

Sentimentos vivenciados por familiares de pacientes em Ventilação Mecânica

The feelings experienced by family members of patients under Invasive Mechanical Ventilation

Anselmo Amaro dos Santos, Elizabeth Correia Ferreira Galvão, Fábio da Costa Carbogim e Vilanice Alves de Araújo Püschel

Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil

aasantos@usp.br, beth.galvao@usp.br, vilanice@usp.br, fabiocarbogim@usp.br

Luciana da Silva
Graduação em Enfermagem
Universidade Paulista
Santos, Brasil

luciana.silvaluciana@terra.com.br

Resumo — Estudo qualitativo com o objetivo de identificar os sentimentos vivenciados por familiares de pacientes em ventilação mecânica invasiva e seus mecanismos de enfrentamento. A amostra foi constituída de 13 familiares. A coleta de dados deu-se mediante a observação participante e entrevistas audiogravadas. Os resultados evidenciaram que os sentimentos relatados foram a angústia, tristeza, desespero e impotência. Percebeu-se, também, que a situação vivenciada causa impacto no gerenciamento do tempo da família e ruptura afetiva e emocional. A estratégia de adaptação mais usada foi a paciência, a fé e a esperança, chamado de coping religioso ou espiritual. Conclui-se que é importante a adoção de estratégias que ensejem uma fase menos traumática para os familiares, fazendo-os sentir importantes no processo de hospitalização.

Palavras Chave - Sentimentos, família, ventilação mecânica, UTI.

Abstract — Qualitative study with aimed to identify the feelings experienced by family members of patients under invasive mechanical ventilation and their coping mechanisms. The sample consisted of 13 family members of patients. Data collection took place through participant observation and audio recorded interviews. The results showed that the feelings were anxiety, sadness, despair, and helplessness. It was noticed that the situation experienced impacts on family time management and affective and emotional breakdown. The most used adaptation strategy was faith and hope, called religious or spiritual coping. It concludes that it is important to adopt strategies that became a less traumatic phase for family, making them feel important in the hospitalization process.

Keywords - Feelings. Family. Mechanical ventilation. ICU.

I. INTRODUÇÃO

O processo de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem sido objeto de investigação científica, principalmente, no que tange a ações de humanização.

O choque da hospitalização, principalmente em Unidade de Terapia Intensiva, é, geralmente, um evento inesperado que implica em mudanças do cotidiano da família e pode ser compreendido quando os familiares se deparam com sofisticados equipamentos tecnológicos, pessoas desconhecidas e adversidades a enfrentar.

Um dos recursos tecnológicos utilizados nessas unidades é a ventilação mecânica invasiva, que consiste em um método de substituição da ventilação fisiológica em situações onde o indivíduo é incapaz de manter a função do sistema respiratório. Este método tem como objetivos diminuir o trabalho respiratório, por meio do repouso da musculatura respiratória, melhorar a troca gasosa para níveis aceitáveis e promover a manutenção de volumes pulmonares adequados [1].

O acesso às vias aéreas para a ventilação mecânica invasiva é obtido, comumente, por intubação orotraqueal, o que impossibilita o paciente de comunicar-se verbalmente. Situações específicas como a presença de tubos na boca, limitações de movimentos e falta de comunicação impactam diretamente nos familiares.

A experiência de passar por esse processo pode representar uma situação de desequilíbrio na medida em que provoca a alteração de papéis e responsabilidades, problemas de relacionamento familiar, surgimento de doenças entre seus membros, entre outros [2].

Considerando a família um grupo de indivíduos unidos por uma ligação afetiva, a hospitalização de um de seus membros na UTI pode levar os familiares a experiências desconfortantes.

A internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) causa um alto grau de estresse e ansiedade nos familiares. Tanto a gravidade clínica do paciente, quanto a impossibilidade em se comunicar, têm sido descritas como fatores de impacto no grau de estresse e nos sentimentos vivenciados pela família[2].

Esses sentimentos podem ser compreendidos como alterações, perturbações e dificuldades de natureza física, psíquica e social decorrentes da internação de um membro da família na UTI e que ameaçam a sua integridade, interferem na capacidade de enfrentamento da situação e no seu bem-estar [3].

