

ALTERAÇÕES NA DINÂMICA FAMILIAR COM A HOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

CHANGES IN FAMILY DYNAMICS IN FACE OF HOSPITALIZATION IN AN INTENSIVE CARE UNIT

CAMBIO EN LA DINÁMICA FAMILIAR CON LA HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Camilla Telemberg Sell^{II}
Bruna Telemberg Sell^{II}
Eliane Regina Pereira do Nascimento^{III}
Maria Itayra Padilha^{IV}
Juliana Bonetti de Carvalho^V

RESUMO: Trata-se de um estudo descritivo qualitativo, com o objetivo de compreender as modificações na dinâmica familiar com a hospitalização de um membro da família na unidade de terapia intensiva. Foi realizado em um hospital de Santa Catarina, em julho e agosto de 2009, com entrevista a 14 familiares. O método de análise foi o discurso do sujeito coletivo. Os relatos deram origem a três temas: mudanças psicossociais da família com a hospitalização; alterações no cotidiano; o enfrentamento as rotinas da unidade. As mudanças emocionais foram: maior sensibilidade, tristeza, apreensão, desespero; como alterações no cotidiano: dificuldade de conciliar trabalho, afazeres domésticos, e estar junto ao familiar doente; quanto ao enfrentamento das normas, rotinas rígidas de visita, pouco acesso a informações. Conclui-se que é necessário que a equipe da unidade considere esses aspectos no atendimento à família, para um melhor enfrentamento da hospitalização.

Palavras-chave: Unidade de terapia intensiva; enfermagem; família; características da família.

ABSTRACT: This is a descriptive qualitative study aiming at assessing the changes in family dynamics in face of hospitalization of a family member in an intensive care unit. It was conducted in a hospital in the state of Santa Catarina, Brazil, in July-August, 2009, on the basis of interviews with fourteen families. The analysis method was configured on the basis of the collective subject discourse. Reports gave rise to three themes: psychosocial changes in the family in face of hospitalization; changes in daily life; facing routines of the unit. Emotional changes were reported as stronger sensitivity, sadness, worry, and despair; changes in daily life were identified as difficulty with reconciling a job and housework with personal care giving to the ill family member; as for facing routines of the unit, inflexible visiting hours and little access to information were remarkable. Conclusions show that to better assist the family in face of hospitalization, the unit team should observe those aspects in family care.

Keywords: Intensive care unit; nursing; family; family characteristics.

RESUMEN: Estudio cualitativo descriptivo, con el fin de conocer los cambios en la dinámica familiar con la hospitalización de un familiar en la unidad de cuidados intensivos. Se llevó a cabo en un hospital de Santa Catarina-Brasil, en julio y agosto de 2009, entrevistando 14 miembros de la familia. El método de análisis fue el discurso del sujeto colectivo. Los informes dieron lugar a tres temas: cambios psicossociales de la familia con la hospitalización, los cambios en la vida cotidiana, hacer frente a las rutinas de la unidad. Fueron vistos como cambios emocionales: una mayor sensibilidad, tristeza, preocupación, desesperación; como cambios en la vida cotidiana: la dificultad de conciliar el trabajo con las tareas del hogar, y estar con el familiar enfermo; hacer frente a las rutinas: visita de rutina rígida, poco acceso a la información. Se concluye que es necesario que el equipo considere esos aspectos en el atendimento a la familia, para un mejor enfrentamiento de la hospitalización.

Palabras clave: Unidad de cuidados intensivos; enfermería; familia; características de la familia.

INTRODUÇÃO

A internação em unidade de terapia intensiva (UTI) é precedida de comprometimentos orgânicos que colocam em risco a vida da pessoa doente^I. A vivência em UTI pos-

sibilita-nos afirmar que essa unidade possui características que a diferenciam de outras unidades de internação e, sobretudo, do ambiente residencial do paciente e familiares.

^IEnfermeira da Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: camillasell@hotmail.com.

^{II}Enfermeira da Prefeitura Municipal de São José. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: sellbruna@hotmail.com.

^{III}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Grupo de Estudos no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: pongopam@terra.com.br.

^{IV}Pós-Doutorado em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: padilha@nfr.ufsc.br.

^VEnfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: julianapersempre@hotmail.com.

