

VIVÊNCIA E ASPECTOS EMOCIONAIS DE FAMILIARES DOS PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

EXPERIENCE AND EMOTIONAL ASPECTS OF FAMILIES OF PATIENTS VICTIMS OF TRAUMA ADMITTED TO THE INTENSIVE CARE UNIT

Carina de Paula **Rodrigues**¹, Gelciane Felizardo **Vieira**², Graciele Santos **Machado**³, Thaíssa Carvalho **Santana**⁴, Roniery Correia **Santos**⁵

RESUMO

Introdução: O trauma é uma lesão gerada por uma ação externa ao corpo e frequentemente gera a necessidade de internação do sujeito na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que é um ambiente que possui características que tendem a gerar alterações psicoemocionais nos pacientes e em seus familiares. A família faz parte do ambiente intensivo, contudo comumente ainda é desconsiderada nos planos de cuidados pelos profissionais de saúde. **Objetivos:** A presente pesquisa tem como objetivo compreender como a família do paciente vítima de trauma vivencia a internação deste na UTI em um hospital de urgência e os aspectos emocionais relacionados. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, utilizando-se de amostragem não probabilística, em que foram entrevistados quinze familiares de pacientes vítimas de trauma internados em UTI de um hospital de urgências. Os dados obtidos foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Os resultados apontaram que a UTI se apresenta em um discurso marcado pela ambivalência entre o medo da morte e na esperança pela chance de viver e é vivenciada com medo, ansiedade, angústia e esperança pelos familiares. **Considerações Finais:** A família deve ser vista como paciente secundário e ser incluída no foco de cuidado. A postura acolhedora da equipe multiprofissional e a segurança na assistência ao paciente possibilita que os familiares percebam a UTI sob uma nova interface relacionada ao cuidado. Discutir esse tema é importante para que a equipe compreenda melhor a experiência da família, resultando em uma melhor assistência aos familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia; Ferimentos e lesões; Unidade de Terapia Intensiva; Família; Emoções.

ABSTRACT

Introduction: Trauma is an injury generated by an action external to the body and often generates the need for hospitalization of the subject in the Intensive Care Unit (ICU), which is an environment that has characteristics that tend to generate psycho-emotional changes in patients and their families. The family is part of the intensive environment, however, it is still commonly disregarded in care plans by health professionals. **Objectives:** This research aims to understand how the family of a trauma victim experiences admission to this ICU in an emergency hospital and the related emotional aspects. **Methodology:** This is a qualitative research, using non-probability sampling, Fifteen family members of trauma patients admitted to the ICU of an emergency hospital were interviewed. The data obtained was analyzed using the content analysis technique. **Results:** The results showed that the ICU presents itself in a discourse marked by ambivalence between the fear of death and the hope for the chance to live and is experienced with fear, anxiety, anguish and hope by family members. **Final Considerations:** The family should be seen as a secondary patient and be included in the focus of care. The welcoming attitude of the multidisciplinary team and the safety in patient care enable family members to perceive the ICU under a new interface related to care. Discussing this topic is important so that the team better understands the family's experience, resulting in better assistance to family members.

KEYWORDS: Psychology; Wounds and injuries; Intensive Care Units; Family; Emotions.

INTRODUÇÃO

O trauma é uma doença gerada por uma ação externa ao corpo, sendo uma lesão de dimensão, impacto e gravidade relativa e que pode desencadear alterações estruturais ou desequilíbrio fisiológico no sujeito com consequências imediatas e/ou a longo prazo. Tais lesões podem ser provocadas por agentes mecânicos, químicos, elétricos, radioativos e térmicos, como, por exemplo, situações de acidentes de trânsito, violências, quedas, queimaduras, afogamentos etc^{1,2}.

Tendo em vista a relação entre o aumento dos casos de acidentes/violências e a crescente demanda de internações em hospitais e em leitos especializados, o trauma representa uma realidade preocupante para a saúde pública, gerando impacto social e econômico no sistema de saúde³. Em um contexto de urgência, observa-se a ocorrência frequente de internações de indivíduos vítimas de trauma na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uma vez que no Brasil a UTI é parte fundamental da Rede de Urgência e Emergência (RUE), que é entendida como processo integrado de atenção ao paciente vítima de trauma¹.

Em um estudo realizado em 2019, Lentsck⁴ e colaboradores analisaram a magnitude e a tendência das taxas de internação por lesões traumáticas em UTIs no Brasil no período de 1998 a 2015 e concluíram que as taxas foram mais elevadas para os indivíduos do sexo masculino, adultos jovens e idosos, porém houve também um crescimento significativo das internações de mulheres vítimas de traumas. Ainda, considerando o panorama epidemiológico do estudo, também foi apontado sobre o aumento dos acidentes de trânsito e das quedas.

A UTI compõe o sistema de saúde e é um ambiente de alta complexidade destinado a atender pacientes graves, que necessitam de assistência multiprofissional de forma contínua, de controle rigoroso dos parâmetros vitais com equipamentos específicos, recursos humanos especializados e acesso às tecnologias destinadas aos diagnósticos e à terapêutica, cujo objetivo básico é recuperar ou manter as funções fisiológicas do paciente dentro dos padrões de normalidade⁵. Dessa forma, a UTI apresenta algumas especificidades, tais como: ser composta por tecnologia especializada, apresentar situações de emergência que requerem agilidade e habilidade no atendimento ao paciente, ter fluxo controlado de movimentação de pessoas, possibilidade do uso de procedimentos agressivos e invasivos, e ser um ambiente onde o duelo entre a vida e a morte está presente⁶.

