

As relações da enfermagem na unidade de terapia intensiva no olhar de Paterson e Zderad

Intensive care unit nursing relationships in the view of Paterson and Zderad

Relaciones de la enfermería en la unidad de cuidados intensivos en la mirada de Paterson y Zderad

Eliane Regina Pereira do Nascimento^I; Juliana El Hage Meyer de Barros Gulini^{II}; Ana Paula Minuzzi^{III}; Maira Antonello Rasia^{IV}; Rutes de Fátima Terres Danczuk^V; Bruna Caroline de Souza^{VI}

RESUMO

Objetivo: analisar as relações dos profissionais de enfermagem com os pacientes e familiares de uma unidade de terapia intensiva à luz das concepções de Paterson e Zderad. **Método:** estudo descritivo, abordagem qualitativa, tendo como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada realizada com 26 profissionais de enfermagem do Hospital Universitário de Florianópolis, no Estado de Santa Catarina, entre junho e dezembro de 2002, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer nº 035/2002. Para análise, adotou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** os profissionais estabelecem relações de poder com os pacientes e de distanciamento com os familiares. **Conclusão:** no olhar de Paterson e Zderad, a enfermagem da unidade de terapia intensiva não estabelece com os pacientes e familiares uma relação dialógica que valorize a subjetividade, o encontro, o chamado e a resposta. **Palavras-chave:** Unidade de terapia intensiva; enfermagem; relações enfermeiro-paciente; relações profissional-família.

ABSTRACT

Objective: to examine, in the light of Paterson and Zderad, how nurses relate to patients and relatives in an intensive care unit. **Method:** this qualitative, descriptive study, which collected data using semi-structured interviews of 26 nursing professionals at Florianópolis University Hospital, Santa Catarina State, from June to December 2002, was approved by the research ethics committee (Opinion No. 035/2002). Data was analyzed using the Collective Subject Discourse technique. **Results:** nurses establish power relationships with patients, and distance themselves from family members. **Conclusion:** in the view of Paterson and Zderad, intensive care nurses do not establish a dialogical relationship with patients and relatives that values subjectivity, encounter, call and response. **Keywords:** Intensive care unit; nursing; nurse patient relationships; family-professional relationship.

RESUMEN

Objetivo: analizar la relación de los enfermeros con los pacientes y familiares de una unidad de cuidados intensivos a la luz de las concepciones de Paterson y Zderad. **Método:** estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, cuya técnica de recolección de datos fue una entrevista semiestructurada realizada junto a 26 profesionales de enfermería del Hospital Universitario de Florianópolis, Santa Catarina, de junio a diciembre de 2002, aprobado por el Comité de Ética en Investigación, Dictamen Nº 035/2002. Para el análisis, se adoptó la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** los profesionales establecen relaciones de poder hacia los pacientes y de distanciamiento hacia los miembros de la familia. **Conclusión:** a los ojos de Paterson y Zderad, la enfermería de la unidad de cuidados intensivos no establece con los pacientes y sus familias una relación de diálogo que valore la subjetividad, el encuentro, la llamada y la respuesta. **Palabras clave:** Unidad de cuidados intensivos; enfermería; relaciones enfermera-paciente; relación entre familias y profesionales.

INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado de parte da tese desenvolvida em uma unidade de terapia intensiva (UTI), durante o curso de doutorado em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A UTI é um conturbado ambiente de aparelhagens múltiplas, onde os pacientes

convivem com a impessoalidade, falta de privacidade, dependência de equipamentos tecnológicos, isolamento social, rotinas rígidas, situações de emergência, pouca comunicação, risco de morte dentre outros. Com essas características, a UTI é totalmente diferente de outras

^IDoutora em Enfermagem, Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: pongopam@terra.com.br.

^{II}Doutora em Enfermagem, Fisioterapeuta da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. E-mail: julianagulini75@gmail.com.

^{III}Mestre em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Enfermeira do Núcleo de Desenvolvimento Infantil da Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: annaminuzzi@yahoo.com.br.

^{IV}Mestre Multidisciplinar em Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina, Enfermeira da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais. Brasil. E-mail: mairarasia@gmail.com.