Este ambiente frequentemente é avaliado como altamente estressante tanto pelos doentes e seus familiares, quanto pela equipe de saúde que atua na unidade. É uma unidade paradoxal, pois propõe intervenções que visam à sobrevivência através de tratamentos completos, entretanto potencialmente iatrogênicos².

Na UTI, a separação do doente de sua família é praticamente imposta pelas circunstâncias criadas pela internação e por rotinas de visitas que fazem com que os familiares sejam mantidos à distância³. Essa separação gera angústia e sofrimento ao familiar que se acentuam pelos horários de visita reduzidos e a impossibilidade de permanência ao lado do paciente⁴.

Portanto, o ambiente da UTI pode significar uma ameaça para a família, uma ruptura afetiva e emocional com o familiar internado, mesmo que muitas vezes temporária. Durante todo o período de internação a família precisa reorganizar-se de forma a superar as dificuldades que irão surgir, tanto nos aspectos afetivos, como no social e econômico.

É necessário conhecer as questões relacionadas com o significado da internação numa UTI e suas implicações na vida e no cotidiano dos familiares, compreender melhor suas atitudes, comportamentos, expectativas e percepções relacionadas a hospitalização e com isso, promover estratégias de intervenção, de acolhimento.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi compreender as modificações ocorridas na dinâmica familiar com a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

REFERENCIAL TEÓRICO

Grande parte da população não está preparada para enfrentar o não funcionamento orgânico adequado, e a estrutura psicológica, em muitos casos se abala frente a esta experiência existencial: o adoecer⁵. O enfrentamento do doente e da família fica mais difícil diante da necessidade de hospitalização, principalmente em UTI, com a ruptura da rede familiar.

A experiência de hospitalização neste ambiente representa um momento de instabilidade, tanto para o paciente como para os familiares⁶. A família mostra-se ansiosa, tem medo da perda e do desconhecido^{5,7} e apreensiva quanto às decisões a tomar e situações a enfrentar⁵.

Esses sentimentos poderiam ser amenizados com a mudança de rotinas impostas pelo instituído. A família, estando um maior tempo junto à pessoa hospitalizada na UTI, se sente mais presente/ativa/útil, pois poderá implementar seu papel de protetora do seu familiar internado, o que é tão almejado que lhe seja concedido⁸.

Torna-se necessário que a família possa ser estimulada a reassumir seu papel com participações diárias no cuidado, permitindo que se sinta cada vez mais segura e capaz de cuidar⁹. Estudos^{9,10} defendem que os

familiares participando do cuidado na UTI, juntamente com a equipe de enfermagem, podem, além de antecipar as necessidades de cuidado do paciente, planejar como facilitar a transição da UTI para a unidade de internação e depois para casa.

Acredita-se que essa convivência próxima dos familiares com a equipe de enfermagem contribuirá para satisfazer às suas necessidades de segurança e promover a adaptação à crise que estão enfrentando diante da internação na UTI^{8,11,12}. Neste momento de crise a família anseia por um apoio efetivo, por uma compreensão profunda de sua situação, de um ambiente que lhe possa devolver o equilíbrio, a segurança, a força, enfim, a estabilidade⁵.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em uma UTI de adultos, de um hospital público de Santa Catarina, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A coleta de dados ocorreu em julho e agosto de 2009, com entrevista semiestruturada a familiares. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; ter um familiar internado num período superior a 48 horas; autorizar o uso de gravador, permitir a divulgação dos dados resguardando seu anonimato. Foi orientado o objetivo da pesquisa e consultado o interesse em participar, obtendo-se assim a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas posteriormente ao horário de visita, com duração média de 20 minutos. Os familiares participantes desta pesquisa foram questionados sobre as mudanças que ocorreram no seu cotidiano após a internação do seu parente na UTI.

As entrevistas foram gravadas, e transcritas na íntegra. Os participantes foram identificados pela letra F e por um número, de acordo com a ordem crescente das entrevistas, ou seja, F1, F2, e assim sucessivamente, não sendo apresentados individualmente neste estudo. A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde¹³, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (Protocolo N° 172/09). Para o tratamento dos dados utilizou-se o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁴, apresentados por DSC1, DSC2, e assim sucessivamente. Das quatro figuras metodológicas sugeridas pelos autores¹⁴ foram adotadas três: as Expressões Chaves (ECHs), as Ideias Centrais (ICs) e o DSC.