A complexidade das ações e dos procedimentos realizados no ambiente de cuidados intensivos, a estrutura física, barulho, equipamentos, movimentação de pessoas e afastamento do paciente do seu meio familiar, podem gerar situações estressoras e desencadear alterações psicoemocionais tanto nos pacientes como em seus familiares. Ainda, apesar da melhoria contínua da assistência realizada na UTI, o índice de mortalidade ainda é elevado, fazendo com que algumas pessoas mantenham a associação da UTI como um local diretamente relacionado à morte e aos pacientes que não possuem chance de recuperação⁶.

Como parte integrante do ambiente de cuidados intensivos, tem-se a família do paciente. A família é a constituição social dos laços afetivos do paciente, podendo ou não ter laços legais ou de consanguinidade, onde cada membro exerce uma função e isso possibilita a existência de um sistema que tem seu próprio modo de funcionar⁷. No entanto, uma situação de adoecimento de algum membro gera uma interrupção momentânea ou definitiva da rotina familiar e este sistema passa por um desequilíbrio. Com isso, inicia-se um período de crise e a família se vê diante de uma situação inesperada e que demanda novas formas de organização e de lidar com a situação de adoecimento.

A UTI provoca nos familiares dos pacientes a ideia de gravidade relacionada ao medo da perda e incertezas⁸. Assim, é possível perceber entre os familiares as mais diversas reações emocionais frente ao período de internação, tais como dúvidas, sensação de desamparo, desorganização mental, imobilização frente às decisões inesperadas, sintomas depressivos e ansiosos, doenças geradas pelo estresse, dentre outras⁹. Situações em que o paciente apresenta alterações no nível de consciência e/ou ausência de comunicação tornam inviável a tomada de decisões a respeito do seu tratamento, transferindo, por consequência, essa responsabilidade para os familiares, reforçando a importância do papel destes durante todo o tratamento, seja no período intra e pós hospitalização¹⁰.

Por ser um acontecimento indesejável e inesperado, o trauma tende a causar também desequilíbrio nas relações familiares por dificuldades financeiras, sobrecarga de tarefas, inversão de papéis e insegurança quanto ao futuro. Entretanto, mesmo em sofrimento, a família tem sido apontada como indispensável neste contexto de trauma, pois apoia a vivência e a adaptação do paciente à situação aguda e grave, além de fornecer suporte afetivo e ser o vínculo mais próximo do paciente e ajudar na criação de estratégias para enfrentamento da situação¹¹.

Embora tenha papel fundamental no tratamento do paciente na UTI, a família comumente é desconsiderada nos planos de cuidados e nas ações dos profissionais de saúde, muitas vezes sendo indesejada sua permanência no ambiente intensivo⁸. Desta forma, pensando nas repercussões emocionais geradas pela internação de um familiar na UTI, a família precisa ser reconhecida no processo de cuidado e vista como paciente secundário, buscando ser compreendida em suas necessidades e sentimentos, pois também sofre as consequências da internação.

Nesse sentido, a presente pesquisa teve como objetivo compreender como a família do paciente vítima de trauma vivencia a internação deste na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de urgência localizado na cidade de Goiânia/GO e os aspectos emocionais relacionados, uma vez que identificar os fatores psíquicos associados a este ambiente permite ampliar as estratégias de atenção aos familiares e atuar na melhoria das condições que impactam na saúde mental destes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Estadual de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), sob o número de parecer 5.757.932 e CAAE 64218222.9.0000.0033. A pesquisa qualitativa busca entender fenômenos complexos de natureza social e cultural, de maneira mais profunda, mediante descrições, interpretações e comparações, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes¹².

A população do estudo foi composta por quinze familiares de pacientes vítimas de trauma internados na UTI de um hospital de urgência localizado na cidade de Goiânia/GO, referência no atendimento em traumatologia, sendo um familiar para cada paciente. A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2023, sendo a amostra composta por meio de uma amostragem não probabilística por conveniência, seguindo os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; possuir um familiar vítima de trauma internado na UTI e ter visitado pelo menos uma vez o paciente; manifestar concordância em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa os participantes que não possuíam disponibilidade para responder a entrevista no período pré-determinado.

Para a coleta de dados, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada, em que esta teve seu áudio gravado para posterior transcrição e análise. As entrevistas foram realizadas de forma individual em uma sala privativa no hospital, de forma a garantir as condições de sigilo, e abordaram questões sobre a situação do trauma e da internação do familiar em UTI; vivência e as repercussões emocionais geradas pela internação; percepções sobre a UTI; comunicação com equipe; e percepção sobre cuidado da equipe com os familiares.

A partir das entrevistas realizadas, emergiram temáticas que foram interpretadas por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin, que é caracterizada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens¹³. O processo de análise de conteúdo envolve três fases, sendo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). A pré-análise corresponde à etapa de organização dos dados, com o objetivo de preparar as ideias para que possam ser operacionalizadas e sistematizadas, por meio de uma "leitura flutuante" e posterior escolha dos documentos para definição do corpus (conjunto de documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos). Após esta fase, inicia-se a etapa de exploração do material, que consiste na exploração do material com a definição de sistemas de codificação. E, por fim, tem-se a fase de tratamento dos resultados obtidos (inferência e interpretação), onde os dados serão tratados de maneira a serem significativos. A partir dos resultados significativos, é possível propor inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos ou descobertas¹³.