^VEnfermeira, Especialista em Gerontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: rutes40@yahoo.com.br.

^{VI}Enfermeira. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: brunika@hotmai.com.

unidades de internação e, sobretudo, do ambiente residencial do paciente e seus familiares^{1,2}.

No entanto, também, é considerado, por pacientes e familiares, um lugar de esperança, de chance de sobrevivência, decorrente da aparelhagem sofisticada e da presença constante de uma equipe especializada para o cuidado às pessoas em situações críticas³.

Em meio a este cenário, o distanciamento das relações dos profissionais com os pacientes e familiares torna a hospitalização ainda mais difícil de ser enfrentada. Prover cuidado com qualidade e segurança, além de conferir satisfação ao enfermeiro, também satisfaz aos pacientes, por possibilitar o cuidado efetivo, com atenção e dedicação. O processo de trabalho cuidar revela-se a essência das atividades do enfermeiro⁴.

Acredita-se que uma ferramenta indispensável nessa ajuda seja o diálogo. Não o diálogo somente como uma conversa entre duas pessoas, mas como um relacionamento em que ocorre um verdadeiro partilhar, uma transação intersubjetiva, isto é, a relação de um indivíduo único (eu) com outro também único (tu)⁵.

Dessa forma, a pesquisa teve como objetivo analisar as relações dos profissionais de enfermagem com os pacientes e familiares de uma unidade de terapia intensiva à luz das concepções de Paterson e Zderad⁵.

REFERENCIAL TEÓRICO

As concepções sobre o diálogo

O Modelo Teórico de Paterson e Zderad traz o diálogo como conceito central e possibilita a enfermagem conciliar razão e sensibilidade, subjetividade e objetividade no ato de cuidar⁵. Para fundamentar o modelo teórico, as autoras utilizaram as concepções de alguns filósofos, dentre eles, o filósofo do diálogo, Martin Buber. Para esse autor, as relações entre as pessoas ocorrem de duas maneiras diferentes, porém necessárias: a relação eu/tu e a relação eu/isso. A relação eu/tu é uma atitude de genuíno interesse na pessoa com quem estamos interagindo. Valorizamos sua singularidade, é uma relação de intersubjetividade. A relação eu/isso ocorre quando o outro é um objeto para nós, utilizado como um meio para um fim⁶.

O diálogo pode acontecer por meio do encontro, do relacionamento, da presença, de uma chamada e uma resposta⁵. É através do encontro que o outro não é um indivíduo impessoal, um ele ou ela, mas torna-se um tu sensível e próximo do eu⁵. O relacionamento significa estar com o outro. Existem duas maneiras do ser humano se relacionar: como sujeito com o objeto e como sujeito com o sujeito, ambas são integrantes da enfermagem humanística⁵.

No diálogo genuíno, o ser humano relaciona-se com o outro como uma presença. Estar presente significa ser acessível ao outro, estar aberto ao outro, disponível. A chamada e a resposta no diálogo da enfer-

magem ocorrem de forma verbal e não verbal, referem-se à capacidade dos trabalhadores de enfermagem de se relacionarem com os aspectos subjetivos e objetivos da situação vivida. Ocorrem em ambas as direções⁵.

A enfermagem é uma resposta de cuidado a um chamado de ajuda que ocorre por meio da compreensão do significado de experiências de vida e busca de potenciais. Durante o encontro, a relação inter-humana estará intencionalmente voltada para o bem-estar e o estar melhor. A Enfermagem, portanto, é um diálogo vivido do enfermeiro e outra pessoa, relacionando-se pelo encontrar-se, pelo estar presente. Para atendê-la, é necessário considerá-la como um fenômeno que ocorre no mundo real das vivências humanas, variando conforme o doente, sua idade, a situação clínica, sua incapacidade – dentre outros –, bem como a percepção do enfermeiro acerca da necessidade e suas atitudes para responder a ela⁵.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado na UTI do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina na cidade de Florianópolis, do Estado de Santa Catarina, com os profissionais de enfermagem.