As ECHs são trechos do discurso individual, que revelam a essência do conteúdo do discurso. As IC são nomes ou expressões que descrevem da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido(s) presente(s)

no conjunto homogêneo de ECHs, o qual dará origem ao DSC. Portanto, o DSC é uma agregação dos depoimentos, em que cada uma das partes se reconheça como constituinte. É um discurso síntese composto pela *colagem* das ECHs que têm a mesma IC¹⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados baseiam-se na vivência de 14 familiares. Destes, 10 eram mulheres, sendo que quatro eram filhas, quatro esposas e duas irmãs. A faixa etária variou de 22 a 59 anos e quanto ao grau de instrução prevaleceu o ensino médio. A média de permanência do familiar hospitalizado foi de nove dias.

Dos depoimentos dos familiares emergiram três temas e três ICs. A primeira IC foi observada no discurso de todos os participantes, a segunda em 12 e a última em nove relatos.

Tema 1: As mudanças psicossociais da família como hospitalização na UTI

IC: maior sensibilidade, medo, tristeza, apreensão e desespero

Obteve-se o seguinte discurso:

A internação na UTI provoca uma mudança radical. Porque, muda tudo no comportamento da família. A gente fica mais sensível, até com os amigos quando eles pedem uma resposta, a gente não consegue dormir, não consegue fazer nada direito, fica preocupada com a pessoa que está entre a vida e a morte, a qualquer momento acha que vai receber uma ligação. A gente fica triste e apreensiva devido à situação, fica perdida, sem rumo [...] é uma barra, a gente quando está em casa fica o tempo todo pensando, tudo lembra a pessoa. Estou agoniado, desesperado não consigo ver ela naquele estado. (DSC1)

A família pode ser compreendida como um sistema, onde cada membro exerce uma função e possibilita a existência de uma dinâmica que tem seu próprio funcionamento. Entretanto, quando um dos familiares adoecer, e principalmente quando é internado na UTI, desencadeia um desequilíbrio neste sistema².

Conforme retratado no discurso, a experiência de ter um familiar na UTI é muito difícil por conviverem com o medo constante da perda, acompanhado de muitos sentimentos, como tristeza, preocupação, angústia e desespero¹⁵. Acrescenta-se dor, impotência, medo, ocasionado por um impacto emocional ante o incerto ou a possibilidade iminente da perda^{5,16}. Outros sentimentos também podem estar presentes como desconfiança em relação à equipe, preocupação, raiva e exaustão².

Estão explícitos o distúrbio do sono e a ansiedade. Os familiares têm necessidades específicas e apresentam frequências elevadas de distúrbios do humor, do sono e ansiedade durante a internação de

um familiar e que muitas vezes persistem após a morte do seu ente querido na UTI¹⁷.

A família sente falta do seu parente no cotidiano das relações familiares, ficando uma lacuna a ser preenchida conforme transparece nos depoimentos. Para a família, agora enfrentando a facticidade da internação na UTI, a relação afetiva se faz significativa no momento presente. É doloroso sentir a falta de seu familiar no cotidiano, considerando as lembranças vividas¹⁸. Conhecer os eventos que alteram a estrutura psicológica dos familiares de pacientes de UTI pode facilitar as estratégias de humanização hospitalar, permitindo o estabelecimento de medidas para reduzir os níveis de estresse¹⁹.

Tema 2: Alterações no cotidiano da família

IC: dificuldade em conciliar afazeres, descanso e estar junto ao paciente

Dos depoimentos, emergiu o discurso a seguir:

É complicado, eu não sei como expressar essa reviravolta em palavras. Horário, nem pensar! Tem que se adaptar as rotinas do hospital [...]. Muda a rotina familiar, em função dos horários pré-estabelecidos. Mudou bastante, tenho que trabalhar e quando saio do serviço venho para o hospital, é uma função esse ir e vir o tempo inteiro. A gente tem que fazer as coisas na correria. Eu levanto mais cedo faço as coisas em casa, antes era ela que fazia, depois venho para a visita. Às vezes eu venho de manhã e fico até as três e meia [...], praticamente abandonei minha casa e tive inclusive que largar o curso que eu fazia. (DSC2)

O adoecimento de uma pessoa e sua internação na UTI implica na modificação da dinâmica familiar. A angústia que emerge do contato mais próximo com o adoecer pode ser perturbadora e desorganizadora²⁰.

