



## Intervenções desenvolvidas pela enfermagem com familiares de paciente crítico: revisão integrativa

*Interventions developed to minimize family feelings in respect of the critical patient: integrative review*

Alessandra Farias Canabarro Schimidt<sup>1</sup>, Cléton Salbego<sup>2</sup>, Iris Elizabete Messa Gomes<sup>2</sup>, Cíntia Cristina Oliveski<sup>2</sup>, Elisabeta Albertina Nietzsche<sup>2</sup>, Natalia Barrionuevo Favero<sup>2</sup>

### Resumo

**Introdução:** A admissão em uma unidade de terapia intensiva é um evento estressante tanto para o paciente quanto para seus familiares. **Objetivos:** Conhecer os sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado em unidade de terapia intensiva, identificados pela literatura científica; identificar evidências acerca das intervenções desenvolvidas pela enfermagem para minimizar estes sentimentos. **Material e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa, de cunho qualitativo e caráter exploratório, que utilizou para coleta dos dados os seguintes descritores: “Família”, “Sentimentos” e “Unidade de Terapia Intensiva” nas seguintes bases de dados Medline, Lilacs e BDenf, com recorte temporal entre 2006 a 2016. Conforme os critérios de inclusão e exclusão totalizaram-se 18 artigos, os quais foram apresentados por meio de sua caracterização em um quadro sinóptico. **Resultados:** Tornase evidente nos estudos a ambivalência de sentimentos dos familiares, sentimentos positivos e negativos atribuídos pelo cenário de uma unidade de terapia intensiva. Poucos estudos apontam para estratégias de intervenção e seus efeitos nos familiares. **Conclusão:** poucos estudos fornecem estratégias a serem desenvolvidas, assim como seus efeitos perante aos envolvidos, foi possível refletir e salientar a lacuna existente no cenário assistencial e também em cunho científico de pesquisas no que se refere a intervenções frente aos familiares de pacientes internados em terapia intensiva.

**Descritores:** Cuidados Críticos; Relações Profissional-Família; Família; Emoções; Unidade de Terapia Intensiva.

### Introdução

A admissão em uma unidade de terapia intensiva (UTI) é um evento estressante, tanto para o paciente quanto para seus familiares<sup>1</sup>. A UTI é formada por um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinados ao atendimento de pacientes graves que necessitam de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de recursos humanos

### Abstract

**Introduction:** The admission to an intensive care unit is a stressful event for both the patient and family. **Objectives:** Know the feelings of the relatives of the patient hospitalized in an intensive care unit, as well as to identify evidence about the interventions developed by nursing to minimize these feelings. **Material and Methods:** This is an integrative review of the literature using qualitative and exploratory approaches carried out from 2006 through 2016. The following descriptors were used separately and combined in all databases: “Family”, “Feelings”, and “Intensive Care Unit”. Databases searched included Medline, Lilacs, and BDenf. The literature search resulted in the identification of 18 articles, which were presented by their characterization in a synoptic table. **Results:** The ambivalence of family members’ feelings, such as positive feelings, as well as the negatives attributed by the setting of an intensive care unit, is evident in the studies. In the face of interventions, it is considered a shortcoming, insofar as it has few studies that point out intervention strategies and their effects on family members. **Conclusion:** Few studies have provided strategies to be developed, as well as their effects in relation to those involved, it was possible to reflect and highlight the gap in the care setting and also in scientific research with regard to interventions for the relatives of patients hospitalized in intensive care.

**Descriptors:** Critical Care; Professional-Family Relations; Family; Emotions; Intensive Care Units.

e materiais especializados. Com a constante evolução dos aparatos tecnológicos, os aspectos voltados ao relacionamento interpessoal e humanização da assistência, não necessariamente, têm sido desenvolvidos no cotidiano<sup>2</sup>.

A integralidade envolve atributos para toda a equipe de saúde desde a organização dos serviços até a resposta governamental com vistas à apreensão das necessidades de

<sup>1</sup>Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo – Santa Maria – RS – Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Maria – Santa Maria – RS – Brasil.

