

**O ENFERMEIRO DE TERAPIA INTENSIVA E O  
CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA: UMA  
PROPOSTA DE SENSIBILIZAÇÃO**

*The intensive care nurse and the family centered-care:  
a proposal of sensibilization*

*Luciana Winterkorn Dezorzi<sup>1</sup>*

*Silviamar Camponogara<sup>2</sup>*

*Débora Feijó Villas Boas Vieira<sup>3</sup>*

**RESUMO**

O objetivo deste trabalho foi sensibilizar os enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva, através da educação continuada, sobre a importância de planejar o cuidado ao cliente crítico em parceria com ele e sua família, com a meta de ampliar a humanização do cuidado e tornar as prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS) mais presentes na prática de enfermagem. A prática assistencial ocorreu através de uma oficina e a partir dos relatos dos enfermeiros participantes emergiram algumas categorias de análise que demonstram, ora a resistência para modificar a prática, ora o desejo de transformar a realidade vivida, sensibilizando-os para a temática.

**UNITERMOS:** unidades de terapia intensiva; cuidados intensivos; educação continuada em enfermagem; família.

- 1 Enfermeira do Centro de Tratamento Intensivo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CTI/HCPA). Aluna do Curso de Especialização em Projetos Assistenciais em Enfermagem-UFSM.
- 2 Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestre em Assistência de Enfermagem. Orientadora.
- 3 Chefe do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva do HCPA (SETI/HCPA). Professora Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS). Mestre em Administração do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA-UFRGS). Co-orientadora.

## **1 DESCOBRINDO A IMPORTÂNCIA DA INTERAÇÃO ENFERMEIRO/ CLIENTE/FAMÍLIA NO CUIDADO INTENSIVO**

Entrando no terceiro milênio, é possível prever que serviços de saúde sem programas de cuidado com foco na família serão considerados desprovidos de excelente tecnologia. Esta necessidade é iminente, devido ao processo de humanização pelo qual passam algumas instituições. No entanto, torna-se difícil afirmarmos que temos um atendimento humanizado, enquanto mantivermos a família distante do cuidado intra e extra-hospitalar.

Historicamente, a família foi mantida distante dos Centros de Terapia Intensiva (CTI's). As justificativas utilizadas para manter esta situação sempre foram apoiadas no estado grave do cliente, na estrutura física imprópria da unidade e na intensa atividade da equipe que atua junto ao doente (TAKAHASHI, 1986). Esta situação merece uma profunda reflexão, pois apesar de serem reais as afirmações acima, pode estar havendo dificuldade ou despreparo dos profissionais para trabalhar em parceria com a família. Esta situação acaba gerando um certo distanciamento entre a equipe de enfermagem e a família.

De acordo com Elsen citada por Carraro (1998, p. 20) “o familiar atua como unidade de saúde para seus membros, ou seja, ele tem um referencial para compreender e atuar nas diferentes situações de saúde e doença”. Isto justifica porque o familiar não pode mais ser visto apenas como aquele que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Ele também deve assumir responsabilidades pela saúde do cliente e para isso precisa ser ouvido em suas necessidades. Sua opinião deve contribuir com o plano de cuidados, devendo ser, igualmente, cuidado.

Neste sentido, cabe aqui salientar o plano de gestão do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva (SETI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o qual tem como meta permanente o apoio ao familiar do cliente crítico. Esta meta tem fundamentado o exercício e os estudos dos enfermeiros deste serviço. Entre eles está o desenvolvimento da prática assistencial intitulada: “Integração enfermeiro/cliente/família no contexto do cuidado em terapia intensiva: uma proposta humanizada”, apresentada como monografia de conclusão do Curso de Especialização em Projetos Assistenciais em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Este trabalho teve como objetivo sensibilizar os enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva do HCPA, através da educação continuada, sobre a importância de planejar o cuidado ao cliente crítico em parceria com este e sua família, com a meta de ampliar a humanização do cuidado e tornar as prerrogativas do Sistema Único de Saúde - SUS mais presentes na prática de enfermagem. A vontade de tornar a presença e a participação da família inerente ao cuidado intensivo e o desejo de refletir sobre a prática dos enfermeiros com a família nesta unidade, à luz da metodologia problematizadora, foram os pressupostos orientadores deste trabalho.

A referida prática assistencial engajou-se ao programa de educação continuada do CTI do HCPA, uma vez que vinha ao encontro das necessidades deste serviço. O lúdico<sup>4</sup> e as técnicas de dinâmica de grupo foram utilizadas como ferramentas de sensibilização. Esta escolha é a Tônica do trabalho em oficina inspirou-se na teoria humanística de Paterson e Zderad citadas por Praeger e Hogarth (1993).