RESULTADOS

Dos 15 participantes da pesquisa, a maioria (86,7%) é do sexo feminino, com idade entre 20 e 62 anos, sendo a maior parte composta por mães (46,1%). Quanto ao grau de escolaridade, observou-se como predominante ensino médio completo (33,3%). Em relação à religião, prevaleceram participantes da religião cristã. Dez dos participantes referiram que essa é a primeira experiência de ter um familiar na UTI, enquanto cinco dos participantes referiram ter vivência anterior. Ainda, oito participantes alegaram ser o principal cuidador do paciente nesta internação (sendo a figura da mãe, esposa e filha), enquanto sete entrevistados expressaram dividir o papel de cuidador com outros familiares. A tabela abaixo 1 apresenta as principais características dos familiares entrevistados.

Tabela 1. Apresentação das principais características dos familiares (n=15).

Participante	Idade	Sexo	Grau de parentesco	Escolaridade	Quantidade de visitas na UTI
P1	34	F	Filha	Ensino Médio Completo	6
P2	47	M	Irmão	Ensino Fundamental Completo	4
P3	39	F	Mãe	Ensino Médio Completo	6
P4	44	F	Esposa	Ensino Médio Completo	7
P5	48	F	Mãe	Ensino Fundamental Incompleto	4
P6	28	F	Esposa	Ensino Fundamental Completo	2
P7	36	F	Esposa	Ensino Médio Completo	3
P8	62	F	Mãe	Alfabetização	9
P9	43	F	Prima	Pós-graduação	1
P10	44	F	Mãe	Ensino Médio Completo	7
P11	49	F	Mãe	Pós-graduação	2
P12	35	F	Irmã	Pós-graduação	2
P13	52	F	Mãe	Pós-graduação	4
P14	20	F	Esposa	Ensino Médio Incompleto	4
P15	51	M	Irmão	Ensino Fundamental Incompleto	1

Fonte: Autoria própria.

No que se refere ao perfil de pacientes, o sexo predominante foi o masculino (80%), com idade entre 20 a 56 anos. As causas da hospitalização se dividem em: acidentes de trânsito (73,3%), violência interpessoal (13,3%), acidente de trabalho (6,7%) e queda da própria altura (6,7%). Embora o tamanho da amostra seja reduzido, o perfil de pacientes apresentado corrobora com os achados na literatura de vítimas de trauma com predominância do perfil do sexo masculino e do elevado índice de traumas por acidentes de trânsito^{1,2,4}.

A internação de um membro da família na UTI em decorrência de uma situação de trauma é vivenciada com sofrimento pelos familiares, uma vez que esta é uma situação inesperada, abrupta, que faz com que os familiares tenham que conviver com a iminente possibilidade de perda de seu ente¹⁴. Nos relatos dos participantes, sentimentos como choque, preocupação, ansiedade, desespero, desamparo, tristeza, angústia e sofrimento mostraram-se frequentemente presentes no momento que tiveram conhecimento da notícia do trauma e da hospitalização na UTI, bem como reações de choro e sintomas físicos (náuseas, falta de ar, tremores, desmaios), conforme expresso nos relatos abaixo:

“Eu vomitava. Eu fiquei ofegante, me deu falta de ar, me deu dor de cabeça, me deu tremedeira, me deu até dor na barriga.[...] Porque até então eu nunca tinha ido numa UTI, eu imaginava assim: vai pra UTI porque tá morrendo”. (P10)

“Moço do céu, o negócio mais ruim da vida da gente. [...] Quando o paciente vai pra UTI, ele não tá bem. Eu disse ‘será que meu irmão vai voltar?’, porque do jeito que tá... a UTI é o final de qualquer esperança da gente”. (P15)

Apesar de todos os recursos utilizados para manutenção da vida na UTI, a imagem deste ambiente associada à ideia de morte se mantém no imaginário das pessoas¹⁵. Nos depoimentos dos familiares, foi possível observar percepções negativas sobre a ideia de uma internação em UTI, manifestando a ideia da UTI sendo interpretada como “um lugar de morte”, pois para muitos familiares as características desse ambiente tendem a gerar sentimentos contrários à recuperação do paciente internado¹⁵. Além disso, no relato abaixo, percebe-se também a representação social da UTI como um lugar de isolamento:

“Olha... eu imaginava esse tipo de situação na UTI: entrou e você não vê mais [...] Porque... pra todo mundo, pra gente que às vezes tem pouco entendimento, UTI é uma coisa que não vê mais a pessoa, só vou ver se sair de lá”. (P7)

Assim, a partir dos relatos dos familiares sobre o que a UTI significava para eles, observou-se que a UTI se apresenta como um lugar de aflição, de tristeza, iminência de morte, mas que, em paralelo a isso, mostra-se também como um lugar de melhor assistência e de esperança, sendo percebida como um lugar necessário para salvar vidas. Tais sentidos podem ser percebidos a partir das falas abaixo:

“Até então eu nunca tinha ido numa UTI, eu imaginava assim: vai pra UTI porque tá morrendo. Ai depois que eu passei a ir na UTI foi que eu entendi que lá é onde a pessoa é mais bem tratada. Que não quer dizer só que tá morrendo ou que já morreu. [...] UTI pra mim é, como se diz, é salvar vidas”. (P10)

“Eu sei que UTI é muito triste. Porque não é fácil pra uma mãe ver um filho [choro], igual a mim hoje tá com 19 dias, mas eu tenho certeza procê, pra salvar uma vida, tem que ir pra UTI mesmo. Senão meu filho tava debaixo do chão [choro]”. (P8)