O momento que os familiares estão passando exige deles adaptações às alterações de sua rotina diária. O discurso transparece a dificuldade, com o atual momento vivido, de honrar seus compromissos satisfatoriamente.

O familiar sobrecarregado com as responsabilidades sente-se abalado emocionalmente, levando a um prejuízo das suas atividades profissionais e pessoais. Com a mudança inesperada que advém de uma situação de internação, muitas vezes a família tem que assumir as funções desse familiar, seja de ordem afetiva ou prática¹⁵.

Na vida atual, apressada, agitada e cada vez mais complexa, é comum não ter tempo disponível, durante o dia, para visitas e acompanhamento de pacientes. Outro aspecto é o papel do paciente na dinâmica familiar: em alguns casos, o paciente é apoio financeiro e/ou emocional da família, ficando esta desamparada. Pode ser que seja o membro a quem cabe decisões importantes, e nestas, alguém precisa substituí-lo².

Os profissionais que lidam com a situação vivida pela família devem identificar o familiar ou familiares líderes, que se apresentam como cuidadores e responsáveis naquela família, pois, a partir destes, toda a família poderá ser alcançada e ajudada a enfrentar o momento vivenciado²⁰.

Tema 3: O enfrentamento às rotinas da unidade

IC: rotinas rígidas de visita, pouco acesso as informações

Foi desvelado o seguinte discurso:

Quando a gente vem com a família não entram todos, é um por vez, é muito rapidinho, penso que deveria ser assim, entrar de dois em dois uns 5 minutinhos, pessoas que não vem poderiam vir. Às vezes a gente chega atrasada e não dá mais para entrar, às vezes a gente chega, ela está no banho. Eu acho que tinha que ser feito tudo antes do horário da visita [...]. Alguns profissionais são muito bons, quando falo bons é na questão emocional, pois na questão técnica não tenho conhecimento a este ponto. Emocionalmente alguns precisam entender os questionamentos dos parentes porque ninguém é experiente em UTI. Toda pessoa que vem aqui é uma novidade, então ela quer questionar para poder se inteirar com as novidades. Às vezes a gente faz algumas perguntas para poder se orientar, se adaptar aquilo, e alguns médicos e enfermeiros não recebem as nossas perguntas bem. O atendimento que eles dão é bom e isso acaba tranquilizando toda a família. (DSC3)

Atualmente, há uma preocupação mundial em aliar os avanços tecnológicos com uma assistência sensível e individualizada. Existe um movimento em prol da humanização, estimulando os profissionais de saúde a repensarem sua prática, buscando a transformação da realidade no dia a dia do cuidado²¹.

No que se refere à UTI, algumas transformações são necessárias conforme explicitado no discurso: flexibilidade e maior tempo no horário de visita, organização das atividades para que não interfira no horário de visita e esclarecimento de dúvidas dos familiares.

Cada UTI possui sua política de visitação, com normas e rotinas próprias, de acordo com suas especificidades e necessidades. Entretanto, por vezes, ocorrem diferenças na aplicação dessas normas e rotinas entre as equipes de trabalho de uma mesma UTI, ou na própria equipe, a partir das suas crenças, valores e necessidades^{9,22}.

Outro ponto presente no discurso é relativo às informações aos familiares. É importante que as informações sejam claras, concisas e com linguagem apropriada⁶. É importante lembrarmos que as famílias possuem uma escuta seletiva, ou seja, em situações de estresse, escutam aquilo que é menos difícil de assimilar do ponto de vista emocional, estando muitas vezes despreparadas ou incapazes de ouvir, aceitar ou

interpretar a verdade em determinado momento². É importante também permitir que os familiares perguntem e digam o que pensam e sentem, bem como incentivá-los a falar sobre a situação⁶. Estabelecer, desde o início do encontro, um vínculo de confiança na relação é uma das formas que possibilitam que as famílias sintam-se ouvidas e compreendidas²³.