Desta forma, este artigo apresenta parte dos resultados decorrentes desta prática, a qual nos oportunizou momentos de profundas reflexões, permitindo-nos vislumbrar o cuidado integral almejado de forma mais concreta e possível.

## 2 PERCURSO METODOLÓGICO

No percurso metodológico desta prática assistencial, destacam-se algumas etapas percorridas com o intuito de alcançar os objetivos propostos.

A prática assistencial realizou-se no CTI do HCPA. Esta instituição é um hospital de ensino, fundado em 1971, que possui 725 leitos. O seu corpo funcional é composto por 3.763 funcionários, 244 professores da Faculdade de Medicina, 20 professores da Escola de Enfermagem, 300 médicos residentes. Este hospital possui um caráter universitário e a sua condição de instituição pública faz com que 90% de sua demanda de clientes seja proveniente do SUS.

O CTI localiza-se no décimo terceiro andar, na ala norte do HCPA. Possui 33 leitos e é considerado uma unidade fechada. Os leitos estão distribuídos em 3 áreas: 6 leitos para pacientes de

---

4 Bueno (1986, p. 672) define o lúdico como prática relativa "a brinquedos, jogos, sem mira de resultados materiais."

cirurgia cardíaca; 3 leitos para pacientes coronarianos; área I com 11 leitos para pacientes de UTI Geral, área II com 12 leitos para pacientes de UTI Geral e 1 leito para paciente de transplante (cardíaco, hepático e renal).

## 2.1 Sujeitos

A população de enfermeiros assistenciais do CTI é constituída por 32 profissionais. Destes, foram convidados a participar dos encontros 12 enfermeiros que atuam na área II, visto que esta possui condições físicas privilegiadas para a permanência da família e, também, por observarmos que a taxa de permanência nesta área é maior em relação as outras duas do CTI. A participação foi de cerca de seis (6) enfermeiros por encontro, sendo que quatro (4) destes estiveram presentes em todos os encontros.

## 2.2 Desenvolvimento da prática assistencial

Alguns fatores nos impulsionaram ao desenvolvimento desta prática assistencial. Entre os principais encontram-se: a observação cotidiana da prática dos enfermeiros com as famílias no CTI; os resultados da pesquisa “Permanência do familiar no CTI: nível de satisfação do profissional” (VIEIRA *et al.*, 2000); as discussões ocorridas durante a realização das atividades do curso de especialização e os relatos dos familiares nas reuniões de sala de espera (realizadas 3 vezes/semana por duas enfermeiras do CTI). As experiências acima citadas demonstraram que parte dos enfermeiros não vislumbrava a família como parceira no processo do cuidado intensivo, o que nos remeteu a necessidade de repensar nossa prática com a família do cliente crítico.

Assim sendo, promovemos uma oficina de sensibilização em que a tônica foi provocar reflexão com os enfermeiros do CTI sobre a valorização da participação da família do cliente crítico no cuidado intensivo, a qual constitui-se na prática assistencial propriamente dita.

As atividades desta prática assistencial foram realizadas em uma sala de aula do CTI, no turno da tarde, com duração média de 60 minutos (exceto o 5º e 6º encontro que foram realizados em 90 minutos). Durante a oficina as técnicas de dinâmica de grupo sofreram algumas modificações, visando atender as necessidades do grupo e o alcance dos objetivos deste trabalho.

A utilização de técnicas de dinâmica de grupo, incluindo atividades lúdicas, teve como objetivo proporcionar ao grupo um ambiente que favorecesse a criatividade, a espontaneidade, a descontração e a disposição para refletir sobre o seu cotidiano de trabalho com a família do cliente crítico, bem como, sobre as inter-relações equipe/cliente/família.

### 2.2.1 A dinâmica dos encontros

No primeiro encontro o objetivo foi a apresentação e a integração das participantes. Para isso, utilizamos o jogo do andar<sup>5</sup>, jogo de apresentação espelhada e o jogo de perguntas.

O segundo encontro teve como objetivo o início do processo reflexivo sobre a participação da família do cliente crítico no contexto do cuidado intensivo. A técnica utilizada foi papel – um objeto intermediário.

No terceiro encontro houve uma palestra sobre a humanização no cuidado intensivo, demonstrando a importância da família do cliente crítico neste cenário, ocasião em que ficou evidente o apoio à família como meta e filosofia do serviço.

O quarto encontro teve como objetivo prosseguir com o processo de sensibilização, provocando reflexões sobre o SUS como política norteadora de saúde<sup>6</sup> assim como proporcionando a inversão de papéis com o uso das técnicas saco de palavras e espelho.

No quinto encontro utilizamos o texto de Rubem Alves citado por Miranda (1996, p.32) “a águia que quase virou galinha”, a apresentação de um vídeo (com a tradução escrita do inglês para o português) sobre a experiência do The Toronto Hospital<sup>7</sup>, para que novamente refletíssemos sobre nossa prática e, partindo dela, pudéssemos iniciar a construção de uma nova proposta para o trabalho com a família no CTI.

