

ESTRATÉGIAS PARA O ACOLHIMENTO DOS FAMILIARES DOS PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

STRATEGIES FOR THE RECEPTION OF RELATIVES OF PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ESTRATEGIAS PARA LA RECEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES EN LA
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Eleine Maestri^I
Eliane Regina Pereira do Nascimento^{II}
Kátia Cilene Godinho Bertencello^{III}
Josiane de Jesus Martins^{IV}

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada na unidade de terapia intensiva de adulto de um hospital público no Sul do Brasil, com o objetivo de identificar quais são as estratégias de acolhimento implementadas pelos enfermeiros, aos familiares dos pacientes desta unidade. A coleta foi realizada em julho de 2008, com seis enfermeiros, por meio de entrevista semiestruturada e observação. Para análise, utilizou-se como referencial metodológico o *discurso do sujeito coletivo*. Os resultados deram origem a três discursos: recepcionar os familiares na admissão; o contato telefônico com os familiares; e a relação dialógica no horário de visitas. Entre as estratégias adotadas encontram-se: preparar o familiar para entrar na unidade; informar por telefone quando ocorre piora do quadro clínico e na alta; estar presente a beira do leito durante a visita para esclarecimento de dúvidas.

Palavras-chave: Unidade de terapia intensiva; acolhimento; estratégia; enfermagem.

ABSTRACT: This is a qualitative study conducted in the intensive care unit (ICU) in a public hospital in Southern Brazil. It aimed at identifying the nurses' strategies implemented in their relation with family members of patients interned in that unit. Data collection was held in July, 2008, with the participation of six nurses on the basis of a semi-structured interview and observation. For analysis, the *collective subject discourse* was used as a methodological framework. Results originated three discourses: family welcome upon admission; telephone contacts with relatives; and dialogic relationship upon visits. Among the adopted strategies, the following stand out: preparing the relative to enter the unit; telephone reporting of aggravation in clinical condition and of discharge; offering availability at bedside for addressing questions during the visit.

Keywords: Intensive care unit; user embracement; strategies; nursing.

RESUMEN: Se trata de un estudio cualitativo realizado en la unidad de terapia intensiva de un hospital público en el Sur de Brasil, que tuvo como objetivo identificar las estrategias de recepción aplicadas por los enfermeros a los familiares de pacientes en esta unidad. La recolección de datos ocurrió en julio de 2008, con seis enfermeros, a través de entrevista semiestruturada y observación. Para el análisis, se utilizó el *discurso del sujeto colectivo*. Los resultados llevaron a los tres discursos: la recepción de los familiares, contacto telefónico con los familiares y la relación dialógica en el tiempo de visitas. Entre las estrategias adoptadas: preparación de la familia para el ingreso en la unidad, comunicar por teléfono cuando hay un empeoramiento del estado clínico y alta, estar presente en la cabecera del paciente durante la visita para responder a las preguntas.

Palabras clave: Unidad de terapia intensiva; acogimiento; estrategia; enfermería.

INTRODUÇÃO

Acolher significa receber, recepcionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos, e como corresponsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva individual como do ponto de vista coletivo¹.

Visando o acolhimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde do Brasil lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) que tem como objetivo principal aprimorar as relações dos pro-

^IEnfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Terapia Intensiva. Professora Assistente da Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, Brasil. E-mail: eleinemaestri@gmail.com

^{II}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: pongopam@terra.com.br.

^{III}Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo. Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: kbertoncello@yahoo.com.br.

^{IV}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: josiane.jesus@gmail.com.

fissionais da saúde, com os usuários, na busca do atendimento às suas necessidades².

Muitos são os sentimentos dos familiares de pacientes de unidade de terapia intensiva: a angústia, o desespero, o medo da morte, a esperança^{3,4}, o medo do desconhecido, a ansiedade^{4,6}, tristeza, sofrimento e impotência^{4,7,8}. Identificá-las pode favorecer uma assistência acolhedora a essa clientela.