Por esse motivo, torna-se fundamental conhecer não só os sentimentos vivenciados, mas também o impacto dessa situação no cotidiano dos familiares, bem como as medidas que poderiam ser adotadas no intuito de mitigar o desconforto e favorecer o acolhimento.

O acolhimento pode ser definido como uma ação técnica-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e família, por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. É uma ferramenta que deve ser utilizada para prover o cuidado humanizado, pois preconiza o encontro, a escuta, o vínculo e o respeito às diferenças entre trabalhadores da saúde e usuários [4].

A família precisa sentir-se segura, fortalecida e amparada, pois assim, será capaz de manter a sua autonomia/cidadania e de expressar seus sentimentos.

Oliveira [5] afirma que os familiares experimentam sentimentos e emoções, por vezes, ambíguos. Isso pode ocorrer pelo distanciamento entre o paciente e a família, interferindo no próprio vínculo familiar.

Frente aos desafios impostos por esta situação vivenciada e para combater os sintomas do estresse, é importante que o indivíduo desenvolva estratégias de enfrentamento para superar o estresse.

Esse enfrentamento pode ser realizado por meio da utilização de estratégias, nominadas de “*coping*”.

Panzini e Bandeira[6] definem “*coping*” como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais, usadas pelos indivíduos com o intuito de manejar situações vivenciadas e percebidas por eles como estressantes.

Neste contexto, a família deve ser incluída no plano terapêutico, com o uso de práticas que visem prevenir a sobrecarga e o desconforto emocional e facilitar o enfrentamento da situação.

Frente a esta contextualização, emergiram as seguintes questões:

Quais os sentimentos vivenciados pelos familiares de pacientes em ventilação mecânica invasiva, internados em UTI?

Quais as implicações dessa situação para o cotidiano desses familiares?

Quais os mecanismos de enfrentamento utilizados por esses familiares?

O que poderia ser feito para minimizar o impacto dessa situação e favorecer o acolhimento?

Acredita-se que o impacto causado pelo uso de equipamentos somado a condição clínica do paciente entubado e, na maioria das vezes, sedado, desencadeia sentimentos de angústia, desespero, impotência, tristeza e medo.

Além disso, estabelecer, um vínculo de confiança na relação enfermeiro-família é uma das estratégias que possibilitam aos familiares sentirem-se ouvidos, compreendidos e amparados.

Nesse sentido, o acolhimento precisa ser instituído como prática cotidiana, oferecendo mais confiança e tranquilidade aos familiares, valorizando a vida, as relações no cuidado em saúde e, consequentemente, a mudança na maneira como a assistência é oferecida.

II. MÉTODO

Desenvolveu-se um estudo do tipo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa e delineamento não experimental, com duplo método: entrevista e observação participante. Optou-se pela abordagem qualitativa por adequar-se melhor ao objeto de estudo e permitir a descoberta de significados, desenvolvimento da compreensão além de explorar o fenômeno em vários aspectos [7].

O estudo exploratório, conforme Gil [8] aprimora as ideias ou descobre intuições. É feito quando há pouco conhecimento sobre o tema a ser abordado.

O estudo descritivo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno [9].

Em relação ao método “observação participante”, Queiroz, Vall, Souza e Vieira [10] mencionam que,

a observação participante é uma das técnicas muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação. (p. 278).

Para Morin [11], o conhecimento é pertinente quando se é capaz de dar significado ao seu contexto geral. Sendo assim, o método participante, que engrandece a interação social, deve ser entendido como exercício de conhecimento de uma parte como um todo.

Pretendia-se, inicialmente, compor a amostra com de um integrante da família de 15 pacientes internados em UTI Geral, em ventilação mecânica invasiva, que atendessem aos critérios descritos a seguir e que, de modo voluntário, aceitassem participar da pesquisa. Entretanto, no período da coleta, somente 13 pacientes acatavam os critérios estabelecidos.

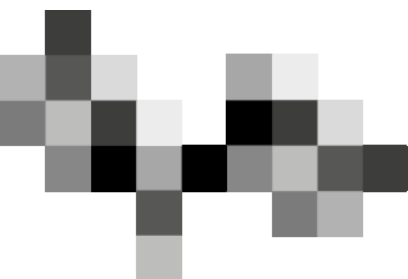
Ter idade superior a 18 anos.