Estabeleceu-se como critério de inclusão dos participantes sua atuação na UTI há, no mínimo, três meses e estar em exercício profissional no período de coleta de dados. Do total de 33 profissionais de enfermagem da UTI, participaram deste estudo 26; destes, oito eram enfermeiros e 18 profissionais de nível médio, sendo 18 do sexo feminino. Os participantes tinham de três a 23 anos de atuação na enfermagem e de três meses a 20 anos de atividade na UTI. A coleta de dados foi realizada no período de junho a dezembro de 2002, por meio de entrevista individual semiestruturada, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista teve como foco a percepção dos profissionais sobre o relacionamento da enfermagem da UTI com os pacientes durante a internação e com os familiares no momento da admissão do paciente. As entrevistas foram gravadas com o consentimento prévio dos participantes e transcritas na íntegra para análise. Os participantes foram identificados pela letra E (enfermeiro) e M (profissionais de nível médio), seguida do número que representava a ordem da entrevista (E1...E8), (M1.....M18).

Os depoimentos foram organizados e analisados de acordo com a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁷. Essa metodologia organiza os dados qualitativos obtidos de depoimentos e consta de quatro figuras metodológicas: Idéia central (IC), afirmações essenciais do conteúdo discursivo explicitadas pelos sujeitos; Expressões-chave (ECH), trechos das falas literais dos sujeitos que representam a síntese do conteúdo referente aos objetivos da pesquisa; Ancoragem

(AC), articulação do discurso ao referencial teórico em que está alicerçado; Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), representa o discurso-síntese, composto pelas ECH que têm a mesma IC e é a soma de pedaços isolados do discurso que forma um todo discursivo coerente; elaborado de tal forma como se fosse uma pessoa falando por um grupo de pessoas⁷.

O estudo atendeu às recomendações para as pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde, sendo realizado após aprovação da direção do hospital e do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o Parecer nº 035/2002.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a apresentação neste artigo, utilizaram-se duas figuras metodológicas do DSC: IC e o DSC⁷. Os depoimentos foram enquadrados em dois temas: Posse, diz respeito ao relacionamento dos profissionais de enfermagem com os pacientes e Distanciamento, retrata o relacionamento dos profissionais com os familiares.

Tema 1- Posse

Ideia Central - Do aconchego da família à propriedade instituída

DSC- No dia a dia, nos apossamos do doente. Ele entra por aquela porta, e nos apossamos dele, tiramos tudo: roupas, calçados, aliança, dentadura. O depenamos. Colocamos todos os seus pertences dentro de uma sacola, entregamos para a família e ficamos com ele para nós. A partir daí ele vai seguir as rotinas que nós estabelecemos para atendermos as suas necessidades como: horário de banho, de visita, da medicação, do curativo etc., ele é a vítima da situação. Pergunto então: Se nós estivéssemos no lugar dele, gostaríamos que fosse assim? Com certeza, a resposta que qualquer um de nós daria seria não. Não temos o direito de fazer o que fazemos, de não permitir ao doente decidir o que quer ou não e, inclusive, afastá-lo dos familiares como o fazemos, estabelecendo normas, muitas vezes inflexíveis, dependendo do enfermeiro de plantão. Nós fazemos isso há muito tempo e aqueles que estão começando na profissão, se não cuidarem, farão o mesmo que nós. (E1,E2,E5,E7,E8,M3,M4,M5,M9,M10M13,M14,M15,M16,M18).

Esse discurso retrata o que ocorre cotidianamente nas UTIs, principalmente, em se tratando de instituições públicas de saúde, como a que foi utilizada neste estudo, onde os usuários, na sua maioria, são pessoas de baixo poder socioeconômico, fato que parece levá-los a se submeterem à autoridade dos profissionais sem nada ou pouco reclamarem ou reivindicarem. A assimetria da relação trabalhador-usuário parece crescer à medida que cresce a distância social entre eles. O direito de exercerem a sua cidadania lhes é embotado.

Na UTI, o ambiente é envolto de diversos componentes éticos e técnicos que requerem atenção dos envolvidos no processo. Tornar o cuidado humanizado

é uma tarefa difícil, apesar do esforço de profissionais da saúde. Este cuidado requer atitudes individuais e coletivas, para, assim, ser respeitada a privacidade, a individualidade e a dignidade dos pacientes⁸.