Os familiares apontam como principais necessidades: começar a visita na hora marcada, necessidade de suporte e informação⁹, necessidade de expressar sentimentos ao seu familiar internado, como carinho e arrependimento^{10,11}.

Frente ao exposto aliado à vivência no cuidado em unidade de terapia intensiva (UTI), pode-se inferir que, na maioria das vezes, a relação entre familiares e os profissionais se dá de forma tênue, considerando pouco os sentimentos e as reais necessidades dos familiares.

Diante desse contexto, realizou-se um estudo que teve por objetivo identificar as estratégias de acolhimento, implementadas pelos enfermeiros, aos familiares dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva.

REFERENCIAL TEÓRICO

O acolhimento expressa uma ação de aproximação, uma atitude de inclusão que implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém². É exatamente nesse sentido, de ação de estar com ou estar perto de, que a PNH afirma o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política do SUS: ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia a dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste estar com, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros².

Entende-se que o acolhimento concebido desta forma deve estar inserido em todos os ambientes de atenção à saúde, principalmente onde existe o risco iminente de morte, como o que ocorre nas unidades críticas de cuidado e que deve ser extensivo aos familiares dos pacientes.

Reorganizar o cenário de trabalho cujas ações ainda estão centradas no modelo tecnicista, voltado para a doença e não para o sujeito e quase que exclusivamente para a pessoa internada, desconsiderando o seu familiar, é um trabalho árduo e um desafio para a enfermagem, em especial a que atua em unidades de alta complexidade, como as UTIs⁴.

Em um estudo realizado em UTI, constatou-se que o relacionamento da equipe de enfermagem com os familiares foi formal, burocrático e, sobretudo, despersonalizado. O diálogo com a família foi superficial, o enfermeiro estava ausente a maior parte do tempo e os funcionários da unidade evitavam o contato com os familiares⁶. O acolhimento se configura como uma atividade que inclui o sujeito e seu contexto social, a ambiência, a organização do serviço, a relação entre profissionais de enfermagem e usuários em busca de uma resolução em termos de saúde¹².

Estabelecer, desde o início do encontro, um vínculo de confiança na relação é uma das formas que possibilitam que as famílias sintam-se ouvidas, compreendidas e compartilhem a responsabilidade de cuidar de si e dos demais membros da sua família¹³. Dessa forma, a postura acolhedora dos profissionais do serviço é primordial para que se estabeleça o acolhimento e a humanização da assistência. Nesse sentido, o acolhimento precisa ser instituído como prática cotidiana, que visa compreender o que os usuários nos dizem, ouvindo-os, favorecendo o diálogo¹⁴.

Essa relação dialógica deve propiciar à família perceber na enfermagem possibilidades de ajuda e de suporte⁴. Estabelecer estratégias para a promoção do acolhimento a pacientes e seus familiares em ambiente de terapia intensiva deve ser uma meta a ser atingida pelos profissionais de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória descritiva, realizada com seis enfermeiros que atuam na UTI geral com 10 leitos, de um hospital público de grande porte, referência da região Sul do Brasil. A equipe de enfermagem é composta por seis enfermeiros e 26 técnicos de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual, semiestruturada e observação não participante, no mês de julho 2008, após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (protocolo n° 342/2007). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado o sigilo quanto às informações prestadas e à identidade dos mesmos, atendendo à Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde¹⁵.

Os enfermeiros foram questionados sobre como acolhiam os familiares dos pacientes internados naquele serviço. As entrevistas foram agendadas e realizadas no local e no horário de trabalho, em ambiente privativo, foram gravadas em formato MP3 e transcritas posteriormente. Para preservar a identidade dos enfermeiros, utilizou-se para identificação o código por numeração de ordem de execução, por exemplo: enfermeiro 1 (E1), enfermeiro 2 (E2) e assim sucessivamente.

A observação não participante foi realizada durante sete dias nos períodos manhã e tarde, com a finalidade de acompanhar como as estratégias relatadas nas entrevistas eram implementadas e identificar outras ações de acolhimento não referidas nas entrevistas. Utilizou-se o registro dessas informações nas discussões dos dados.