Ter um familiar internado na UTI em ventilação mecânica invasiva por, no mínimo, 48 horas.

Ter visitado o paciente, pelo menos duas vezes durante o período de internação.

Ter vínculo familiar direto com o paciente.

Após o aceite das Instituições, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e a definição dos sujeitos da amostra, os mesmos foram contatados durante o período da visita hospitalar, a fim de acordar dia, horário e local para realização da entrevista, conforme lhes fosse mais conveniente.



Os sujeitos ficaram cientes que a atividade a ser realizada constituía-se de uma entrevista audiogravada e que, após a anuência dos mesmos, seria transcrita na íntegra.

Além disso, foi feito o acompanhamento de, pelo menos, um período de visita de cada familiar pesquisado.

Foram considerados nesta pesquisa os preceitos éticos previstos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual determina que o anonimato e a participação voluntária dos sujeitos sejam garantidos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios seja apresentado e assinado.

Portanto, antes da coleta de dados, foi explicado a cada sujeito da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e informado quanto à possibilidade de, em qualquer momento, suspender a sua participação.

Foram excluídos da amostra os indivíduos institucionalizados e com déficit de compreensão, pois são considerados vulneráveis pelas diretrizes de ética em pesquisa, e aqueles que não atenderam aos critérios estabelecidos e descritos anteriormente, não concordaram em participar da pesquisa, não entenderam o objetivo ou conteúdo e/ou, simplesmente, sentiram-se constrangidos.

Para uma interpretação efetiva dos dados coletados, os dados foram ouvidos, transcritos e analisados por meio da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin.

Segundo Bardin [12],

a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando 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 (variáveis inferidas) destas mensagens.

Com o propósito de organizar as narrativas dos entrevistados, após a transcrição das entrevistas na íntegra e a leitura sistematizada dos conteúdos, optou-se em classificá-las em categorias de análise.

Vale ressaltar que as categorias de análise são capazes de desvelar as relações mais abstratas e mediadoras para o entendimento contextual, expressando relações características do grupo em questão [13].

Posteriormente, os conteúdos foram analisados sob a ótica da fenomenologia. Optou-se pela abordagem fenomenológica por estar voltada à busca dos significados que uma experiência representa para os sujeitos que a vivenciam.

Na fenomenologia, o homem quando encontra-se em uma situação não escolhida por ele, atribui sentido à sua existência. Neste contexto, ele explora o mundo da vida para descrever objetivamente a experiência como ela é, sem levar em conta as causas, mas considerando as coisas que fazem sentido para ele [14].

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta de dados realizada por meio de entrevista audiogravada e observação participante, a amostra caracterizou-se por 13 familiares de pacientes em ventilação

mecânica, a maioria do gênero feminino com idades variadas entre 30 e 65 anos.

Mais da metade da amostra é composta por indivíduos casados, aposentados, tendo como grau de escolaridade, o ensino fundamental completo.

Optou-se em dividir os resultados conforme os métodos utilizados.

No método “**observação participante**”, que proporcionou o compartilhamento da situação com o familiar durante o período de visita, observaram-se alguns sentimentos descritos a seguir.

Os sentimentos dos entrevistados foram demonstrados por meio de choro, carícia, apreensão/angústia e apatia.

O choro esteve presente na maioria dos sujeitos com predominância nas mulheres. Foi observado que, durante a visita, os olhos dos familiares enchem-se de lágrimas ao ver o paciente em situação crítica e, provavelmente, lembravam-se com tristeza do impacto da separação.

É importante ressaltar que esse sentimento não se pode entender enquanto situação concreta, pois ela existe singularmente para cada sujeito e isso é a intersubjetividade. Portanto, segundo Ponty[14],

o mundo não é aquilo que eu penso, mas aquilo que vivo, sou aberto ao mundo, me comunico indubitavelmente com ele, mas não o possuo, ele é inesgotável.

Merleau-Ponty refere que o ser humano vive as experiências com o seu corpo e por meio dele age no mundo. O espaço não é o ambiente físico, mas sim, um espaço existencial [14].

O toque foi demonstrado somente por mulheres. Acredita-se, pelo fato da figura materna, as mulheres tenham mais carinho e cuidado e que, com o toque possam expressar atenção e passar informações, pois há momentos em que as palavras são menos adequadas.