No imaginário social, muitas vezes a UTI é vista como um ambiente desumano, que se remete aos pacientes à beira da morte, atribuindo frieza e insensibilidade aos profissionais que trabalham neste ambiente⁶, e essa ideia pode ser exemplificada através do relato abaixo:

“A imagem que a gente que nunca foi na UTI tem de uma UTI não é boa. A gente tem a imagem que, pelo menos eu tinha, que as pessoas que trabalham na UTI... é só um trabalho, então praticamente elas não têm coração. Não que não cuidem, mas assim, não sentem”. (P3)

Por outro lado, conforme pontuado por Backes⁶, a UTI nem sempre é vivenciada como um ambiente frio e desumano para os familiares e isso aparenta estar relacionado com a dedicação e postura acolhedora dos profissionais, como pode ser visto na continuidade do relato da participante acima, em que a sua experiência e contato com equipe de saúde possibilitou que ressignificasse o sentido da UTI para uma visão mais positiva:

“Falando de agora, é um ambiente que ainda me abala muito, porque não é só minha filha que tá lá, tem muitas pessoas passando por isso também. Tem muita família sofrendo. Mas é um ambiente que... [choro] eu tô vendo pelo ponto de vista da minha filha, pessoas amorosas, que tão cuidando dela como se fossem deles. Eu vou pra casa preocupada porque eu queria levar e cuidar, mas eu sei que ela tá ficando em boas mãos, que ela está no melhor lugar. A minha filha precisa da UTI”. (P3)

De modo geral, as falas dos familiares retratam uma visão mais positiva relacionada à UTI, que foi adquirida a partir de suas vivências. Nota-se, portanto, que o vivenciar possibilitou aos familiares conhecer a UTI de outra forma, podendo ser percebida uma nova perspectiva em que é possível afastar o conceito de ser um ambiente aonde o paciente vai para morrer, e passar a percebê-lo como um lugar de possível recuperação e de cuidados especiais¹⁵, corroborando com uma concepção social de UTI relacionada com uma atenção integral, recuperação e possibilidade de manter a vida¹⁴.

Outro aspecto abordado na pesquisa foi em relação aos fatores que geram conforto e desconforto na UTI na perspectiva dos familiares. Conforto é um conceito subjetivo e multidimensional, podendo ser caracterizado como um estado e/ou um

sentimento que se modifica no tempo e no espaço, influenciado pelos contextos ambientais e biopsicossociais, sendo resultante das interações que o indivíduo estabelece consigo, com aqueles que o cercam e com as situações que enfrenta. No contexto hospitalar, a promoção do conforto não se restringe ao aspecto ambiental, envolvendo também as relações dos familiares com a competência técnica, ética e humanística dos profissionais de saúde⁸.

Saber que seu familiar está sendo bem cuidado pela equipe multiprofissional mostrou-se o fator que mais gerou conforto nos participantes da pesquisa. Além disso, apresentaram-se como aspectos que proporcionaram conforto neste momento: higiene do local, postura acolhedora da equipe, acompanhamento da equipe de psicologia, contato com o paciente, possibilidade de visita religiosa e recebimento de informações seguras sobre quadro clínico. Abaixo seguem relatos que exemplificam alguns dos aspectos citados:

“Esses dias eu falei que eu achava que ela tava com frio, e elas me explicaram que não, que a temperatura do corpo tava boa, mas que a noite elas jogavam um cobertor, porque eu sempre tive medo dela passar frio. Elas [equipe] conversam com minha filha como se fosse alguém que elas conhecessem antes de entrar aqui. Isso me acalenta muito”. (P3)

“O fato de ver que ali ele tem nutricionista, psicólogo, o médico, as enfermeiras, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, tudo acompanhando... Isso me traz uma tranquilidade muito grande, sabe?” (P13)

O contato físico do familiar com o paciente também se mostrou como um importante fator na promoção de conforto aos familiares. Nota-se que muitas vezes os familiares sentem dúvidas se o paciente sente ou ouve o que está sendo dito, se sentem inseguros em relação ao toque em função dos aparelhos conectados ao paciente, e por isso, a equipe estimular esse contato e essa interação é fundamental para a relação, pois traz benefícios tanto para o familiar quanto para o paciente, conforme relato abaixo:

“Acho que foi tocar, fazer carinho, poder expressar. Então fui falando só palavras positivas, e isso foi me confortando, pensando assim ‘gente, será que de alguma forma o que eu tô falando vai ajudar um pouquinho, será que ela vai ouvir um pouquinho?’. Aí passei hidratante, a pele tá tão ressecada, né... Foi bom, gostei de passar o hidratante, de cuidar”. (P9)

Os aspectos mencionados pelos participantes da pesquisa se aproximam da literatura sobre os fatores que geram conforto aos familiares neste contexto de hospitalização em UTI, sendo: Segurança, Acolhimento, Informação, Suporte social e espiritual, Proximidade¹⁶. O fator ‘Segurança’ refere-se à ideia de que o conforto resulta da confiança na qualidade técnica do atendimento prestado ao paciente; o ‘Acolhimento’ refere-se ao familiar se perceber como sendo respeitado, ouvido, compreendido e valorizado pelos profissionais; a ‘Informação’ apresenta-se como geradora de conforto à medida que permite aos familiares sentirem-se conscientes da condição de saúde de seu ente; o ‘Suporte social e religioso’ representa o recebimento de apoio do grupo familiar, dos amigos e da religião, que permite que os familiares tenham condições de expressarem seus sentimentos e emoções, e, assim, enfrentarem melhor a experiência, sendo feito também através da equipe; e, por fim, a ‘Proximidade’ refere-se ao fato do conforto significar estar junto do ente física e emocionalmente e aproveitar a interação estabelecida entre eles, tendo a oportunidade de acompanhar e identificar o estado e as necessidades de seu familiar¹⁶. Assim, os resultados apresentados demonstram que o conforto dos familiares está vinculado ao acolhimento e aos aspectos característicos à humanização da assistência em UTI⁸.