Para o tratamento dos dados, adotou-se processo metodológico do discurso do sujeito coletivo (DSC)¹⁶. Os procedimentos de construção do DSC obedeceram às seguintes etapas: leitura dos discursos individuais e extração de temas; agrupamento dos discursos individuais relacionados aos temas; extração das expressões chave (ECHs) dos discursos individuais; agrupamento das ECHs de mesmo sentido, de sentido equivalente, ou de sentido complementar; extração da ideia central (IC) de cada agrupamento de ECHs e por último os discursos coletivos constituídos por ECHs que têm a mesma IC. O DSC é um discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular. Para esta apresentação optou-se em não mostrar os discursos individuais e as ECHs, e sim os DSC que as contêm, representados por DSC 1, DSC 2 e DSC 3 para diferenciá-los.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, as estratégias de acolhimento implementadas na UTI são: recepcionar os familiares na admissão; o contato telefônico com os familiares e a relação dialógica no horário de visitas.

Ideia central: recepcionar os familiares na admissão

É importante receber bem as pessoas, tranquilizar e acolher. Procuo me apresentar quando é a primeira vez que estou entrando em contato com a família. Falo meu nome, o que eu faço aqui no setor, que horário eu trabalho. Pergunto se já entrou em uma UTI, porque lá dentro vai ver paciente intubado, no ventilador. Tem que preparar quem chega neste ambiente. Depois explico as rotinas da UTI e digo que o paciente veio para cá porque precisa de uma observação contínua, de um suporte mais avançado. Conheço muito mais o paciente quando há contato com a família. Você vai perguntando sobre o paciente, principalmente sobre o que não se comunica. Percebi que tanto paciente como a família ficam mais tranquilos se o familiar o vê após os primeiros cuidados. É rápido e não atrapalha o serviço. Se eu não puder atender na hora um funcionário orienta os familiares para aguardarem. (DSC 1)

Uma das estratégias relatadas é preparar o familiar para a entrada na UTI. Em estudo realizado⁸ com o objetivo de conhecer a experiência dos familiares com a internação na UTI, foi referido que preocupação dos profissionais de enfermagem era recepcionar o paciente, cuidar dele, dando pouca importância a

familiar na sala de estar. É necessário dispor de tempo para conversar e prestar todo o apoio possível, explicando claramente a evolução do paciente, as rotinas do setor, a função dos equipamentos⁸.

A expressão *conheço muito mais o paciente quando há contato com a família* encontra aderência no estudo que concebe que o contato significativo com a família pode aproximar o profissional do paciente, incorporando, aos cuidados dos pacientes, elementos que ultrapassam a visão estritamente biológica⁷.

A presença do enfermeiro e da equipe interagindo com a família, que se sente alheia e insegura nesse contexto, facilita a vivência da hospitalização. A família sente necessidade de atenção de um profissional para obter informações sobre como seu familiar passou o dia, as intercorrências e as da unidade¹⁷.

Muitas UTIs não dispõem de boxes individualizados, locais reservados para a comunicação com familiares e políticas de flexibilização do acesso, nem mesmo para os familiares de pacientes em situação de terminalidade. Esses aspectos contribuem de forma marcante para ocorrência de estresse, ansiedade e depressão nos familiares, bem como a insatisfação com a assistência prestada^{3,18}.

Na unidade, contexto deste estudo, o enfermeiro sempre realiza o acolhimento aos familiares. A escriturária ou outro funcionário que não está envolvido diretamente no cuidado ao paciente recém internado informa aos familiares, na sala de espera, que o enfermeiro de plantão irá conversar com eles.

Para acolher a família, na sala de espera, dentro da UTI, após se apresentar, o enfermeiro senta ao lado dos familiares manifestando seu interesse e disponibilidade de estar com eles, priorizando este momento. Os demais integrantes da equipe não interrompem este encontro, salvo em situações de urgência na unidade. O enfermeiro geralmente inicia orientando sobre as possibilidades que o cuidado intensivo oferece para o paciente procurando minimizar o estresse desencadeado nesta ocasião. É fornecida abertura para o familiar relatar as informações que considera pertinente e manifestar suas preocupações de modo que o enfermeiro direcione o seu cuidado para as necessidades específicas dos familiares.