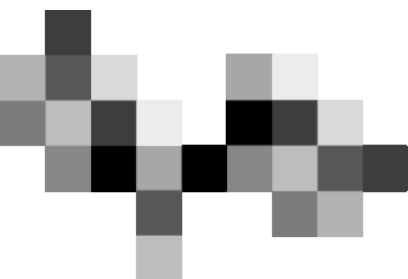
O toque possui um efeito positivo sobre a percepção e a cognição podendo agir de forma favorável sobre a respiração e o fluxo sanguíneo [15].

Boff [16] infere que,

o órgão da carícia é, fundamentalmente, a mão: a mão que toca, a mão que afaga, a mão que estabelece relação, a mão que acalenta, a mão que traz quietude. Mas a mão não é simplesmente mão. É a pessoa humana que através da mão revela um modo de ser carinhoso. A carícia toca o profundo do ser humano, lá onde se situa seu centro pessoal. Para que a carícia seja verdadeiramente essencial precisamos afagar o eu profundo e não apenas o ego superficial da consciência.

A apatia e a apreensão/angústia emergiram somente em familiares do sexo masculino.

Os homens têm mais dificuldade em expressar os sentimentos, porque têm papéis definidos na sociedade. A maioria remete a expressão de sentimentos à punição oriunda da cultura rodeada de regras. A punição ou repreensão frente às expressões sentimentais dos homens faz com que evitem esse comportamento causando, entre outras consequências, o sofrimento.



Para Smirnov [17] as emoções e os sentimentos sofrem alterações, fazem parte da personalidade e são permeados por vivências. O homem deveria ser preparado desde a infância para os sentimentos, com o objetivo de se posicionar frente a realidade e construir novas formas de agir nela, novos sentimentos e uma nova moral.

No método “entrevista” foram utilizadas quatro categorias de análise que agruparam as narrativas, que mesmo com conteúdos diferentes, possuíam o mesmo significado. Ainda foi feito a parte observacional sobre a reação de cada familiar.

Adotou-se a letras E de “entrevistado”, seguida de um número sequencial para identificar as narrativas.

Sentimentos Vivenciados por ter um membro da família entubado na UTI

E – 1 “Desespero e tristeza”.

E – 2 “Olha é uma ocasião que você não espera ver, a gente é acostumado com uma pessoa dia-a-dia e quando você vem ver naquele estado, de cama, entubado, sedado, então, é estranho por mais que a gente saiba que é pelo bem dela, a gente fica meio constrangido na situação”.

E – 3 “Primeiro a gente fica com uma sensação de impotência, que a gente quer ajudar e não pode ... diretamente falando, é a angústia né? Uma angústia constante”

Nota-se que a maioria dos entrevistados sentiram angústia, tristeza, desespero e impotência por não poder ajudar diretamente o seu familiar.

Esses sentimentos emergem nos familiares devido à gravidade dos casos, a vontade de querer ajudar e o medo da morte. O momento vivido na UTI é intenso e repleto de estresse e medo, entre outros.

A angústia pode ser traduzida como uma aflição intensa, agonia, sofrimento, tormento, e a tristeza como a falta de alegria, desalento, consternação, mágoa [17].

Durante a hospitalização, ocorre a separação da família e isso propicia a impotência, sensação de não poder cuidar diretamente, uma vez que o paciente fica sob os cuidados da equipe de atendimento da UTI, como demonstra a narrativa de E7 “É triste né? A gente fica com sentimento de impotência. Você quer ajudar mas você não tem como ajudar. É muito difícil, é assim ... só quem passa mesmo”.

Esses sentimentos diversos são entendidos por Ponty como a expressão e um jeito de habitar o mundo que lhe é próprio. A sua expressão cria um mundo intersubjetivo e estabelece um solo comum entre ele e o outro [18].

A família é considerada fundamental para a recuperação do paciente, reestabelecendo o equilíbrio psicológico, proporcionando esperança e diminuindo o sofrimento [19].

Nesse contexto, Souza [20] diz que a hospitalização pode provocar o desequilíbrio do ambiente familiar gerando sofrimento emocional. A situação vivida pelos familiares pode ser observada pela alteração das relações interpessoais devido

à ausência física do paciente no cotidiano e ao medo da morte do ente querido.