O ser humano, que até então gerenciava sua própria vida e, muitas vezes, inclusive, a de sua família, quando é submetido como no discurso em questão, a uma internação hospitalar, em especial em UTI, não tem gerência alguma sobre si mesmo e nem possibilidade de agir autonomamente.

A internação na UTI rompe bruscamente com o modo de viver do sujeito, incluindo suas relações e seus papéis. A sua identidade fica fortemente afetada. Devido à gravidade de seu estado, geralmente é considerado como sujeito incapaz de escolher, decidir e opinar, sem direitos à expressão e à informação¹.

O discurso retrata a relação impessoal, ou seja, a relação eu/isso entre os profissionais de enfermagem e o paciente. Nessa relação de poder, não há o diálogo, o encontro entre os envolvidos na relação. O encontro garantirá uma autêntica intersubjetividade quando os profissionais do cuidado deixarem de se esconder atrás do seu papel profissional e de exercer a dominação impondo normas e rotinas e, ao contrário, fizerem com que a sua presença seja percebida pelo paciente como alguém que está preocupado em compreender a sua experiência de ser doente em UTI e ajudá-lo a vivenciar essa experiência. O domínio dos profissionais, instituindo normas e rotinas rígidas, dificulta a resposta efetiva aos chamados dos pacientes. A resposta só virá se os profissionais estiverem atentos ao diálogo e poderá ser através de intervenções para o atendimento dos aspectos físicos ou objetivos do cuidado ao paciente ou atendendo à sua insegurança e medo com a presença genuína como profissional cuidador.

A assistência humanizada, alcançada pelo cuidado personalizado e relação empática, contribui, positivamente, para a adaptação do indivíduo na UTI, o que favorece seu equilíbrio físico e emocional⁹.

Apesar do contato físico/corporal realizado pelo enfermeiro, esses profissionais nem sempre conseguem tocar a alma das pessoas cuidadas e, assim, sentem dificuldades em ajudá-las a construir sentido em meio às situações desagregadoras da existência humana¹⁰.

A relação enfermeiro-paciente envolve uma variedade de contatos físicos na execução de procedimentos, a interpretação de gestos, movimentos e posições com os quais os pacientes em ventilação mecânica comunicam as suas emoções, sentimentos e percepções, pois não se expressam por meio da linguagem falada. No entanto, a incorporação da comunicação com o paciente, como parte dos cuidados de rotina, é influenciada por vários fatores, alguns deles diretamente relacionados ao conhecimento que a equipe de enfermagem tem em relação ao impacto dessa variável sobre o estado de saúde dos pacientes. Na medida em que este bene-

fício não é conhecido pela equipe, a comunicação não será sistematicamente integrada à prática diária, e os técnicos de enfermagem e enfermeiros vão continuar se aproximando destes pacientes apenas para executar atividades administrativas ou funcionais^{11,12}.

Estamos na era tecnológica, em que o monitoramento do paciente ocorre por meio de uma tela, sem que haja a necessidade do contato direto com ele, o que favorece o distanciamento dos profissionais de saúde, em especial, dos médicos e das enfermeiras. Não obstante, o cuidado extrapola o tecnicismo. Mesmo sendo a UTI um ambiente totalmente diferente de outras unidades, não dispensa a humanização da assistência, que é expressa pela atitude relacional dos profissionais de saúde com o paciente e seus familiares. Se o cuidado for mecanizado e pouco comprometido, resulta na desvalorização da assistência humanizada. Nessas colocações, fica explícita a necessidade da interação humana durante o cuidado prestado, motivo pelo qual se considera a comunicação como um relevante fator interativo e de humanização na UTI¹³.

Percebe-se, no discurso, que os trabalhadores estão cientes de que não estão conduzindo o cuidado de maneira ética. O cuidar ético implica respeito ao outro, reconhecimento da objetividade e subjetividade do doente e familiar, o direito ao atendimento de suas reais necessidades, o direito de estarem inseridos no espaço do cuidado, a participarem, quando possível, das decisões sobre os seus cuidados, principalmente, no que diz respeito a sua subjetividade, de não querer um cuidado e ser respeitado se não acarretar dano à sua condição de saúde. O cuidado ético é cuidado humanizado, é troca, é suporte, é segurança, é preocupação, é confiança, é compreensão, é estar presente, é ser solidário, é responder ao chamado, é diálogo.