Em relação aos fatores que geram desconforto no ambiente de cuidados intensivos, os participantes mencionaram: dispositivos no paciente (tubooraqueal, traqueostomia, oxigênio, contenção mecânica), os próprios sentimentos, medo de estar presente e acontecer alguma intercorrência com familiar, condições clínicas do paciente (estado de consciência, perda da posição como sujeito ativo, mudanças corporais, aparência), aparelhos, barulhos, estar longe do paciente e insegurança na comunicação, indo de encontro com o que a literatura apresenta⁹. Os relatos abaixo trazem sobre esses desconfortos:

“Só aquelas aparelhagem. Aqueles barulhos, sabe. Aquilo me deixa mais ansiosa. Porque até então, depois desse acidente, eu não posso ouvir nem barulho de ambulância. E aí aqueles barulhinhos ‘pip pip’ lá dentro pra mim... o coração já tá parando. Porque a gente vê em filme, aí eu entendo daquele jeito”. (P10)

“Quando eu vi ele amarrado, entubado, é... com os drenos. [...] O que eu acho pior na UTI é a falta de informação pra quem tá lá fora”. (P13)

“Quando eu cheguei e meu irmão tá lá daquele jeito só... que ele era fortinho, e agora ele tá inchado, as mãos inchada e tudo. É sofrimento pra ele porque passar esse tanto de dia deitado em uma posição só e com esse tanto de aparelho”. (P15)

Com a internação de um membro da família na UTI, a atenção dos familiares fica focada na situação de adoecimento e na evolução do estado de saúde do paciente⁸. Existe um real risco de vida do familiar internado, e por isso não é possível eliminar os desconfortos vivenciados pelos familiares, contudo é possível minimizá-los a partir de práticas acolhedoras e de ações de cuidado pela equipe aos familiares. Por isso, identificar os desconfortos e os confortos vivenciados pelos familiares é importante para o delineamento de ações efetivas.

Os sentimentos envolvidos neste processo de ter um membro da família internado na UTI são diversos: há momentos de apreensão, de desespero, de alívio, de desconfiança em relação à equipe, de tristeza, medo, preocupação, raiva, exaustão,

impotência, insegurança, desamparo, confusão, e outras reações podem surgir, como depressão ou doenças geradas pelo estresse e pela ansiedade^{9,15,17}.

Em concordância com o que a literatura apresenta, os sentimentos relatados pelos familiares neste estudo foram: medo, pânico, esperança, preocupação, ansiedade, angústia, choque, dor, confiança, tristeza, aflição, desespero, fé, segurança, indignação, tristeza, ódio, revolta, gratidão. Os sentimentos que se mostraram mais presentes nos discursos dos familiares foram medo, ansiedade, angústia e esperança. Assim, os sentimentos que surgem podem se apresentar contraditórios, estando muitas vezes associados à questão da morte e também da UTI como um local que oferece segurança¹⁸. Abaixo seguem fragmentos das falas dos familiares que exemplificam o exposto:

"Ansiedade. Muita ansiedade. E pânico [choro]. Eu tô sentindo pânico, o celular toca e eu sinto pânico. Tô vindo no carro no trajeto pra cá e eu sinto pânico. Eu paro ali no estacionamento e eu demoro muito a descer do carro.. Pânico". (P3)

"Sentimento de dor, de angústia, ai eu já chorei tanto [choro]. É muito sentimento. De ver meu filho aqui nessa situação. Mas, mesmo assim, eu acredito que Deus tá no controle e tudo vai dar certo e já tá dando". (P5)

"As emoções a gente tem desde a hora que a gente recebe a notícia do acidente, você já se torna frágil, né? Você fica totalmente sem chão. E as emoções elas são, assim, contínuas. Então você fica oscilando o tempo todo, o tempo todo. [...] Medo, angústia, medo de perdê-lo, medo de pegar uma infecção hospitalar". (P13)

É possível, ainda, verificar a presença dos sentimentos de esperança e segurança como parte da vivência destes familiares, conforme os recortes abaixo:

"É muita fé, a gente... só vem Deus na cabeça, e pede pra que tudo fique bem. Esperança. As palavras são essas: fé, esperança, e é isso". (P4)

"[...]É difícil vir na UTI? É difícil. Dói na gente, mas eu senti uma segurança maior". (P11)

Frente a essa situação incontrolável e inesperada da hospitalização de um familiar na UTI, a família tende a fazer uso de estratégias para enfrentamento da situação, buscando a construção de um sentido/significado para que a experiência seja suportada e compreendida^{3,19}. Nos relatos dos familiares, a fé e a prática religiosa apresentaram-se como estratégias utilizadas com frequência, indo ao encontro com os estudos, que sugerem que em situações de adoecimento é comum que as pessoas busquem se conectar com a religiosidade/espiritualidade como uma tentativa de controle da situação¹⁹. Além disso, o suporte social (família, amigos e equipe de saúde) também mostrou-se importante em todos os discursos.

