muito demorada. A informação na visita das 11h poderia ser rápida, e poderíamos ter cadeira para sentar e água para beber dentro da UTI. No fundo somente desejo que ele melhore e que fique bem, porque ninguém quer ver alguém nessa situação. (Discurso do sujeito coletivo 1 [DSC 1])

Tema 2. Principais motivos de desconforto sob a ótica dos familiares

Ideias centrais: gravidade do paciente; ambiência e expectativa em relação à UTI; dificuldades financeiras; restrição do horário de visita; distância do hospital; desesperança; permanência do ente na UTI; comunicação ineficaz; incompreensão sobre procedimentos e condutas.

Saber que a minha mãe está na UTI já me deixa desconfortável. Saber que o estado dela é grave... é muito triste. Na situação em que ela se encontra não sabemos o que fazer. Se eu chegasse aqui, e visse que pelo menos ela não está sedada, que responderia, eu pegaria na mão dela e teria esperanças... Mas

ela está sedada e o médico disse que não é para ela acordar agora, e que talvez não acorde mais...Mas desejo muito vê-la acordada.Me incomoda não saber como está lá dentro da UTI, na hora que a gente passa por essa porta não sabemos como iremos encontrá-los. Os médicos não explicam direito o que está acontecendo, eu não entendo, um dia é uma coisa e hoje é outra. Além disso, não ter informação médica no horário da visita da tarde tem sido complicado. Não sei o que está acontecendo, olho para o monitor e não entendo se está bem ou não. O maior problema para mim hoje é ver essa catarreira. Também os ver angustiados, agitados e com falta de apetite é difícil. Alguém poderia dar mais atenção ao paciente. Gostaria de poder ficar aqui 24 horas por dia, se tivesse uma cadeira ali do lado dele eu ficava quietinha. Por outro lado, também não é tão simples assim...Nem todos os dias consigo sair mais cedo do serviço e tampouco entrar no horário que eu posso. Aqui é muito longe da minha casa, tenho que pegar dois ônibus e não tenho dinheiro para vir nos dois horários de visita. Não fico nada confortável quando entro aqui e vejo várias pessoas mal. Esse ambiente é ruim. Ver esse local cheio de gente me deixa triste e desanimada". (Discurso do sujeito coletivo 2 [DSC 2])

DISCUSSÃO

Neste estudo verificou-se maior participação de familiares do sexo feminino, adeptos de alguma religião, com grau de parentesco direto e sem experiência prévia com internação de familiares em UTI. Dados semelhantes aos encontrados em estudo realizado com 14



familiares de pacientes internados em UTI adulto e geral de hospital público localizado na cidade de Salvador⁸. O contexto sociocultural brasileiro considera a mulher como cuidadora por excelência e responsável pelo cuidado da vida familiar¹³.

No entanto, a doença e a hospitalização em UTI são situações estressantes para a família, que contribuem para a exacerbação do desconforto. As fragilidades a que os familiares estão expostos, nesse momento, podem não ser somente biológicas, mas também psíquicas e sociais, uma vez que a doença e a internação constituem-se em eventos que podem causar consternação, alteração de papéis e de hábitos da vida cotidiana, além de desestruturação do núcleo familiar¹⁴. Dados que evidenciam a importância da sistematização de um cuidado pautado nos princípios de integralidade pelos profissionais e serviços de saúde como forma de amenizar o sofrimento dos familiares durante a internação hospitalar¹⁵.

Estudo realizado na Irlanda com 44 enfermeiras intensivistas mostrou que embora 70% das participantes conhecessem a necessidade dos familiares, apenas 4,2% foram capazes de classificá-las em ordem de importância.

Para os autores, apesar dos enfermeiros demonstrarem um bom conhecimento das necessidades dos familiares dos pacientes e relatarem intervenções efetivas a elas, o conhecimento não se traduz em prática¹⁶.

É imprescindível que os profissionais da saúde tenham conhecimento da dinâmica da família, de suas potencialidades e condições de adaptação aos eventos estressantes, para que seja considerada alvo da promoção do conforto e da assistência.

A promoção do conforto perpassa a valorização da autonomia, dos valores e das crenças do familiar. A família deve ser considerada sujeito nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários e, portanto, requer uma escuta ativa, nem sempre valorizada no atual modelo biomédico preponderante nos serviços de atenção à saúde, como evidenciado neste estudo⁹. O enfermeiro, muitas vezes, em razão das exigências institucionais administrativas e econômicas, acaba se distanciando de sua primordial função na UTI, que consiste no cuidado ao paciente e ao familiar, fundamental para a promoção do conforto.