Tema 2- Distanciamento

IC- A indiferença aos familiares na admissão do paciente

DSC: Na admissão do doente na UTI, nosso foco de assistência é o doente, os familiares são deixados de lado. Eles ficam aguardando por notícias, ansiosos e queixando-se, na frente da UTI, querem entrar, acompanhar seus familiares, coitados! Ficam sozinhos, às vezes, por várias horas, até que alguém vá lá lhes dar atenção. Além de não poderem entrar, não recebem informação. Não conseguimos conversar com eles porque não temos tempo e também porque entendemos que é o doente que necessita de cuidados; é claro que a prioridade é dada a quem está com risco de morte. Nós vemos a diferença no comportamento dos familiares ao entrarem na UTI quando temos tempo de atendê-los, eles ficam mais tranquilos e agradecidos por isso. É uma coisa simples, às vezes basta uma simples palavra ou, mesmo, somente ouvi-los. Não custa nada, não precisamos dispendir muito tempo e isso é importante para os familiares. Estamos acostumados com a admissão, mas quem espera lá fora não está. (E1,E3,E4,E5,E6,E8,M1,M2,M3,M5,M6,M7,M8,M10,M11,M12,M15,M17).

A doença constitui por si só uma situação de ansiedade, insegurança e, muitas vezes, desequilíbrio na organização familiar. Quando requer hospitalização, essa situação se agrava e, em se tratando de terapia intensiva, é ainda mais potencializada. A UTI representa, para muitos familiares, um local em que as perdas da identidade, da intimidade, da autonomia, da cidadania e, principalmente, a maior delas, a perda da vida, ocorrem com maior intensidade, constituindo-se numa forte agressão emocional. A situação da internação é ainda agravada pela maneira inesperada em que, muitas vezes, ela ocorre, não dando tempo aos familiares de se prepararem emocionalmente e, também, pela separação entre eles, imposta pelo serviço¹⁴.

Os familiares sofrem pela separação, pela ansiedade em relação à doença e ao que possa acontecer em virtude da pouca informação, devido à indisponibilidade da equipe que presta a assistência, tornando-se, portanto, um evento estressante tanto para o paciente quanto para seus familiares¹⁵.

Cabe aqui destacar, vários motivos que contribuem ainda mais com as sensações desagradáveis: A UTI é diferente de outras unidades de internação e, sobretudo, do ambiente de casa do paciente e seus familiares. É um ambiente que possui muitas máquinas, no qual os indivíduos convivem em situações de emergências, risco e morte diariamente, havendo isolamento social e falta de privacidade¹⁶.

A relação entre enfermagem e família deve ter por objetivo o seu bem-estar. A relação deve propiciar à família perceber na enfermagem as possibilidades de ajuda e de suporte. A enfermagem deve ser acessível, perceptiva, disponível e preparada para atender às necessidades referidas pelos familiares, relacionadas à experiência com a internação em ambiente crítico. Espera-se uma enfermagem que perceba a família como foco do cuidado e não como apêndice do seu familiar doente.

Quando se fala em familiares de pessoas internadas em UTI, deve ser levado em conta o conforto, porém este tem sido relacionado apenas à infraestrutura do ambiente hospitalar, como salas de espera com cadeiras confortáveis e televisores, acesso a alimentos, bebidas e cobertores. Entretanto, entende-se que a promoção do conforto extrapola a esfera ambiental, pois decorre da interação dos familiares com as práticas de saúde, a racionalidade médico-científica que as fundamentam e os objetos institucionais, os quais poderão ser fonte de conforto ou desconforto¹⁷.

No momento da hospitalização e do processo de permanência na UTI, a enfermagem, ao realizar o acolhimento ao familiar, deve permitir que o encontro se estabeleça e o diálogo ocorra. O estar presente, o relacionar-se, a criação de vínculo entre familiar/enfermagem são formas de se estabelecer as relações de acolhimento.