As implicações da situação vivenciada no cotidiano

Nessa categoria de análise agruparam-se as narrativas que, direta ou indiretamente, descrevem as implicações no dia a dia pela situação vivenciada.

E – 1 “... Mudou toda minha vida, não tenho mais tempo para nada. Preciso estar sempre aqui, todos os dias, nos dois horários de visita das 15h às 16 e das 21h às 21:30. Porque ela precisa da minha presença, porque ela me chama e sente minha presença quando estou perto dela e é importante pra ela e pra mim também”.

E – 5 “É, a gente vai até um certo ponto, né? A gente acaba se limitando um pouco, tanto na questão do tempo, mas na questão do nosso coração, entendeu? É... a gente tem que trabalhar, tem certas coisas que a gente não pode deixar parar. Só que o nosso coração fica todo aqui, a gente fica lá fora fazendo as coisas, mas o nosso coração está aqui, entendeu?”

Observa-se, pelas narrativas acima, que a situação vivenciada causa impacto tanto no trabalho, quanto nas atividades domésticas e no gerenciamento do tempo.

A hospitalização de um familiar em UTI geralmente ocorre de forma aguda e inesperada, fato que repercute na família alterando todo cotidiano [21].

Muitas vezes, o familiar releva a segundo plano os seus compromissos para visitar o paciente

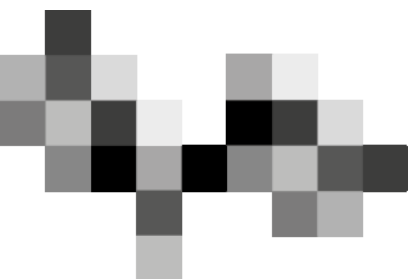
A internação do membro da família significa a impossibilidade de continuidade da vida em grupo como ocorria antes da hospitalização do familiar. A sua doença e internação geraram a interrupção do ritmo de vida e das interações sociais familiares.

Portanto, o ambiente da UTI pode significar uma ameaça para a família, uma ruptura afetiva e emocional com o familiar internado, mesmo que muitas vezes temporária.

Mecanismos utilizados para enfrentar essa situação.

Nessa categoria de análise agruparam-se as narrativas que, direta ou indiretamente, descrevem as implicações no dia a dia pela situação vivenciada.

E – 2 “...Olha não tem nem como passar isso aí.... foi dia-a-dia que foi surgindo, fora essa minha filha eu tenho um menino de 2 anos e 6 meses que começou a sentir a falta da mãe e eu mesmo foquei mais nele, não deixando lógico a menina mais velha preocupada, mas focando nele, para ele não adoecer. Então, quer dizer, que tem muito o que eu passar, a gente sabia que estava em boas mãos... eu também tive problemas de saúde, passei por essa situação, aqui no



Ana Costa, nessa UTI, e graças a Deus hoje eu estou melhor do que eu estava antes”.

E – 7 “Primeiramente, acho que a gente, que todo ser humano, entrega na mão de Deus ... e ele sabe de todas as coisas, independente de qualquer religião, e nossos filhos ... pra quem tem né? É a inspiração que a gente não pode parar, tem eles pra terminar de criar essas coisas todas e é nisso aí que a gente se agarra”.

A maioria dos entrevistados usa, como estratégia de adaptação a nova situação, a paciência, a fé e a esperança. Os indivíduos buscam uma solução divina na situação de adoecimento de um familiar.

Segundo Schleder, “a transformação pessoal pode representar uma busca de maior intimidade com Deus e reconhecimento da importância da espiritualidade na vida do indivíduo para suportar e aceitar os desfechos possíveis [22].

O *coping* religioso ou espiritual é definido como o uso de crenças e comportamentos religiosos que buscam facilitar a resolução de problemas, prevenindo ou aliviando as consequências emocionais danosas [23]

Ponty, alega que cada sujeito tem um modo de “olhar” uma situação e cada situação pode ser vista de diferentes ângulos. Pode-se relacionar entre outras, a narrativa de E7 [...] *acho que a gente, que todo ser humano, entrega na mão de Deus* e a de E10 [...] *eu venho, rezo lá também, eu vou na igreja*. A transcendência do ser humano constitui a essência da existência e isso é o que impulsiona o homem.