Abaixo, seguem relatos sobre os recursos de enfrentamento utilizados pelos familiares:

"A equipe está me dando forças [...] Fora daqui minha família. Meu marido, minhas irmãs. Orações. Muitos amigos orando". (P3)

"Deus tem me dado forças. [...] Independente da religião e tudo, mas eu sempre tive muita fé em Deus. Então se Ele me pôs nessa situação é porque Ele sabe que eu dou conta". (P7)

Assim, a espiritualidade/religiosidade aparece como um aspecto importante nas falas para promoção de conforto e segurança, em todo o período de internação do familiar. Espiritualidade refere-se à dimensão humana que envolve as perguntas existenciais de sentido e propósito e a religiosidade configura-se a partir do envolvimento em atividades religiosas específicas¹⁹.

Considerado todo o impacto emocional já apresentado, a família precisa ser vista neste cenário e considerada como parte dos cuidados pela equipe de saúde, e isso se dá por meio também da comunicação. Comunicação é o processo pelo qual uma pessoa transmite uma mensagem para outra(s), com o objetivo de compartilhar conhecimentos, experiências, sentimentos, desejos, entre outros. A comunicação entre paciente, família e equipe é o ponto central para tomadas de decisões que direcionarão o cuidado do paciente na UTI, por isso a importância da família compreender o diagnóstico, prognóstico e tratamento proposto²⁰.

Através das entrevistas, observou-se que a maioria dos familiares tem uma percepção positiva sobre a comunicação da equipe médica com os familiares no processo de transmissão de informações sobre o quadro clínico, apresentando que esta comunicação se dá de forma clara e que há abertura para tirar dúvidas. Cabe ressaltar que a maior parte dos participantes possui grau de escolaridade de ensino médio completo e ensino superior, o que pode relacionado com essa percepção positiva sobre a comunicação. Abaixo tem-se o seguinte relato:

"Isso tudo eu entendo. Se perguntar de novo eles repetem, explicam de outra forma. A psicóloga tá ali junto também, né. Então os médicos esmiúçam bem, né". (P1)

Alguns familiares, no entanto, apresentaram inseguranças relacionadas à comunicação com os profissionais, geradas pela dificuldade na compreensão, divergência de informações, sensação de insuficiência das informações e pelo distanciamento dos profissionais, conforme exemplificado abaixo:

"Um dia fala uma coisa, no outro dia outra coisa. Não sei se é as mesma língua dos médicos, né". (P6)

"Não sei se o hospital tenta poupar a gente de informações, mas se a gente não perguntar, não investigar, não mexer... eles não falam, sabe. A sensação que eu tenho é que se eu não perguntar, não vão falar. Aí me dá uma agonia porque será que eu to perguntando tudo?". (P12)

"Eu achei ela [médica] muito robótica, as informações, né. Tipo, mal olhou pra mim. O jeito que dela falar não deixou a gente seguro, né. Não que ela foi grossa, né, é o jeito. Eu acho que ela devia olhar mais na pessoa que ela tá conversando, sabe, mostrar mais afeto". (P3)

Geralmente as famílias desejam informações completas e reais quanto às condições do paciente, mas é importante considerar que as famílias podem apresentar uma escuta seletiva, ou seja, em situações de elevado estresse, escutam aquilo que é mais fácil de assimilar do ponto de vista emocional, estando muitas vezes despreparadas para ouvir, aceitar ou interpretar a informação em determinado momento, o que pode demandar a repetição das mesmas informações por parte da equipe¹⁴, como colocado por uma das participantes da pesquisa:

"Quando ele [médico] falou que ele [paciente] possivelmente ia ficar em estado vegetativo, eu perguntei três vezes pra ele. Não porque eu não entendi, ou não quis entender, mas é porque você realmente fica assim 'gente, peraí, será que eu estou entendendo errado?' Tanto é que na terceira vez eu falei 'doutor, desculpa te perguntar de novo, mas é só pra que eu possa assimilar'. (P12)

A maneira como se dá a comunicação entre equipe e família tem um papel fundamental nas repercussões emocionais dos familiares durante a internação, podendo acentuar ou minimizar o sofrimento deles. Portanto, a comunicação efetiva de equipe e família tem relação direta, segundo a literatura, com a satisfação e com o sofrimento dos familiares^{3,14}. A partir da compreensão sobre a importância dessa comunicação, a equipe consegue se preparar adequadamente e se comunicar de forma assertiva com os familiares.

Em relação à percepção sobre o cuidado direcionado aos familiares, todos os participantes da pesquisa relataram se sentir acolhidos pela equipe da UTI, citando as(os) psicólogas(os), enfermeiros(as), assistentes sociais e médicos(as) como profissionais que proporcionaram essa sensação. Ao serem questionados sobre o que acreditam ser importante nesse cuidado aos familiares, alguns trouxeram como importante: receber um abraço, ser escutado, poder ficar mais tempo ao lado do familiar, receber suporte da equipe de psicologia e saber que equipe está dando atenção ao seu familiar internado.