É essencial o acompanhamento do familiar, pela enfermagem, durante a internação, principalmente no momento da primeira visita ao seu familiar hospitalizado, para lhe prestar apoio e orientação no que for necessário, além do que essa atitude poderá minimizar a visão da unidade como hostil¹⁹. Em estudo realizado²⁰, foi constatado que a maioria (52,63%) dos enfermeiros realiza a orientação na primeira visita, as orientações mais fornecidas (18,27%) são quanto às normas e rotinas e à situação em que o paciente se encontra.

Na admissão, após o paciente receber os cuidados imediatos, o enfermeiro acompanha o familiar até o paciente, estimula a aproximação de ambos e oportuniza um momento reservado entre eles. Na saída o enfermeiro acompanha o familiar, esclarece dúvidas que surgiram no momento e despede-se afirmando o empenho da equipe para a recuperação da saúde do paciente. Muitas vezes nesse instante, ocorre a solicitação da família para que o enfermeiro cuide do paciente como se fosse um familiar dele.

Diante do adoecimento de um ente querido e a internação dele na UTI, os familiares têm a expectativa de compreender, assimilar o adoecimento do mesmo, bem como de resolver a sua dificuldade de visualizar a recuperação do seu familiar. Ultrapassando os sentimentos de medo, ansiedade e insegurança iniciais, expressam expectativas positivas em relação à internação do cliente. Imaginam que através do acolhimento e as informações sobre saúde do mesmo definirão melhor seus sentimentos direcionando seus objetivos para aguardar a esperada recuperação²¹.

Durante a assistência, os enfermeiros demonstraram a preocupação com a quebra do instituído, de acordo com a particularidade de cada situação. Foram permitidas exceções como: trazer um rádio, um livro, acolher os familiares em outros horários além do horário estipulado para a entrada da visita, solicitar a permanência de um acompanhante durante todo o período da tarde e permitir a entrada de crianças (filhos, irmãos e netos). Os familiares têm necessidade de flexibilidade de horário e maior tempo de contato com o paciente, além da necessidade de receberem mais informações²².

Ideia central: o contato telefônico com os familiares

Penso que devemos adotar o contato telefônico por rotina, para melhorar o acolhimento e criar vínculo. Agora posso informar a família por telefone sempre que ocorrer piora do quadro clínico e quando receber alta. A família geralmente pergunta: se acontecer alguma coisa vocês avisam? Geralmente só avisava em caso de óbito. Quando a intercorrência for antes do horário da visita deve-se conversar com a família antes de entrarem. Não é telefonado no meio da madrugada evitando que a família acorde assustada. Porque eu não tenho cara de ligar para a família às três horas da manhã e dizer: o seu familiar que estava conversando à tarde e dando risada morreu. Na alta telefono e informo o setor que será transferido e evita que a família chegue no horário da visita e o paciente não esteja mais na UTI. Acho que vai um pouco da sensibilidade. (DSC 2)

A família, na maior parte das vezes, é considerada como intrometida, alguém que está ali para vigiar, criticar o trabalho do profissional. Nos hospitais, raros são os profissionais da saúde que dão valor à família e a vislumbram como parte inerente do cui-

dado. Esses aspectos assinalam a necessidade de refletirmos sobre a procura de aprimoramento dos profissionais do modo de cuidar^{22,23}.

Na realidade estudada, os familiares podem telefonar para a UTI em horário estipulado para receberem informações. Foi selecionado pelos enfermeiros horários do boletim informativo, que passa a ser fornecido exclusivamente pelo enfermeiro ou pela escriturária do setor no turno matutino. Neste boletim, transmitido por telefone, mantêm-se as informações: grave, regular, ou melhor, acrescida de informações, solicitadas pela família, sobre o nível de consciência, como dormiu a noite, e se aceitou a alimentação. Por vezes, os familiares solicitam que seja dito ao paciente o nome de quem telefonou e *diga que eu o amo, avise que estamos rezando por ele*, entre outros.