Ações de enfermagem para minimizar o impacto e facilitar o acolhimento

E – 6 “Na situação dela eu acredito que tudo que se possa, que se pode fazer foi feito. Está sendo feito”.

E – 10 “Acho que elas aqui são muito boas. Eu achei a enfermagem aqui muito boa, elas quando a gente pede, elas conversam, estão ali com atenção, a gente entende que para elas é normal. Outro dia eu cheguei e uma enfermeira estava cantando. Vou tendo aquela aflição, mas elas não. Então, elas têm uma atitude legal, assim, tranquila, também não são apavoradas. Elas passam para gente mais tranquilidade.

Por meio das narrativas dos entrevistados fica evidente que a falta de comunicação e acolhimento dos profissionais em relação aos familiares, resulta em sentimento de insegurança e geração de dúvidas.

Os familiares esperam mais receptividade dos profissionais, além da expectativa de encontrarem os pacientes em pleno estado de conforto e higiene. Isso, na ótica dos sujeitos, representa qualidade nos serviços.

A obrigatoriedade de atender a demanda faz com que os profissionais lutem contra o tempo e acabem desapercebendo as necessidades dos familiares, como foi apontado pelo

entrevistado E 7 “Eu acho que elas podiam dar um pouco mais de atenção” e de E10 quando se referia a outra instituição de saúde [...] *mas estão sempre no corre e corre, não dão muita atenção*”.

Muitas vezes as necessidades dos familiares são ignoradas ou relegadas a segundo plano devido à falta de tempo e, até mesmo, à falta de conhecimento em como lidar com os familiares. O contato da equipe com as famílias é breve e quando isto ocorre tem o propósito de discutir assuntos técnicos ou cumprimento de normas e regulamentos [24].

A qualidade da assistência em enfermagem é vista como o atendimento a todas as necessidades do paciente e família, incluindo o apoio emocional.

Cada família entende de maneira diferente o cuidado de enfermagem efetivo, pois, quando a confiança é estabelecida e as informações são passadas, essa família é encorajada a enfrentar a situação.

Cianciarullo[25] afirma que qualidade da assistência de enfermagem envolve tanto conhecimentos e habilidades, como crenças e valores individuais, profissionais e institucionais.

A hospitalização de um familiar pode ser percebida como um evento estressor, já que o “estresse psicológico é uma reação entre a pessoa e o ambiente, que é avaliada por ela como sobrecarga, excedendo seus recursos e colocando em risco seu bem-estar”. Portanto, a hospitalização pode gerar desorganização do núcleo familiar, exigindo a adaptação de todos os membros da família [26].

IV. CONCLUSÕES

A partir desta pesquisa foi possível conhecer os sentimentos vivenciados por familiares de pacientes em ventilação mecânica invasiva, internados em Unidade de Terapia Intensiva e seus mecanismos de enfrentamento nessa situação.

Verificou-se que os principais sentimentos relatados foram a angústia, tristeza, desespero e impotência por não poder ajudar diretamente o seu familiar. Esses sentimentos emergem nos familiares devido à gravidade dos casos, a vontade de querer ajudar e o medo da morte.

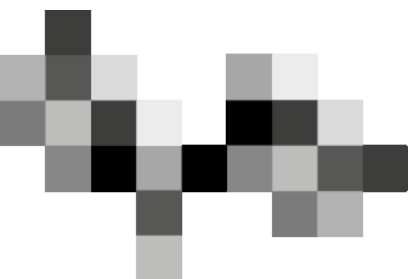
Pôde-se perceber, também, que a situação vivenciada causa impacto tanto no trabalho, quanto nas atividades domésticas e no gerenciamento do tempo de toda a família modificando o cotidiano.

A internação do membro da família significa a impossibilidade de continuidade da vida em grupo e isso significa ruptura afetiva e emocional, mesmo que muitas vezes temporária.

A maioria dos entrevistados usa, como estratégia de adaptação a nova situação, a paciência, a fé e a esperança, chamado de *coping* religioso ou espiritual, que previne ou alivia as consequências emocionais prejudiciais.