**Conflito de interesses:** Não

**Contribuição dos autores:** AFCS delineamento do estudo, coleta, tabulação, discussão dos achados e redação do manuscrito. CS orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. IEMG orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. CCO e elaboração do manuscrito. EAN discussão dos achados, elaboração do manuscrito. NBF elaboração do manuscrito.

**Contato para correspondência:** Cléton Salbego  
E-mail: cletonsalbego@hotmail.com

**Recebido:** 26/09/2017; **Aprovado:** 02/04/2018

saúde de pessoas e comunidades<sup>3</sup>. Ter a integralidade como valor requer articulação da execução de tarefas e exercício de competências profissionais com o movimento de encontro efetivo entre profissionais de saúde e usuários na construção do cuidado. Implica adotar a responsabilização, o acolhimento e o vínculo como eixos norteadores da ação e da gestão em saúde, os quais têm sua base em um efetivo diálogo entre profissionais e usuários<sup>4</sup>.

A discussão sobre a humanização em saúde representa um movimento que amplia e contribui com a integralidade do cuidado e, especificamente no ambiente hospitalar, tem o Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH) como um marco<sup>5</sup>. Contudo, embora o Programa tenha sido formulado em 2001, sua implementação nos hospitais brasileiros ainda é incipiente<sup>6</sup>.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde - Humaniza SUS, preconiza a humanização como política transversal da rede, valorizando os diferentes sujeitos envolvidos no processo<sup>7</sup>. Ao olhar de forma integral os sujeitos envolvidos e aliar as práticas de humanização em serviços, como o de UTIs, reflete-se sobre os protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) instituídos na grande maioria dos serviços, no que se refere, por exemplo, sobre as visitas dos familiares. Estas são consideradas essenciais à humanização e recuperação do paciente internado na UTI e, assim, devem transcender o nível de consciência do paciente, independente de estar alterado ou não, considerando que a humanização deve ocorrer através da comunicação verbal e não verbal<sup>8</sup>.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 7 determina requisitos mínimos para o funcionamento das UTIs, destacando no artigo 25 “a presença de acompanhantes na UTI deve ser normatizada pela instituição”, revelando a importância do familiar no acompanhamento ao paciente internado nesta unidade<sup>9-10</sup>. Embora essa RDC garanta esses direitos aos familiares, muitas UTIs têm normas e rotinas rigorosas, dificultando a manutenção ou fortalecimento dos vínculos afetivos entre o paciente e seus familiares. Dessa forma, salienta-se a necessidade de a equipe multiprofissional, em especial, a de enfermagem, ampliar os cuidados sob a ótica da família, pois se evidencia sofrimento dos familiares ao se deparar com entes internados neste serviço<sup>9</sup>.

Neste contexto questiona-se: Quais as intervenções desenvolvidas pela equipe de enfermagem para intervir frente aos sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva? Assim, o estudo objetiva conhecer os sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva, identificados pela literatura científica, além de identificar evidências em relação às intervenções desenvolvidas pela enfermagem para minimizar estes sentimentos.

## Material e Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa, de cunho qualitativo e caráter exploratório. Foram seguidas as seis etapas do estabelecimento da questão de pesquisa, a busca na literatura, a categorização dos estudos, a avaliação dos estudos incluídos na revisão, a interpretação dos resultados e a apresentação da revisão<sup>11</sup>.

Foram identificados os níveis de evidência (NE)<sup>12</sup>: 1-evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 2-evidências provenientes de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; 3-evidências provenientes de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4-evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; 5-evidências provenientes

de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6-evidências provenientes de um único estudo descritivo ou qualitativo; 7-evidências provenientes de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Para a realização da busca dos artigos, foram selecionados os seguintes descritores de assunto: Família; Emoções; Unidade de Terapia Intensiva; e seus correspondentes em inglês, associados entre si com o emprego do operador booleano *AND*. A busca foi realizada nas bases de dados *Medical Literature Analyze and Retrieval System on-line* (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados de Enfermagem (BDEnf). O acesso ocorreu no período de fevereiro a março de 2017.