Em uma pesquisa²³, foi sugerido pelos familiares que as informações telefônicas sobre o estado dos pacientes fossem claras e fornecidas por algum profissional da UTI, aspecto este reforçado em outro estudo em que os familiares solicitam clareza e objetividade das informações fornecidas pela equipe médica e de enfermagem sobre o estado clínico do paciente²².

Ao entrar em contato por telefone com o familiar, o enfermeiro sempre procura saber quem é o familiar com quem ele está falando, qual a última informação que este teve sobre o paciente e informa como ele está. Orienta a piora do quadro clínico, se for o caso, e disponibiliza para vir ao hospital visitar o paciente independente do horário. Pôde-se constatar durante a observação que o fornecimento de informações por telefone é uma atividade simples e rápida, mas carregada de significado. Essa estratégia amplia a relação de confiança e assegura aos profissionais a percepção de estar incluindo a família no processo de cuidar em UTI.

Faz-se necessária a reformulação de algumas normas e rotinas, principalmente aquelas relacionadas com os horários de visitas, o tempo de permanência dos familiares junto ao paciente e ao modo como as informações são fornecidas^{24,25}. As informações por telefone ou presenciais, dadas de forma esclarecedora, podem ser interpretadas pelos familiares como uma resposta do enfermeiro aos seus chamados para o atendimento às preocupações, dúvidas e medos.

Ideia central: a relação dialógica no horário de visitas

O funcionário responsável pela liberação da visita acolhe os visitantes se apresentando, dando boa tarde, reforçando que o tempo previsto é de uma hora e entrarão dois familiares por vez podendo haver um revezamento; orienta a importância de lavarem as mãos, os encaminha aos respectivos leitos e esclarece que o enfermeiro de plantão passará para conversar com todos. Passar a informação na beira do leito é uma oportu-

tunidade para o fortalecimento do vínculo do enfermeiro com o paciente e a família. Vou ao leito, me apresento e dou liberdade para eles perguntarem, explico e pergunto se há mais alguma curiosidade. Oriento para que servem os equipamentos, se querem saber, e estímulo o toque e a aproximação. Em situações que quero detalhar algo mais, somente com a família, peço que esperem no final e converso com eles na sala de espera da UTI. Percebo também o chamado dos familiares durante o horário de visita, quando entram e ficam procurando você com os olhos ou quando chegam à portaria do hospital e pedem informações mesmo sabendo que não é o horário. (DSC 3)

Os enfermeiros optaram por retirar o horário de visitas das 12h. Neste horário geralmente a entrada dos visitantes atrasava e conseqüentemente se limitava a 10 ou 15 minutos, inclusive coincidia com a passagem de plantão às 13h. Como estratégia a visita passou de 30 para 60 minutos, no horário das 17h às 18h, ficando os enfermeiros disponíveis para atender às necessidades dos familiares, o que não ocorria antes.

Entre as principais necessidades dos familiares encontra-se o desejo constante de comunicação com os profissionais da UTI⁸. Outros estudos apontam: poder visitar o seu familiar mais vezes durante o dia; tempo maior de visita, ter certeza que o melhor tratamento está sendo dado^{7,25}, clareza e objetividade das informações fornecidas pela equipe médica e de enfermagem; aproximação mais frequente da equipe com a família para atender às suas necessidades; maior receptividade durante o horário de visita²². Na unidade, deste estudo, geralmente nas longas internações, os enfermeiros flexibilizam horários extras. Esta atitude, acredita-se, fortalece as relações entre o profissional e o familiar.

Nas UTIs, frequentemente, os familiares se encontram desamparados, carentes de informações e sem orientação. Assim, para a qualidade da assistência em UTI o cuidado deve incluir, além do paciente, a família, ouvindo-a e incentivando-a³. Muitas vezes, não são as informações relativas ao quadro clínico e à evolução o que predominantemente interessa, o que não significa negar sua relevância, mas ampliar a noção de dar informações para acolher a família, considerando-a em seu sofrimento, atendendo às suas necessidades específicas, sejam elas: saber alguma informação, estar presente, ser escutada e confortada⁷.