---

5 Esta técnica, bem como as demais, basearam-se em Yozo (1996) e Miranda (1996). Também, foram utilizadas algumas técnicas sugeridas pelas professoras Vânia S. Backes e Silviamar Camponogara.

6 As reflexões abordaram os princípios contidos na Lei 8080: universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade de assistência, preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, igualdade da assistência à saúde e direito a informação (entre outros).

7 De acordo com Bisailon, S. et al. (1997), esse hospital canadense tem como filosofia institucional o Programa de Associação da Família no Cuidado, prevendo quatro (4) níveis de envolvimento, tais como: dividir informações, estar presente, participar de cuidados básicos e/ou complexos.

O sexto encontro proporcionou a ampliação da discussão iniciada no quinto encontro. Terminamos a oficina com a técnica do embrulho.

## 2.2 Coleta e Análise dos dados

A coleta dos dados desta prática assistencial esteve apoiada em algumas técnicas que asseguraram a coerência com o caráter problematizador do estudo. Sendo a oficina coordenada por uma enfermeira atuante no CTI, a observação participante possibilitou orientar a oficina de forma que a mesma contemplasse a temática proposta. No entanto, a gravação das discussões foi o instrumento que permitiu maior riqueza de material para análise. Além disso, foi utilizado um questionário auto-avaliativo que validou os resultados encontrados e confirmou a prática em oficina como ferramenta de sensibilização.

Sendo este estudo do tipo qualitativo (POLIT; HUNGLER, 1995), a análise e discussão dos dados foi realizada através da transcrição e análise das falas gravadas durante a realização da oficina, bem como do instrumento auto-avaliativo. Após repetidas leituras e uma profunda reflexão sobre as falas, as mesmas foram agrupadas de acordo com suas semelhanças e convergências permitindo-nos assim a formulação de algumas categorias de análise. De acordo com Gomes (1994, p. 70) “a palavra categoria se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si”. Algumas falas foram abordadas por sua singularidade, ora demonstrando resistência à transformação da realidade, ora propondo-se a transformar a realidade.

Antes de apresentar os resultados, cabe aqui salientar a importância da ética no exercício profissional e especialmente, em trabalhos de cunho científico. Desta forma, pontuamos alguns cuidados tomados para que a ética fosse uma constante durante o desenvolvimento deste trabalho. Para isso, após prévia autorização do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA para realização do estudo, houve o pedido formal para que as participantes assinassem um termo de consentimento pós-informado, ficando assim, assegurado o anonimato no trabalho, bem como, a autorização para a gravação das oficinas em fita cassete e a publicação dos dados. Para garantir o anonimato das participantes usamos nomes fictícios de plantas. Os registros gravados e transcritos foram submetidos à validação das participantes, ficando sob a guarda das autoras.

### 3 A CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA CENTRADA NA INTERAÇÃO ENFERMEIRO/CLIENTE/FAMÍLIA

Os resultados dos momentos vividos passamos a narrar através das seguintes categorias: **à interiorização e à busca do autoconhecimento, a influência de nossas ações, a dificuldade de comunicação entre enfermeiros e a família, aprendendo a aprender com as experiências da família, a vontade de aperfeiçoar o atendimento aos familiares, a aceitação do grupo em relação à participação da família, o verdadeiro partilhar de experiências.** Embora tenham sido elaboradas um total de doze categorias, escolhemos para este momento aquelas que melhor expressam o processo de sensibilização sobre a importância da família no contexto do cuidado intensivo. Também estão incluídas algumas falas que revelam a realidade vivenciada na prática cotidiana do trabalho no CTI, transparentes durante a oficina.

No desenvolvimento do primeiro encontro, Canela trouxe algumas lembranças passadas, demonstrando que a vivência de grupo pode mobilizar sentimentos remanescentes, assim como pode sensibilizar-nos para algo, até então, não refletido. Sendo assim, surge uma categoria relacionada **à interiorização e à busca do autoconhecimento**, como um dos caminhos que possibilita a reflexão e a sensibilização.

*“Pois eu me lembrei quando eu era pequena que a coisa que mais me irritava é quando eu e minha irmã brigávamos, ela dizia exatamente o que eu dizia” (Canela).*

*“... Só a medida que você vai se conhecendo, parece que você tem mais recursos até para ajudar os outros. E se a gente não está feliz, está mal, aí tudo em volta pode ficar mal” (Hortelã).*

A fala de Hortelã demonstra que o autoconhecimento é a fonte inesgotável das soluções que procuramos no dia-a-dia. Estamos, incessantemente, tentando mudar tudo e todos a nossa volta, quando nos deparamos com a tarefa mais difícil que é nos conhecermos e nos modificarmos. Afinal, como Freire (1997, p. 44) nos esclarece: “... quanto mais me assumo como estou sendo e percebo as razões de ser, de porque estou sendo assim, mais me torno capaz de mudar, de promover-me ...”. O autoconhecimento permite que façamos

escolhas mais conscientes e responsáveis e com certeza é um dos caminhos que nos conduz a sermos enfermeiros que cuidam integralmente do cliente crítico e sua família.