"Isso que eu comentei do abraço [choro]. Primordial, assim. Alguém chegar, conversar, saber quem que tu é atrás do teu jaleco, sabe. Quando a gente chega ali, a primeira conversa assim, que é a que tu tá apavorado... É muito importante. [...] De ter como a gente conversar, da gente falar, porque isso tudo tá engasgado [choro]. Tu só quer falar". (P1)

Cuidar é um conceito abrangente, que envolve zelar pelo bem-estar/saúde de alguém, indicando um processo relacional que possibilita ao sujeito elaborar a experiência do adoecimento, tanto do ponto de vista físico, quanto psicoemocional e social, gerando segurança e confiança. Compreender o significado do ambiente de cuidados em UTI na perspectiva do cuidado humanizado inclui não somente as atribuições técnicas dos profissionais da saúde, mas também a capacidade de compreender o paciente e sua família enquanto seres singulares, com seus valores, suas crenças, seus desejos e suas perspectivas de vida, contemplando uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto⁶.

A atenção à família reconhece que o paciente está incluído em uma rede social. Neste modelo, a família passa a ser também usuária do sistema de saúde e destaca-se o importante papel que exerce no tratamento do paciente. Intervenções de apoio aos familiares de pacientes críticos são baseadas nas necessidades tanto do paciente quanto da família e são necessárias para diminuir o impacto da crise relacionada à doença e preparar os membros da família para tomada de decisão e atendimento das demandas relacionadas ao cuidado²¹. Assim, a visita social é um momento propício para que a equipe estabeleça contato com a família do paciente, esclareça suas dúvidas, identifique suas necessidades e expectativas e tenha uma abordagem acolhedora, visando a construção de um espaço de escuta desse sofrimento.

Em seus relatos, os familiares trouxeram sobre o contato com a(o) profissional psicóloga(o). Considerando uma visão integral de saúde, o foco da Psicologia Hospitalar é o componente psicológico em torno do adoecimento, e o seu olhar e objetivo vão para além do paciente, estendendo-se também aos seus cuidadores/familiares. Nos discursos abaixo, os familiares apresentaram sobre a contribuição do psicólogo nesse processo de enfrentamento da hospitalização:

"Daí quando eu cheguei aqui [choro], que daí eu encontrei psicóloga, que ela é a primeira pessoa, né. Aí eu desabei. Aí eu chorei. E ela disse 'chora, a gente te respeita'. Então eu encontrei aqui bastante apoio, sabe, coisa que eu não esperava. E ela foi a pessoa assim que chegou, que abraçou quando eu precisei, sabe [choro]". (P1)

"[choro] Eu sou uma fã da psicologia, assim... Eu acho que é fundamental. Eu acho que tudo o que a gente precisa é ser acolhido, né. Quem dera se todo hospital tivesse uma psicóloga, esse profissional né, pra poder... Eu acho que é muito importante escutar". (P9)

Tudo é intenso quando se pensa em UTI: o tratamento, os riscos, os sentimentos e a forma de trabalho⁷. Nesse sentindo, o trabalho da(o) psicóloga(o) no acompanhamento dos familiares é de suma importância, em que esta(e) profissional deve atuar como um facilitador do fluxo das emoções e reflexões. O familiar chega na UTI desconfiado e inseguro diante da realidade

vivenciada e precisa ter a oportunidade de falar sobre o trauma, sobre seus medos, fantasias em relação ao ambiente e à morte e expressar seus sentimentos²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada sujeito apresenta uma vivência singular relacionada ao momento em que um membro da família sofre um trauma e necessita ser internado em uma Unidade de Terapia Intensiva, contudo os relatos dos participantes mostraram que essa vivência é permeada de sofrimento. Percebe-se que, ao mesmo tempo em que a UTI representa uma ideia de perda, representa também um local de segurança e esperança de recuperação. As crenças e fantasias negativas em relação à UTI ainda permanecem no imaginário social, contudo, acredita-se que esta é uma visão que pode ser mudada a partir de práticas mais acolhedoras e humanizadas pela equipe de saúde e ações de cuidado.

A estrutura e a rotina da UTI ainda não consideram suficientemente a família, que precisa ser reconhecida como alvo de cuidado. A psicologia entra neste cenário como uma importante área para suporte aos familiares no que se refere aos aspectos psíquicos associados e no atravessamento do momento de adoecimento e perdas. Entretanto, é importante enfatizar que o cuidado com o familiar é de responsabilidade de toda a equipe multiprofissional. Portanto, discutir esse tema pode gerar reflexões por parte da equipe para que compreenda melhor a experiência da família, resultando numa melhor assistência multiprofissional.

Diante do exposto, ressalta-se que a reflexão deste tema não se esgota nesse estudo, uma vez que ainda há muito o que se avançar nas ações de cuidados aos familiares e na forma de funcionamento da UTI, superando uma visão biomédica e envolvendo toda a dimensão humana. Assim, torna-se importante que estudos relacionados ao delineamento de ações de atenção aos familiares sejam realizados para que se possa avançar e ter melhorias das condições que impactam na saúde mental da família. Além disso, é preciso ampliar o olhar para todos os integrantes da UTI – equipe, paciente e família – e refletir sobre formas de melhorar continuamente o ambiente de cuidados intensivos para que este seja um local que, apesar de sua complexidade, possa ter seu impacto negativo reduzido na saúde mental de todos os envolvidos.