A dificuldade de relacionamento entre a enfermagem e a família induz ao distanciamento, o qual ocorre

por vários fatores. Os mais evidentes referem-se à falta de preparo da enfermagem frente às necessidades da família e à organização do trabalho.

Para alguns enfermeiros, a dificuldade em atender à família está vinculada às especificidades de uma terapia intensiva, às próprias limitações pessoais ou da equipe de saúde e, ainda, ao modo das famílias expressarem seus sentimentos.

O cuidado de enfermagem na UTI vai além de consentir ou não a visita do familiar, compreende também o estabelecimento de uma relação de confiança e de auxílio. A equipe de enfermagem tem a função de identificar as reais necessidades dos familiares. Quanto mais antecipada for a interação enfermeiro/família, melhor será para os familiares e, conseqüentemente, para o paciente hospitalizado¹⁸.

A falta de atenção dos trabalhadores para com os familiares demonstra que a relação, entre eles, se processa dentro de uma lógica não acolhedora, que o espaço de interseção entre eles não se abriu para o diálogo, para um processo de escutas dos problemas, para uma troca de informações. Nesse momento, os familiares necessitam que haja o encontro entre eles e os trabalhadores de saúde da UTI, o encontro eu/tu, eu/nós, o encontro que leve à comunhão, à partilha, que os ajude a suportar melhor essa intercorrência em suas vidas⁵.

Saber o que está acontecendo ao doente, ainda que negativo, é menos assustador do que não saber. A desconfiança e a sensação de que a equipe está escondendo informações podem ser evitadas pelos trabalhadores de enfermagem, quando estes dedicam alguns minutos de seu tempo transmitindo aos familiares um breve relato sobre o doente¹⁹.

Um estudo realizado em uma UTI do Sul do Brasil constatou que os cuidados oferecidos aos familiares, como informação das condições do paciente e da aparelhagem que o cerca, orientação se pode ou não tocar no paciente, flexibilidade no horário e tempo de visita, atendem algumas das necessidades sentidas pela família de pacientes internados em UTI, o que proporciona satisfação aos familiares. O acolhimento é fundamental para o diálogo, para o encontro entre trabalhador e usuário¹⁹.

No DSC, o fator tempo aparece como elemento dificultador das relações, do diálogo, do encontro entre eles e os familiares. No entanto, há os que reconhecem que este não se constitui em motivo para que não ocorra a atenção aos familiares. É possível afirmar que essa contradição retrata que é ainda muito limitada e ténue a capacidade de nos relacionarmos com o outro e de, muitas vezes, se imaginar no lugar do outro. Aliado a isso, existe o fato dos trabalhadores não conceberem os familiares como clientes, integrantes da prática cotidiana, como é retratado no discurso entendemos que é o doente que necessita de cuidados e, provavelmente, por isso, não têm disponibilidade para estar com a família

em suas experiências de crise e sofrimento. É necessário um olhar atento às questões que permeiam a vivência do familiar de pacientes internados em UTIs, para exercitar a capacidade de solidarizar-se com o outro, cultivando o diálogo e criando estratégias de inclusão do familiar na prática do cuidado de enfermagem²⁰.

Os familiares procuram os profissionais pela necessidade de serem informados, no sentido de lhes permitirem algum saber, e, daí, o bem-estar. Sentem que a possibilidade de serem informados, convenientemente, é uma variável determinante a considerar na experiência vivida²¹.

A expressão retratada no discurso é uma coisa simples; às vezes basta uma simples palavra ou somente ouvi-los demonstra que é possível fazer diferente o trabalho, que é possível incluir o familiar como cliente da enfermagem atendendo a suas necessidades. É possível, sim, o envolvimento, a relação sujeito-sujeito⁵.

CONCLUSÃO

Constatou-se, nos dois DSC, a fragilidade nas relações dos profissionais de enfermagem com os pacientes e familiares.

O DSC do tema posse teve como IC do aconchego da família à propriedade instituída e retratou o exercício do poder da enfermagem sobre o paciente. O ser humano, que até então gerenciava sua própria vida, e, muitas vezes, inclusive, a de sua família, quando submetido a uma internação hospitalar, em especial em UTI, não tem gerência alguma sobre si mesmo e nem possibilidade de agir autonomamente.