No momento seguinte, Hortelã e Camomila nos remetem a pensar que poucas vezes nos damos conta de que o outro nos vê e que, além de nos ver, ele sofre influência das nossas ações podendo gerar uma reação para aquilo que oferecemos. Assim revela-se à categoria **a influência de nossas ações** e a reação que podem causar.

*“... Porque o fato de quando tu vês os outros te imitando significa bah ! Ele realmente me vê. É que daí tu sabes que todo mundo te enxerga ...”* (Hortelã).

*“tu te dás conta que realmente o outro está te enxergando”* (Camomila).

Refletir sobre a influência de nossas ações pode propiciar um agir mais consciente de que assim como influenciamos somos influenciados. Por isso, cabe-nos decidir que tipo de influência queremos dar e receber. Quando compartilhamos nossas vivências, sempre existe a possibilidade de encontrarmos algo novo, o que pode proporcionar crescimento, dependendo da abertura que oportunizamos para este encontro com o novo.

O reconhecimento de que cada ser revela-se de forma única é o primeiro passo para estabelecer o cuidado humano e integral, respeitando as características individuais de cada pessoa. Quando estabelecemos o verdadeiro encontro com o outro, podemos contribuir com suas escolhas. Desta forma, o conceito de ser humano de Paterson e Zderad citadas por Praeger e Hogarth (1993, p. 244) diz que somos seres “encarnados a partir de uma estrutura existencial de vir-a-ser, através de escolhas”. O homem é um ser individual, porém com caráter de vivência social, relacionando-se com outros homens, no tempo e no espaço. O homem caracteriza-se por ser capaz, aberto à opções, com valor e com a manifestação única de seu passado, presente e futuro. Somos o resultado de nossas interações com outros seres humanos somadas as nossas características individuais.

Na primeira abordagem do grupo sobre a participação da família, torna-se explícita a vivência das participantes com as famílias de clientes críticos, assim como **a dificuldade de comunicação entre enfermeiros e a família**:



*“... outro dia, que eu dei informações para familiares (...) e aí eu tenho que ficar aqui com esse cartão. Não, eu disse. O senhor não é obrigado a ficar aqui. Este cartão é para quando o senhor precisar. Pra mim, eu tinha deixado isso bem claro para ele. Mas, às vezes, a gente despeja as coisas e pensa que eles entenderam”* (Camomila).

*“eles interpretam de uma maneira diferente”* (Hamamélis).

O grupo identifica falhas no processo de comunicação com as famílias, demonstrando interesse em modificar esse quadro, o que fica claro com a fala de Alcachofra: *“tem que ter o bom senso de perceber que tem horas que o familiar não está agüentando absolutamente nada. **Tem que dar um tempo para ele**”* (grifo nosso).

Por outro lado, na fala de Camomila podemos observar que, também, há divergências sobre o atendimento e a participação da família, o que gera conflito interpessoal e possivelmente, confusão para os familiares sobre o seu papel e suas possibilidades em participar no cuidado.

*“... depois que eu orientei, de manhã quando eu passo o plantão eu sempre digo: para esse familiar, essa noite eu deixei assim (...) Tu procura passar isso. Muitas vezes, tu até escuta, ah não! Mas agora eu vou botar tudo diferente, eu vou fazer (...) Bom, aí tu resolve, tu faz como tu queres. Eu manejei assim essa noite. Agora, tu vê como é que tu acha (...) No momento que a gente tá passando plantão que as pessoas aceitem o que tu fez, porque foi tu que avaliou ...”* (Camomila).

A dificuldade de comunicação entre os profissionais da saúde, clientes e famílias parece encontrar sua principal justificativa pela convivência destes profissionais em meio a uma linguagem técnica. No entanto, é com esta linguagem que, desapercibidamente, tenta-se informar clientes e famílias. Para modificar esta realidade, se faz necessário tornar nossas informações simples, claras e objetivas, tendo a sensibilidade de perceber que o estresse de uma internação no CTI também pode servir como uma barreira na comunicação. Segundo Scarelli citado por Domingues *et al.* (1999, p. 44) “as enfermeiras deveriam ser mais cautelosas quanto a terminologia

usada por elas e saber o número de vezes que determinada orientação deveria ser repetida”. Conhecer as diferenças étnico-culturais, sensibilizando-se com a situação vivida pela família pode fortalecer a inter-relação enfermeiro-família e propiciar maior valorização do enfermeiro.