Constituíram-se critérios de inclusão para a seleção, artigos originais, publicados em português, inglês ou espanhol, com texto completo e disponível na íntegra nas bases de dados selecionadas, publicados no período compreendido entre 2006-2016, circunscrito à área de terapia intensiva, que permitisse responder à questão de pesquisa e, posteriormente, estabelecer nexos com a atuação do enfermeiro. Excluíram-se os artigos duplicados nas bases de dados, os que não se enquadravam na temática e no objetivo do estudo.

A seleção dos artigos ocorreu por meio da leitura exploratória de títulos e resumos, considerando a análise prévia pelos critérios de inclusão, obteve-se um quantitativo inicial de 87 artigos. Para extração dos dados as produções científicas foram avaliadas na íntegra, por meio de um instrumento elaborado com o objetivo de analisar em que medida o manuscrito poderia contribuir para a compreensão da problemática em questão. Esse instrumento abarca as características gerais do estudo, delineamento metodológico, recomendações e nível de evidência. Após aplicação dos critérios mencionados acima, obteve-se uma amostra final de 18 artigos, sendo cinco em inglês e 13 em português.

Com base nas informações coletadas, construiu-se um quadro sinóptico, de modo a possibilitar a análise dos artigos e posterior apreensão das evidências. A análise baseou-se no conteúdo destas bibliografias e na confluência de temas que se organizaram subsequentemente.

## Resultados da Seleção

Um total de 18 artigos foram selecionados. Destes, 16 (90%) são de abordagem qualitativa, conforme o delineamento metodológico, 13 (75%) são estudos exploratório descritivo, dois estudos do tipo qualitativo hermenêutico (10%), dois estudos prospectivos e retrospectivo (10%) e um estudo de revisão integrativa.

Quanto à origem de publicações, a maioria foi desenvolvida no Brasil, com 14 dos estudos publicados em revistas brasileiras (78%) e quatro em revistas internacionais (22%). Destaca-se que 11 estudos foram indexados em periódicos específicos da enfermagem (62%), cinco estudos em periódicos da área da saúde (26%) e dois artigos em periódicos de áreas específicas, como pediatria e cuidados críticos (12%). No que se refere ao ano de publicação, destaca-se que oito artigos foram publicados em 2013 (35%), 4 em 2012 (20%), 3 em 2016 (15%) e 3 em 2011 (15%).

No segundo momento, os resultados foram apresentados por meio de quadro sinóptico, demonstrando os principais achados de forma sintética.

**Quadro 1.** Distribuição dos estudos selecionados de acordo com os autores, periódico, ano, tipo e abordagem do estudo, fonte, resultados e nível de evidência (NE).