AFILIAÇÃO

1. Graduada em Psicologia, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago” no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO). E-mail: carinadepaularod@gmail.com
2. Graduada em Psicologia, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago” no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).
3. Graduada em Psicologia, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago” no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).
4. Psicóloga especialista em Urgência e Trauma, Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).
5. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins, Psicólogo e professor universitário no Instituto de Pós-Graduação e Graduação (IPOG).
2. Paulo GML, Colares CMP, Margarida MCA, Silva AR, Silva AC, Xavier LLS, et al. Trauma: características sociodemográficas das vítimas e aspectos clínicos-assistenciais de sua ocorrência em hospital de urgência. Rev Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2021 Out. [citado em 3 Nov 2023]; 13(10):1-10. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8683/5520>
3. Moerschberger MS, Zimath SC. Necessidades e estressores vivenciados por familiares de pacientes politraumatizados internados em Unidade de Terapia Intensiva. Rev SBPH [Internet]. 2017 [citado em 3 Nov 2023];20(1):122-142. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n1/v20n1a08.pdf>
4. Lentsck MH, Sato APS, Mathias TAF. Panorama epidemiológico de dezoito anos de internações por trauma em UTI no Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2019 Jan. [citado em 3 Nov. 2023]; 53(83):1-12. Disponível em: https://rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-53-83/1518-8787-rsp-53-83-pt.x68782.pdf
5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Dispõe sobre critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
6. Backes MTS. A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em unidade de terapia intensiva [tese de doutorado na internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2011 [acesso em 3 Nov 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/95852/288970.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Ferreira PD, Mendes TN. Família em UTI: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. Revista da SBPH [Internet]. 2013 Jan-Jun [citado em 3 Nov 2023];16(1):88-112. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n1/v16n1a06.pdf>
8. Meneguini S, Nobukuni MC, Bravin SHM, Benichel CR, Matos TDDS. O significado de conforto na perspectiva de familiares de pacientes internados em UTI. Revista Nursing [Internet]. 2019 Mai. [citado em 3 Nov 2023];22(252):2882-2886. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/311/298>

ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. Paris MC, Lentsck MH, Silva MM, Soares LG, Baratieri T, Sangaleti CT, et al. Perfil epidemiológico e prognóstico de pacientes traumatizados hospitalizados em unidade de terapia intensiva. Braz J Dev [Internet]. 2021 [citado em 3 Nov 2023];7(3):28588-28603. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/26714/21163>.

9. Barth AA, Weigel BD, Dummer CD, Machado KC, Tisot TM. Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2016 Jun. [citado em 3 Nov 2023];28(3):323-329. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rbti/a/M7ChSXWFNv86SBQhxBNKMxh/?format=pdf&lang=pt>.
10. Costa JB, Felicetti CR, Costa CRLM, Miglioranza DC, Osaku EF, Versa GLGS, et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2010 Jul. [citado em 3 Nov 2023];59(3):182-189. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/bPtjPQD7FZYD39W57wDj3KH/?format=pdf&lang=pt>
11. Milan NS, Lima MF, Oliveira WA, Oliveira MLF. Acolhimento aos familiares de pacientes vítima de trauma multissistêmico: relato de experiência [Internet]. *Anais do X EPCC Encontro Internacional de Produção Científica*; 24-26 Out 2017; Maringá. Paraná: Unicesumar; 2017 [citado em 3 Nov 2023]. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/1919/1/epcc--80387.pdf>
12. Gerhardt TE, Silveira DT, organizadores. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Reis LCC, Gabarra LM, Moré CLOO. As repercussões do processo de internação em UTI Adulto na perspectiva de familiares. *Temas em Psicologia* [Internet]. 2016 Jul. [citado em 3 Nov 2023];24(3):815-828. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300003.
15. Freitas KO, Torres RSC, Silva SED, Monteiro GO, Vasconcelos EV. Representações sociais de familiares de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva: implicações no cuidado de si. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2019 Abr- Jul [citado em 3 Nov 2023];11(3):664-671. Disponível em: <https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6652/pdf>
16. Freitas KS, Menezes IG, Mussi FC. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 Out-Dez [citado em 3 Nov 2023];21(4):896-904. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/GJ5HVvYvs4rbqjMyyDd7B8N/?format=pdf&lang=pt>
17. Haas KDC, Brust-Renck PG. A comunicação de más notícias em Unidade de Terapia Intensiva: um estudo qualitativo com médicos experientes e novatos. *Psicologia USP* [Internet]. 2022 Jul. [citado em 3 Nov 2023];33:1-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/BQYdBhDkd7zDttxtpw76F/?format=pdf&lang=pt>
18. Urizzi F, Carvalho LM, Zampa HB, Ferreira GL, Grion CMC, Cardoso LTQ. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2008 Out. [citado em 3 Nov 2023];20(4):370-375. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/tNx3xngXy7qDpPzfgHvnHH/?format=pdf&lang=pt>
19. Esperandio MR, Michel RB, Trebien HAC, Menegatti CL. Coping religioso/espiritual na antessala de UTI: reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. *Interações* [Internet]. 2017 Ago-Dez [citado em 3 Nov 2023];12(22):303-322. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/P.1983-2478.2017v12n22p303/12912>.
20. Gibello J, Parsons HA, Citero VA. Importância da comunicação de más notícias no Centro de Terapia Intensiva. *Rev SBPH* [Internet]. 2020 Jan-Jun [citado em 3 nov. 2023];23(1):16-24. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v23n1/03.pdf>.
21. Lemos SMS, Casanova LT. Familiares enquanto usuários da UTI: uma avaliação de suas necessidades. *Braz J Dev* [Internet]. 2023 Jan [citado em 3 Nov 2023];9(1):509-528. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/55908/41090>
22. Vieira AG, Waischung CD. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. *Rev SBPH* [Internet]. 2018 Jan-Jun [citado em 3 Nov 2023];21(1):132-153. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n1/v21n1a08.pdf>