No segundo encontro foi desenvolvida a técnica papel – um objeto intermediário, cuja orientação era “expresse, através do papel, da forma que quiser, como vê a família do cliente crítico participando do processo de cuidar na terapia intensiva”. Com as representações dos objetos intermediários e seus comentários, foi possível convergir para a categoria **aprendendo a aprender com as experiências da família** e seus exemplos de solidariedade.

*“... quando eu cheguei na sala de espera do CTI, percebi que, apesar da dor individual, eles estavam uns apoiando os outros, eu pensei que os familiares estavam dando um exemplo de solidariedade. Eu acho que, mesmo sem se conhecerem, existe uma receptividade, sempre tu vês um tocando no outro. Os familiares, por pior que seja a dor, eles sempre estão sendo solidários uns com os outros. E aqui é nós, quem dera nós também pudéssemos fazer a mesma coisa. Toda equipe de enfermagem e a equipe médica pudessem, um dia, sermos tão solidários a eles, da mesma forma que eles são entre eles” (Cidreira).*

Nesse sentido, Waldow (1998, p. 62) afirma que a enfermagem “é uma profissão que lida com o ser humano, interage com ele e requer o conhecimento de sua natureza física, social, psicológica e suas aspirações espirituais”. O ser humano em sua relação com o meio ambiente, deve ser visto como um ser em constante evolução, em processo de constante busca de um vir-a-ser.

O partilhar de experiências entre os familiares em uma sala de espera pode revelar um sistema de cooperação, que propicia o apoio necessário para superar parte das dificuldades de estarem vivendo a internação de um ente querido no CTI. O sistema de cooperação estabelecido entre as famílias que vivenciam a dor, é um exemplo a ser seguido por nós profissionais que, por vezes, nos esquecemos de ser solidários até com nossos colegas que precisam de ajuda. O sentimento de solidariedade presente em muitas das relações entre as famílias dos cliente críticos na sala de espera, devem servir para nortear as nossas relações de trabalho e nossas relações com as famílias que tanto precisam do nosso apoio.

A observação de Cidreira demonstra claramente que os profissionais não estão apenas na condição de educadores e sim de aprendizes com as vivências trazidas na bagagem do cliente crítico e sua família. Aprender a perceber todas as inter-relações que constituem a “teia” onde os profissionais de enfermagem desenvolvem suas ações educativas, não é algo fácil e talvez seja um grande desafio. Porém, sem este desafio, a prática torna-se inerte e aceita passivamente a manutenção do “status-quo” (MONTICELLI, 1994).

Da mesma forma, acreditamos que a prática e o ensino do cuidado à medida que passam de uma simples atividade de cunho técnico para uma ação responsável pelo crescimento de quem é cuidado e de quem cuida, deixa de ser uma obrigação para ser um prazer (WALDOW, 1998).

Na continuidade do encontro houve a seguinte representação:

*“o paciente e o familiar formam uma peça única. Mas, de repente acontece algo que os separa, como por exemplo a doença. A doença é uma causa de separação física e eu vejo nós enfermeiros como pontes, fazendo uma ligação entre o paciente e família. Então, nós servimos de ligação e eu acho que é nesse ponto que temos que melhorar”* (Camomila).

Na representação do seu objeto intermediário, Camomila evidencia a importância do papel do enfermeiro para ampliar e concretizar a participação da família. A sua fala denota a consciência de que precisamos modificar nosso papel atual, com vistas a incluir o familiar no cuidado.

Em congruência, Bétula afirmou que: *“a enfermeira tem um potencial muito grande não explorado. E uma coisa que eu vi no mestrado, em termos de formação acadêmica, a enfermeira é pessoa mais habilitada para se relacionar socialmente”*. É possível perceber que, através de um novo período de educação formal, ela verificou que o enfermeiro tem um papel essencial e está qualificado para desenvolver integração entre família e equipe de saúde. No entanto, é preciso um despertar da ampla maioria dos enfermeiros, pois como disse Bétula *“... não há uma valorização do próprio enfermeiro, quanto a isso”*.

A nossa experiência profissional demonstra que muitos familiares temem estarem presentes no CTI. Esta unidade é uma realidade bastante assustadora para família. No entanto, cabe ao enfermeiro orientar a família, salientando a sua importância na

recuperação do cliente crítico. Ainda precisamos descobrir a melhor forma de envolver a família. Não existe uma receita, pois cada família é única e só saberemos como envolvê-la, descobrindo suas particularidades e seus potenciais. Acreditamos que só iremos cuidar integralmente quando rompermos com os nossos preconceitos e incluímos o livre arbítrio do cliente e sua família em nossas decisões.