Autor/Periódico	Tipo e Abordagem do estudo	Fonte	Resultados	NE
Frizon, G.; Nascimento, E.R.P. do; Bertinello, K.C.G.; Martins, J.J. <b>Rev Gaucha Enferm</b>	Qualitativo	Lilacs	Sentimentos: dor, angústia, tristeza, impotência, medo, desespero, ansiedade e expectativa infinita. Evidenciou-se a angústia dos familiares frente ao processo de hospitalização na UTI. Intervenções: desenvolver a capacitação dos profissionais para o acolhimento à família e para a inserção desta no ambiente da UTI, como elemento a ser integrado no cuidado de enfermagem, através de ações acolhedoras.	6
Antunes, F. Marcon, S.S. Oliveira, M.L. F. de <b>Acta Paul Enferm.</b>	Qualitativa	Lilacs	Sentimentos: sofrimento, tristeza, desespero e culpa. Intervenção: religiosidade como forma de enfrentamento ao sofrimento e o afeto pelo familiar foi mais importante do que a sobrecarga do processo de cuidar.	6
Oliveira, K. de; Veronez, M.; Higarashi, I.H.; Corrêa, D.A.M. <b>Esc. Anna Nery Rev. Enferm</b>	Qualitativa	Bdenf	Sentimentos: os pais reportam sentimentos de separação e abandono, medo da perda. Intervenção: necessidade de envolver a família no processo assistencial como um fator de qualidade da atenção humanizada frente a família que se encontra fragilizada.	6
Silva, R.M.M.; Menezes, C.C.S.; Cardoso, L. L.; França, A.F.O. <b>Rev. enferm. Cent.-Oeste Min</b>	Qualitativa	Bdenf	Sentimentos: as experiências vividas pelas famílias de neonatos prematuros são traduzidas em sentimentos de tristeza, angústia, culpa e medo, e ao mesmo tempo, esperança, fé e alegria. Intervenção: necessidade de os profissionais reconhecerem estes sentimentos para que possam proporcionar um ambiente acolhedor, por meio do contato e criação do vínculo com o recém-nascido, bem como na reorganização das rotinas familiares.	6
Ramos, D.Z.; Lima, C.A.; Leal, A.L.R.; Prado, P.F. do; Oliveira, V.V.; Souza, A.A.M.de; Figueiredo, M.L. de; Leite, M.T.S. <b>Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)</b>	Qualitativa	Lilacs	Sentimentos: evidenciou-se que as famílias não estão inseridas no cuidado à criança hospitalizada e isso reflete nos familiares com sentimentos de medo e insegurança, restrição pela complexidade e tecnologia dos aparelhos utilizados, indisponibilidade de tempo dos familiares por precisarem realizar outras funções. Intervenção: apoio da equipe por meio do acolhimento e suporte as dúvidas e inquietudes foram enfatizadas pelos entrevistados como fator facilitador do cuidado.	6
Miller, J.J.; Morris, P.; Files, D.C.; Gower, E.; Young, M. <b>J Crit Care</b>	Quantitativo do tipo prospectivo	Med Line	Sentimentos: aponta as dificuldades encontradas pelos familiares na tomada de decisões frente ao paciente que não é capaz de verbalizar seus desejos, fato este considerado a maior causa de conflitos internos na família, por ser momentos de inúmeras incertezas e possibilidades de arrependimentos. Intervenções: não foram apontadas intervenções pontuais, porém apenas a atenção e a escuta atenta dos profissionais aos membros do paciente internado tornam-se uma estratégia para minimizar as dificuldades apontadas pelos sujeitos do estudo.	4
Wernet, M.; Leite, A.M.; Ayres, J.R.C.M.; Viera, C.S.; Mello, D.F.de. <b>Rev Bras Enferm</b>	Qualitativo	Lilacs	Sentimentos: as relações vivenciadas na UTI são traduzidas por sentimentos de obrigações e inseguranças quanto aos cuidados com os filhos e a fragilidade na auto-estima. As interações com os profissionais e as normas e protocolos existentes acabam sendo reflexos de vulnerabilidade, comprometendo a autonomia materna. Intervenção: (re)pensar estratégias para estimular a relação de reconhecimento e a autonomia da mãe com o bebê.	6
Souza, T.L.de; Barilli, S.L.S.; Azeredo, N.S.G.de. <b>Texto &amp; Contexto</b>	Qualitativa	Lilacs	Sentimentos: evidenciou-se diversos, como angústia, insegurança, revolta, culpa e saudade. Intervenção: foi demonstrado a importância de estar junto do familiar e o desejo de estabelecer um vínculo entre equipe-paciente-família.	6
Wigert, H.; Dellenmark Blom, M.; Bry, K. <b>BMC Pediatr</b>	Qualitativa	Med Line	Sentimentos: a falta de comunicação contribui para sentimentos de solidão, abandono e responsabilidade não desejada, o que aumenta a carga de uma situação já difícil. Intervenção: os pais consideram a comunicação atenta como essencial, fornecendo o alívio nestas circunstâncias difíceis.	6

continua...

**Quadro 1.** Distribuição dos estudos selecionados de acordo com os autores, periódico, ano, tipo e abordagem do estudo, fonte, resultados e nível de evidência (NE).