CONCLUSÃO

Dos relatos obtidos emergiram três ideias centrais: recepcionar os familiares na admissão, o contato telefônico com os familiares e a relação dialógica no horário de visitas.

Evidenciou-se algumas estratégias de acolhimento na recepção dos familiares na admissão como

a apresentação do enfermeiro ao familiar, o preparo do familiar para a entrada na unidade e a orientação sobre as rotinas da UTI.

Para o acolhimento, algumas informações são dadas por telefone, como a piora da situação clínica do paciente e quando ocorre a alta. O acolhimento é promovido no horário de visitas com informação sobre a evolução clínica do assistido, acompanhamento do familiar até o leito e presença do enfermeiro ao seu lado para esclarecimento de dúvidas.

Com esta pesquisa procurou-se contribuir com o acolhimento ao familiar, não somente no ambiente da UTI ao apresentar e discutir as possibilidades de ações para que este ocorra. Julga-se que as estratégias apontadas são fáceis e não requerem muito tempo do enfermeiro para a sua implementação.

Pontua-se como limitações desta pesquisa a ausência dos demais profissionais de saúde e a falta de avaliação dos familiares quanto às estratégias adotadas.

Este estudo não teve a pretensão de esgotar as possibilidades frente ao acolhimento, contudo, ressalta-se a importância dos profissionais da saúde estarem atentos às lacunas nas relações com os familiares, nos cenários onde desenvolvem a prática assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:256-65.
2. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
3. Gotardo GIB, Silva CA. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UERJ*. 2005; 13:223-8.
4. Frizon G, Nascimento ERP, Bertonecello KCG, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32:72-8.
5. Freita KS, Kimura M, Ferreira KASL. Necessidade de família em unidade de terapia Intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15:84-92.
6. Maruiti MR, Galdeano LE, Farah OGD. Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21:636-42.
7. Urizzi F, Corrêa AC. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15:598-604.
8. Bettinelli LA, Rosa J, Erdmann AL. Internação em unidade de terapia intensiva: experiência de familiares. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007; 28:377-84.
9. Lemos RCA, Rossi LA. O significado cultural atribuído ao

- centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002;10:345-57.
10. Puggina ACGA, Silva MJP, Araújo MMT. Mensagens dos familiares de pacientes em estado de coma: a esperança como elemento comum. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21:249-55.
 11. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto contexto-enferm*. 2008; 17:81-9.
 12. Barros SDO, Lopes JCQ, Melo RM. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam esta prática. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18:598-603.
 13. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:457-62.
 14. Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS*. 2008; 11:74-84.
 15. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CNS; 1996.
 16. Lefèvre F, Lefèvre AM. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa desdobramentos. Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2005.
 17. Beccaria LM. Visita em unidades de terapia intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arq Ciênc Saúde*. 2008; 2:65-69.
 18. Toffoletto MC, Zanei SSV, Hora EC, Nogueira GP, Miyadahira AMK, Kimura M, et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas unidades de terapia intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18:307-12.
 19. Comasseto I, Enders BC. Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30:46-53.
 20. Silva ND, Contrin LM. Orientações do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na UTI no momento da visita. *Arq Ciênc Saúde*. 2007; 3:148-52.
 21. Silva FS, Santos I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: Estudo sociopoético. *Esc Anna Nery*. 2010; 14:230-5.
 22. Marques RC, Silva MJP, Maia FOM. Comunicação entre profissional e saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:91-5.
 23. Barbosa EMA, Brasil VV. Boletim informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. *Rev Eletr Enf*. 2007; 9:315-28.
 24. Faquinello P, Dióz M. A UTI na ótica de pacientes. *Rev Min Enferm*. 2007; 11:41-7.
 25. Victor ACS. Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. *Acta Sci Health Sci*. 2003; 25:199-206.