Atualmente, a família tem obtido mais acesso ao CTI do HCPA, fora do horário de visitas. Têm recebido mais informações, principalmente do enfermeiro. Porém, ainda temos bastante dificuldade de permitir a participação do familiar nas decisões sobre o plano de cuidados. Talvez, contribua para isso, o modo de pensar e fazer a enfermagem que tínhamos e ainda temos, o que traduz-se na fala de Camomila:

*“... A família não tem o que fazer. Não tem o que fazer entre aspas, a gente acha isso. **Você vê a família quase que secundária, porque nós é que temos que cuidar. É como se o paciente fosse nosso e não da família.** Então, a gente não vê a família como participante do cuidado do paciente”* (grifo nosso).

Neste momento, surgiram intervenções que salientam a necessidade de mudança, mas que valorizam e reconhecem o valor do grupo de enfermeiros. Formou-se, então, a categoria que aponta à *valorização do trabalho* realizado, mas prenuncia **a vontade de aperfeiçoar o atendimento aos familiares:**

*“tem que melhorar”* (Erva-doce).

*“tem que melhorar. Eu acho que todas temos um monte de coisas boas. Os familiares, no geral, são bem atendidos. O que falta um pouquinho para nós é, eu acho, talvez um pouco mais de sensibilização. Saber que a coisa é uma coisa contínua, que tem que ser melhorada”* (Camomila).

As falas a seguir formam a categoria que diz respeito a **aceitação do grupo em relação à participação da família**. Além disso, as falas trazem algumas propostas para viabilizar essa participação. Também apontam a dificuldade do enfermeiro em definir/identificar o familiar cuidador.

*“tem que identificar qual a pessoa que é mais presente e se ela vai poder ficar mais tempo” (Erva-doce).*

*“... que o familiar passe com o paciente quando sair do CTI, no andar. **Que ele saiba que o paciente está saindo do CTI e que nesse primeiro dia é importante a sua presença**” (Camomila) (grifo nosso).*

Reconhecer como é importante a presença do familiar, mesmo que seja apenas no momento da alta do CTI, indica avançar na valorização da família no contexto do cuidado. Porém, ainda precisamos despertar para orientação do cliente e sua família desde a internação, deixando-os participar do cuidado intensivo, ouvindo suas sugestões e preparando-os, gradativamente, para a continuidade do cuidado voluntário na unidade de internação e também para o cuidado domiciliar. É o momento para ações de educação em saúde, pensando na qualidade de vida deste cliente e sua família.

Em relação à identificação do familiar cuidador, da discussão cabe salientar a seguinte fala:

*“o termo não é responsável. Por exemplo, quem mantém esse paciente, quem traz fralda descartável, quem dá comida sou eu, mas eu não presto cuidados diretos a ele” (Canela).*

Neste sentido, podemos pensar que deveríamos identificar o familiar cuidador e com ele decidir como participar e o que orientar, de acordo com a sua individualidade e suas possibilidades.

A vivência da oficina provocou **o verdadeiro partilhar de experiências** culminando, deste momento, uma categoria que possibilitou a todas rever concepções e posicionamentos.

*“eu acho que a gente vai ter que repensar a história do familiar vir chorar do lado do corpo do paciente. Eu acho que a gente faz tudo enquanto ele está vivo. A gente trata bem o familiar. Aí, tu faz tudo isso, o paciente não se recupera e acaba morrendo. Isso aí já é um sentimento de perda, de impotência.(...) então, além de tu ter todo aquele teu estresse no dia a dia, aí tu chega e ainda tem que ver um filho, um pai chorando. Então, porque a gente não deixa esses familiares ver o corpo já pronto lá no necrotério. A maioria dos funcionários fica muito triste, não agüenta ver isso” (Alcachofra).*

*“eu acredito que para o funcionário se faz necessário ver a família ali chorando do lado, porque daí eles vêm “puxa, é uma pessoa que está ali, não é um ser inanimado”. Porque se não fica muito mecânico, tamponou e pronto pega a “maquinha”. Agora, se eles percebem que aquela pessoa tinha uma relação familiar e que era uma pessoa querida ...”* (Camomila).

*“é isso ajuda na humanização”* (Alcachofra).

O partilhar de experiências pode ser vivido no cotidiano do trabalho da terapia intensiva, desde que estejamos abertos a viver este encontro com o outro. Os momentos de educação continuada podem ser, também, palco para estas experiências, pois o processo educativo é utilizado em saúde como um caminho a ser percorrido na constante busca do mais-ser. De acordo com Freire (1997, p. 25), “educar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou sua construção”. Assim sendo, a educação que se preocupa com o ser humano é aquela que promove e permite o vir a ser.