O tema distanciamento expressou a IC a indiferença profissional ao familiar, não atendendo a seus chamados para o encontro no momento de dúvidas, ansiedades e incertezas. Foi retratado no segundo DSC e tornou a experiência com a internação na UTI ainda mais difícil.

Os profissionais de enfermagem da UTI precisam humanizar a assistência, oportunizando as relações, otimizando as expressões, tanto objetivas quanto subjetivas dos pacientes e familiares. O relacionamento com o paciente e familiar implica presença autêntica, no encontro, no chamado e na resposta. Contudo, para que isso ocorra, é necessária a capacitação dos trabalhadores da enfermagem.

Aponta-se como fragilidades deste estudo a análise conjunta das informações emitidas por enfermeiros e profissionais de nível médio, visto terem formação e atribuições diferenciadas e o fato da não inclusão de outros profissionais de saúde da unidade pesquisada.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004; 12(2): 250-7.

2. Pessini L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Rev. Bioét.* 2016; 24 (1): 54-63.
3. Marques RC, Silva MJP, Maia FOM. Comunicação entre profissionais de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Rev enferm UERJ.* 2009; 17(1): 91-5.
4. Oliveira EM, Spiri WC. O significado do processo de trabalho cuidar para o enfermeiro da UTI. *Cienc cuid saude.* 2011; 10(3): 482-9.
5. Paterson JG, Zderad LT. *Humanistic nursing.* 2nd ed. New York (EUA): National League for Nursing; 1979.
6. Buber M. *Eu e tu.* Tradução de Newton Aquiles Von Zuben. São Paulo: Moraes; 1974.
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. *Caxias do Sul (RS): EDUCS;* 2003.
8. Baggio MA, Pomatti DM, Bettinelli LA, Erdmann AL. Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(1): 25-30.
9. Furuya RK, Birolim MM, Biazin DM, Rossi LA. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UERJ.* 2011; 19(1): 158-62.
10. Gomes AMT, Oliveira DCO. A enfermagem entre os avanços tecnológicos e a Inter-relação: representações do papel do enfermeiro. *Rev enferm UERJ.* 2008; 16(2): 156-61.
11. Rojas NP, Bustamante-Troncoso CR, Dois-Castellón A. Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. *Aquichan.* 2014; 14(2): 184-95.
12. Veiga KCG, Fernandes JD, Sadigursky D. Relacionamento enfermeira paciente: perspectiva terapêutica do cuidado. *Rev enferm UERJ.* 2010; 18(2): 322-5.
13. Schneider CC, Bielemann VLM, Sousa AS, Quadros LCM, Kantorski LP. Comunicação na unidade de tratamento intensivo, importância e limites - visão da enfermagem e familiares. *Cienc Cuid Saude.* 2009; 8(4): 531-9.
14. Zacarias CC, Silveira RS, Lunardi VL, Cappellaro J, Pinto EMS, Lunardi Filho WD. Implantação de tecnologias de cuidado em unidade de terapia intensiva aos usuários e seus familiares. *Cienc Cuid Saude.* 2009; 8(2): 161-8.
15. Ramos FJS, Fumis RRL, Azevedo LCP, Guilherme Schettino G. Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2014; 26(4): 339-46.
16. Simoni RCM, Silva MJP. O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI. *Rev esc enferm USP.* 2012; 46(Esp): 65-70.
17. Freitas KS, Menezes IG, Mussi FC. Validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(4): 660-8.
18. Frizon G, Nascimento ERP, Bertocello KCG, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(1): 72-8.
19. Martins JJ, Nascimento ERP, Geremias CK, Schneider DG, Schweitzer G, Mattioli Neto H. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Rev Elet Enf.* 2008; 10(4): 1091-101.
20. Predebon GR, Beuter M, Flores RG, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Santos NO. A visita de familiares em unidades intensivas na ótica da equipe de enfermagem. *Cienc Cuid Saude.* 2011; 10(4): 705-12.
21. Mendes AP. Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(1): e4470014.