Os familiares esperam receptividade dos profissionais, além da expectativa de encontrarem os pacientes em pleno estado de conforto e higiene. Isso, na ótica dos sujeitos, representa qualidade nos serviços.

A qualidade da assistência em enfermagem é vista como o atendimento a todas as necessidades do paciente e família,



incluindo o apoio emocional. Cada família entende de maneira diferente o cuidado de enfermagem efetivo, pois, quando a confiança é estabelecida e as informações são passadas, essa família é encorajada a enfrentar a situação.

Neste sentido, é importante a adoção de estratégias que ensejem uma fase menos desconfortável e menos traumática para os familiares, incluindo-se ações que possibilitem minimizar os processos angustiantes em que estão inseridos, visando um atendimento mais digno.

Portanto, os profissionais devem aguçar a sensibilidade para reconhecer os sentimentos vivenciados pelos familiares, fazendo-os sentir importantes no processo de hospitalização.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Carvalho CRR (ed.). *Ventilação mecânica*. Volume 1. 2000. São Paulo: Atheneu, 2006. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 33 (supl. 2S), p. 51-150, 2007.
- [2] 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.* 59(3):182-89, 2010.
- [3] Gameiro MH. Sofrimento na doença. In: *Análise conceptual e fenomenológica do sofrimento humano*. Coimbra: Quarteto, p. 29-44, 2003.
- [4] Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; Ministério da Saúde. *HumanizaSUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.
- [5] Oliveira JF, Watanabe CE, Romano BW. Estratégias de enfrentamento (*Coping*) dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Soc Cardiol.*;17 (Supl3A):4-9, 2007.
- [6] Panzini RG, Bandeira DR. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev Psiq Clín [periódico na Internet]*;34(supl1):10,2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a16v34s1.pdf>
- [7] Martins J, Bicudo MAV. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. 4ª ed. São Paulo (SP): Centauro; 2003.
- [8] Gil, AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010
- [9] Severino, AJ. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2007
- [10] Queiroz, DT; Vall, J.;Souza, AMA.; Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: Conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro – RJ, 2007.
- [11] Morin E. Complexidade e ética da solidariedade. In: Castro G, Carvalho EA, Almeida MC. *Ensaio da complexidade*. Porto Alegre (RS): Sulina;1997.
- [12] Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.
- [13] Rocha TISP. *Dissertação de Mestrado: A inserção das tecnologias gerenciais na práxis dos enfermeiros do hospital universitário sul fluminense*. Niterói, 2008.
- [14] Merleau-Ponty, M. *Fenomenologia da percepção*. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- [15] Hudak C; Gallo B. *Cuidados intensivos em enfermagem: uma abordagem holística*, 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- [16] Boff, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- [17] Smimov, A. A. Las emociones y los sentimientos. In A. A. Smimov, Leontiev, A. N., Rubinshtein, S. L., Tieplov, B. M. *Psicología*. México: Editorial Grijalbo S. A, 1969.
- [18] Ferreira ABH. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Nova Fronteira: Rio de Janeiro; 1986.
- [19] Terra MG, Gonçalves LHT, Santos EKA, Erdmann AL. Fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty como referencial teórico-filosofico numa pesquisa de ensino de enfermagem *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online], vol. 30, n. 3, pp. 547-551, 2009.
- [20] Viana AL. Sentindo-se cuidado pela família: a percepção dopaciente sobre o acompanhante. *Rev Paul Enferm;* 22(2):200-8, 2003.
- [21] Souza, R. P. *Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva*. São Paulo: Atheneu, 2010.
- [22] Urizzi F, Magalhães LC, Zampa BH, Ferreira LG, Grion CMC, Cardoso LTQ. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* vol. 20 n^o4 São Paulo 2008.
- [23] Schelder LP, Puggina AC, Silva MJP. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm;* 26(1):71-8, 2013
- [24] Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis.*;186(9):513-21, 1998.
- [25] Domingues CI; Santini L; Silva VEF. Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização? *Rev. Esc. enferm. USP* vol.33 no.1 São Paulo Mar. 1999.
- [26] Oliveira, LMAC. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2006. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/1577>.
- [27] Oliveira, JF; Watanabe, CE; Romano, BW. Estratégias de enfrentamento (“COPING”) dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Artigo publicado na revista da socesp. (*Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*);3 supl A:4-9, 2007.