A sensibilização dos enfermeiros do CTI do HCPA, através da educação continuada, para a valorização da participação da família no cuidado intensivo, mostrou ser um dos caminhos possíveis para que isso possa ocorrer. Porque usar o verbo no futuro, ao invés de afirmar que isso já tenha ocorrido? Porque acreditamos que o início do processo de sensibilização possa ocorrer em seis encontros de uma oficina, mas, por outro lado, só a prática cotidiana destes enfermeiros poderá afirmar se houve ou não a real sensibilização para esta causa.

Os encontros foram recheados com muitas reflexões e com um bem viver nestes dias, pois nos redescobrimos durante a prática assistencial, através do partilhar de experiências. Cremos ter havido um despertar para o tema, mas é a continuidade do trabalho que poderá realmente contribuir para uma mudança mais efetiva na prática com a família do cliente crítico.

Para o desenvolvimento da prática assistencial, tivemos que vencer alguns obstáculos como: o período de desenvolvimento do projeto que coincidiu com época de férias de um número elevado de enfermeiros; a adequação do cronograma para uma equipe que trabalha em turnos diversos e o curto espaço de tempo para a realização de um projeto cujo objetivo estava centrado na sensibilização.

Os obstáculos foram vencidos graças à disposição destes enfermeiros que dispuseram do seu tempo livre e até mesmo de suas horas de férias para participarem de forma magnífica dos encontros. A proposta de um trabalho sob forma de oficina, julgamos ter contribuído para o êxito do trabalho.

Durante a oficina, em alguns momentos, encontramos dificuldade para manter a objetividade, muito provavelmente, devido a inexperiência em coordenar oficinas e a necessidade evidente de socialização de uma prática que é coletiva.

A validação do trabalho parece estar clara nesta fala:

*“tu estás de parabéns, porque a família merece e o grupo merece, todos merecem. Acho que é uma oportunidade, realmente de trabalhar o grupo. Não é uma coisa que está sendo obrigada a fazer, aí as pessoas estão comprometidas, daí a coisa flui. Tu estás de parabéns por encarar um trabalho desse, porque mexe com muita coisa”* (Hortelã).

Também cabe aqui assinalar que através dos relatos, foi possível perceber que a vivência destes dias trouxe a possibilidade de revermos nossas concepções sobre a importância da família no cuidado ao cliente crítico, assim como nos oportunizou um novo olhar sobre a nossa prática.

*“não sendo como um “adversário” e sim como um companheiro”* (Malva).

*“na verdade minhas crenças não mudaram, apenas a necessidade que sinto e percebo que nos falta, de ter um trabalho mais atuante envolvendo o familiar. É animador ver que existe uma colega com espírito empreendedor para iniciar esta tarefa que é difícil e precisa da colaboração dos demais. (...) Sensibilizar não é tarefa fácil, é preciso encontrar fórmulas adequadas a nossa realidade sócio-econômica. Realmente, o fim dos nossos encontros sinaliza para o início de um trabalho maior”* (Camomila).

Em virtude dessas considerações, nos resta afirmar que o trabalho apenas está começando e muito temos para fazer. A essência deste trabalho foi a reflexão. Entretanto, o ponto culminante foi a conquista de novos companheiros para este projeto, que

visa aproximar a família do cenário do cuidado intensivo, pretendendo alcançar os princípios do SUS e acima de tudo, o alcance da cidadania dos profissionais e dos clientes da terapia intensiva.

#### 4 REFLEXÕES FINAIS

Transformar é a palavra chave para a enfermagem do terceiro milênio. Somos uma profissão que avança. Conquistar novos espaços e mais autonomia está nos planos de uma enfermagem inovadora e humanizada.

O exercício da reflexão durante a vivência grupal de uma oficina demonstrou a possibilidade de um encontro com uma enfermagem disposta à transformação. Embora o exercício da enfermagem venha modificando-se, ainda estamos mergulhados no fazer técnico, não nos permitindo refletir sobre nossas ações, o que deixa poucas possibilidades a um despertar para novas perspectivas do cuidado humano. Por outro lado, a educação transformadora revela ainda mais o nosso inacabamento e essa consciência nos faz seres éticos e nos conduz a um permanente movimento de procura e transformação (FREIRE, 1997).

Um momento de ensino/aprendizagem com a utilização das técnicas de dinâmica de grupo e do lúdico desvelou o que temos de melhor, ou seja, nossas emoções, nossas experiências, nossa criatividade e nossas possibilidades de transformar nosso mundo vivido e dentro dele, o mundo do trabalho. Essas características são tão essenciais para a enfermagem transformadora que queremos, mas que em nosso cotidiano de trabalho encontram-se adormecidas pelo exercício do fazer algo distanciado do pensar. Mudar este cenário inclui despertar em nós os atores criativos que deixamos adormecer. Sem dúvida, deixar emergir o melhor de nós foi o que guiou os encontros desta oficina.