Nesta pesquisa, o ambiente da UTI foi um dos motivos de desconforto rela-

tados pelos participantes. Essas unidades destacam-se pela complexidade do cuidado prestado e pela utilização de tecnologias, que muitas vezes contribuem para evidenciar em seu ambiente o intervencionismo e o curativismo¹⁷. Este fato contribui para que o ambiente seja percebido pelos familiares como frio, não acolhedor, impessoal e até mesmo agressivo.

Nesse sentido, o resgate de conceitos e práticas inerentes à humanização se tornou imprescindível e desafiador, além de ser um dever moral, ético e legal dos profissionais da saúde. Humanizar a assistência na UTI pressupõe integrar ao conhecimento técnico-científico responsabilidade, sensibilidade e ética no cuidado aos pacientes e familiares¹⁸.

Contudo, ainda se percebe que há uma imensa necessidade de quebra de paradigmas quando a restrição dos horários de visita emerge como motivo

de insatisfação dos familiares. Embora a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico tenha como normativa assegurar, no mínimo, três visitas diárias programadas aos familiares e um momento presencial com o médico, dentre outros direitos¹⁹, a intensa demanda de cuidados e a gravidade dos pacientes acabam sendo justificativas para a não flexibilização das visitas.

Por fim, para que a promoção de conforto seja efetiva no âmbito da UTI é preciso que os enfermeiros assumam o protagonismo no acolhimento, humanização, comunicação e demais ações que propiciam conforto aos familiares, numa atuação interdisciplinar e pautada em princípios éticos.

As limitações dos resultados do estudo referem-se à realização da pesquisa em uma única UTI adulto e de hospital público. Ademais, a escassez de estudos sobre a temática dificultou a comparação de nossos resultados, mas

também permitiu-nos vislumbrar que há grandes possibilidades de se desenvolver mais pesquisas.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados demonstram que o conforto dos familiares está atrelado a aspectos inerentes à humanização da assistência em UTI e ao acolhimento. Embora a participação da família na recuperação do paciente seja fundamental, ainda se evidencia um descompasso entre políticas e práticas no país, além de diversas barreiras a serem transpostas para que os espaços sejam compartilhados.

Frente às lacunas evidenciadas e aos resultados apontados, o estudo pode contribuir para reorganização da gestão da assistência e dos processos de trabalho no âmbito das UTIs, condições fundamentais para que a promoção do conforto seja um direito do familiar. 🐦

Referências

1. Silva MJP, Araújo MMT, Puggina ACG. Humanização em UTI. In: Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M, organizadores. *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. Barueri: Manole; 2016. p. 1233-68.
2. Hekmatpou D, Ebrahimi-Fakhar HR. Addressing disruption in family life: exploration of the perceived needs of the families of patients hospitalized in critical care units in Iran. *J Nurs Res*. 2015 Jun;23(2):118-24.
3. Freitas KS, Menezes IG, Mussi FC. Validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde. *Rev Latino am Enferm*. 2015 Jul-Aug;23(4):660-8.
4. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*. 1994;19:1178-84.
5. Mussi FC, Koizumi MS, Angelo M, Lima MS. Perda da espontaneidade da ação: o desconforto de homens que sofreram infarto agudo do miocárdio. *Rev Esc Enferm USP*. 2002 Jun;36(2):115-24.
6. Frizon G, Nascimento ERP, Bertonecello KCG, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011 Mar;32(1):72-8.
7. Fumis RR, Ranzani OT, Martins PS, Schettino G. Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PLOS ONE*. 2015 Jan;10(1):e0115332.
8. Ministério da Saúde (BR). *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
9. Machado ER, Soares NV. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. *Rev. Enferm Cent-Oeste Min*. 2016;6(3):2342-8.
10. Freitas KS, Menezes IG, Mussi FC. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em unidade de terapia intensiva. *TextoContexto Enferm*. 2012 Oct-Dec;21(4):896-904.
11. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface Comun Saúde Educ*. 2006;10(20):517-24.
12. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). *Caxias do Sul: Educus*; 2003.
13. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 Jun;15(Suppl1):1497-508.
14. Al-Mutair AS, Plummer V, Clerehan R, O'Brien A. Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2014 May;19(13):135-44.
15. Furuya RK, Birolim MM, Biazin DT, Rossi LA. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ*. 2011 Jan-Mar;19(1):158-62.
16. Buckley P, Andrews T. Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011 Oct;27(5):263-72.
17. Chaves AAB, Massarollo MCKB. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Mar;43(1):30-6.
18. Araújo MMT, Silva MJP. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 Jun;46:626-32.
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.071, de 4 de julho de 2005. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. *Diário Oficial da União*. 2005 Jul 5 [cited 2019 Mar 26];1:48.