Como profissionais da saúde, pode-se buscar formas criativas de expressão, abrindo brechas em meio aos padrões e práticas reinantes. É preciso eliminar a indiferença, fazer-se presente, não pela imposição de rotina, mas pela atitude de interesse e de preocupação^{24,25}.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou identificar que, na percepção dos familiares dos pacientes internados na UTI, ocorrem mudanças psicossociais em suas vidas, alterações na sua rotina diária e o enfrentamento às rotinas da unidade. Foram apontadas como mudanças emocionais: maior sensibilidade, tristeza, apreensão, medo da perda; como alterações no cotidiano: dificuldade de conciliar trabalho, descanso, estudo e estar junto ao familiar doente e quanto ao enfrentamento às rotinas da UTI, referiram a necessidade de flexibilidade nas rotinas de visita e receber informações quando questionam.

As orientações dos profissionais de saúde que acompanham o paciente e a família, durante o período de internação, são essenciais para que haja confiança e a família possa sentir-se acolhida. E para minimizar o sofrimento é necessário um engajamento dos profissionais que atuam na UTI, um trabalho multiprofissional, com um atendimento humano e solidário, promover um acolhimento de qualidade aos familiares, percebendo as suas necessidades e repensar nas rotinas existentes relacionadas à família.

A principal limitação do presente estudo foi o fato de a entrevista ter sido realizada após o horário de visita, momento este em que os familiares se encontram fragilizados e ansiosos com o boletim médico, podendo ter interferido na qualidade das respostas.

Este estudo não pretendeu esgotar as questões relativas ao assunto, espera-se, contudo, que sirva para subsidiar não somente as ações no cuidado como também novas pesquisas sobre o tema visando a qualidade da assistência à família no ambiente hospitalar e, em especial, na UTI.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: teoria humanística de Paterson e Zderad. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004; 12:250-7.
2. Lucchesi F, Macedo PCM, Marco MA. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. Rev SBPH [online]. 2008; 11:19-30.

3. Nascimento ERP. Acolhimento no espaço das relações na unidade de terapia intensiva [tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
4. Bettinelli LA, Erdmann AL. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectiva de cuidado. *Avances en Enfermeria*. 2009; 27:15-21.
5. Lustosa MA. A família do paciente internado. *Rev SBPH*. 2007; 10:3-8.
6. Gotardo GIB, Silva CA. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UERJ*. 2005; 13:223-8.
7. Barbosa EM, Brasil VV. Boletim informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. *Rev Eletr Enfermagem*. 2007; 9:315-28.
8. Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*. 2009; 29:28-34.
9. Fegran L, Fegermoen MS, Helseth S. Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units- from closeness to detachment. *Journal Advanced Nursing*. 2008; 64:363-71.
10. Sacco TL, Stapleton ME, Ingersoll GL. Support groups facilitated by families of former patients: creating family-inclusive critical care units. *Critical Care Nurse*. 2009; 29:36-45.
11. Cleveland LM. Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2008; 37:666-91.
12. Blanchard D, Alavi C. Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of family. *Nursing in Critical Care*. 2008; 13:225-31.
13. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CNS; 1996.
14. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2005.
15. Comasseto I, Enders BC. Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30:46-53.
16. 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.
17. Soares M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. *Rev bras ter intensiva*. 2007; 19:481-4.
18. Urizzi F, Corrêa AK. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15:598-604.
19. Costa JB, Felicetti CR, Costa CRLM, Miglioranza DC, Osaku EF, Versa GLGS et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59:182-9.
20. Bonfim AC, Bastos AC, Carvalho AMA. A família em situações disruptivas provocadas por hospitalização. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2007; 17:84-94.
21. Costa R, Padilha MI. Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:231-5.
22. Stayt LC. Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 57:623-30.
23. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:457-62.
24. Molina RCM, Varela PLR, Castilho AS, Bercini LO, Marcon SS. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. *Esc Anna Nery*. 2007; 11:403-8.
25. Vargas MAO, Ramos FRS. Tecnobiomedicina: implicações naquilo e daquilo que a enfermagem faz em terapia intensiva. *Texto contexto - enferm*. 2008; 17: p.168-76.