Desta forma, o que mais desejamos com este trabalho é que a alegria, a criatividade e a reflexão exercitadas durante este período possam viger em nossa prática, propiciando a participação do cliente e sua família nas decisões e no cuidado, sempre respeitando o desejo desta família em participar ou não. A aproximação entre a família do cliente crítico e o enfermeiro poderá possibilitar também uma aproximação com o mundo vivido destes em sua comunidade. O enfermeiro que voltar-se para o cuidado humano, visando atingir a integralidade, estará de mãos dadas com a educação e com o compartilhar de experiências.



Deixamos, como reflexão final, a certeza de que a construção do cuidado humano consolida-se através da construção da cidadania e de uma enfermagem envolvida nos movimentos de transformação social, com vistas a mudar o cenário do cuidado intensivo. Neste espaço, alicerçada, está a educação “que tenha como essência a construção do homem e da sociedade enquanto sujeitos de sua própria história” (GONZAGA, 1992). Reconhecer novas dimensões de atuação do enfermeiro, demonstra o compromisso de estar engajado na construção de um projeto coletivo articulado ao conjunto de outras práticas sociais, cientes de que este exercício resultará em um mundo melhor e numa enfermagem transformada e transformadora.

#### **ABSTRACT**

*The aim of this work was to sensitize the nurses of the an intensive care unit, through continued education, to the importance of planning the care of the critical clients in partnership with them and their families. By doing so we meant to amplify the humanization and to bring Public Health System prerogatives closer to nursing practice. The nurses attended a workshop and from their reports emerged some categories of analysis that at some moments show resistance to modify the present practice and at other moments, the desire to transform the reality they live in, sensitizing them to the thematic.*

**KEY WORDS:** *intensive care units; intensive care; education, nursing, continuing; family.*

#### **RESUMEN**

*El objetivo de este trabajo fué sensibilizar a los enfermeros de una unidad de terapia intensiva, a través de la educación continuada, para la importancia de planear el cuidado al paciente grave conjuntamente con el y su familia, con el objetivo de ampliar la humanización del atendimento y hacer con que las prerrogativas del Sistema Único de Salud (SUS) se tornen más presentes en el área de enfermería. La práctica asistencial ocurrió*

*a través de un “taller y, a partir de los relatos de los enfermeros participantes, emergieron algunas categorías de análisis que demuestran, de un lado, la resistencia para modificar la práctica y, de otro, el deseo de transformar la realidad vivida, sensibilizándolos para la temática.*

**DESCRIPTORES:** unidades de terapia intensiva; cuidados intensivos; educación continua en enfermería; família.

## REFERÊNCIAS

BISAILLON, S. *et al.* Family partnership in care: integrating families into the coronary Intensive Care Unit. **Canadian Journal of Cardiovascular Nursing**, Ottawa, v. 8, n. 4, p. 43-46, 1997.

BUENO, Francisco da Silveira. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. 11. ed. 10. tiragem. Rio de Janeiro: FAE, 1986.

CARRARO, Vanderlei. **O ser humano inconsciente**: como o seu familiar o compreende. Porto Alegre, 1998. 111 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Expansão Pólo III - UFSC - UFRGS, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

DOMINGUES, I. C. *et al.* Orientações aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 39-48, mar. 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1997. 165 p.

GOMES, Romeu. Análise de dados em pesquisa quantitativa. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 67-80. (Coleção temas sociais).

GONZAGA, Flávia Regina S. Ramos. O processo educativo em saúde como prática assistencial: relato de experiência. **Texto e Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 116-136, jan./jun. 1992.

MIRANDA, Simão de. **Oficina de dinâmica de grupos para empresas, escolas e grupos comunitários**. Campinas, SP: Papirus, 1996. 63 p.

MONTICELLI, Marisa. As ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. **Texto e Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 7-16, jul./dez. 1994.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

PRAEGER, Susan G.; HOGARTH, Christina R. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. *In*: GEORGE, Julia B. *et al.* **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 242-253.

TAKAHASHI, Edna Ikumi Umebayashi. Visitas em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 113-115, jul./set. 1986.

VIEIRA, Debora Feijó Villas Boas *et al.* Permanência do familiar no CTI: nível de satisfação do profissional. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA INTENSIVA, 9, 2000, Belo Horizonte, 2000. **Anais** [Resumos]. Belo Horizonte: AMIB, 2000. p. 113. Resumo P- 147.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998. 204 p.

YOZO, Ronaldo Yudi K. **100 jogos para grupos**: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. São Paulo: Agora. 1996, 191 p.

Entrada na revista: 11/05/01

Início do período de reformulações: 20/08/01

Aprovação final: 20/11/01

---

Endereço da autora: Luciana Winterkorn Dezorzi  
Author's address: Av. Fabio Araújo dos Santos, 1391 Ap. 247  
Bloco C - Nonoai  
91.720-390 - Porto Alegre - RS