Autor/Periódico	Tipo e Abordagem do estudo	Fonte	Resultados	NE
Camponogara, S.; Santos, T.M.; Rodrigues, I.L.; Frota, L.; Amaro, D.; Turra, M. <b>Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)</b>	Qualitativa	Bdenf	Sentimentos: os familiares vivenciam sentimentos contraditórios em relação à UTI. Neste setor onde prevalece o medo da morte, eles também a vêem como a unidade onde se encontra a melhor qualidade de cuidados. Intervenção: necessidade de interação com a equipe multiprofissional, por meio de uma comunicação efetiva com os profissionais, em que o estabelecimento do processo dialógico efetivo torna-se uma possibilidade de vivenciar de forma mais tranquila esse período de internação.	6
Spoehr, V.M.; Gehlen, M.H.; Nicola, G.D.O.; Ilha, S.; Freitas, H.M.B.de; Zamberlan, C. <b>Cogitare enferm</b>	Qualitativa	Lilacs	Sentimento: impotência frente à hospitalização do familiar, insegurança relacionada à proximidade com morte, inflexibilidade da equipe de saúde diante do familiar, e ausência de diálogo com os familiares. Intervenção: o cuidado aos familiares é uma necessidade a ser (re)pensada e melhor trabalhada enquanto prática profissional dos profissionais que atuam em uma UTI.	6
Alves, M.V.M.F.F.; Luppi, C.H.B.; Cordeiro, J.G.; Nitsche, M.J.T.; Olbrich, S.R.L.R. <b>Invest Educ Enferm</b>	Quantitativa/ Estudo descritivo transversal	Lilacs	Sentimentos: apontou a experiência vivida pelos familiares na internação de crianças na UTI com sentimentos negativos, como o medo e a insegurança, além de sentimentos positivos, como a esperança e a expectativa da alta. Intervenção: não foram apontadas intervenções pontuais, porém estratégias para potencializar junto ao acolhimento dos familiares os aspectos e sentimentos positivos abordados pelos sujeitos da pesquisa.	3
Di Gangi, S.; Naretto, G.; Cravero, N.; Livigni, S. <b>J Crit Care</b>	Qualitativo, do tipo observacional prospectivo	Med Line	Sentimentos: sentimentos de satisfação da qualidade dos atendimentos e cuidados prestados. Intervenção: estratégia de utilizar diários e livros como ferramenta terapêutica para a recuperação psicossocial dos pacientes e acompanhamento após a alta, foi considerada como parte integrante do cuidado do paciente. Além de histórias informativas dos pacientes, conseguiram traduzir de forma clara os efeitos emocionais das famílias.	6
Rocha, L.; Monticelli, M.; Martins, A.; Scheidt, D.; Costa, R.; Borck, M.; Burigo, R.A. <b>Rev. enferm. UFSM</b>	Qualitativa	Bdenf	Sentimentos: resgata o papel dos pais como provedor da família e os sentimentos de valorização deste papel da paternidade com relação ao cuidado com o filho. Intervenção: direcionado ao estímulo dado pela equipe para a busca da espiritualidade e da fé como forma de enfrentamento dos pais nesta situação, assim como o apoio da equipe por meio do acolhimento e escuta da equipe.	6
Roets, L.; Rowe-Rowe, N.; Nel, R. <b>J Nurs Manag</b>	Quantitativa	Med Line	Sentimentos: sentimentos de estresse e insegurança vivenciados pelas mães durante a internação. Intervenção: No intuito de avaliar o suporte emocional direcionado as mães das crianças internadas em UTI, emergiram como resultado a determinação de 15 fatores considerados estressores para as mães. Tais fatores serviram para refletir e preparar os profissionais para desenvolver um protocolo denominado "COPE" em prol do empoderamento dos pais/familiares para o cuidado com as crianças após a alta, além de salientar a necessidade do aporte emocional.	3
Girardon-Perlini, N.M.O.; Rosa, B.V.C.osta da; Beuter, M.; Viana, Â.A.F.; Vand der Sand, I.C.P. <b>Ciênc. cuid. Saúde</b>	Qualitativa	Lilacs	Sentimentos: insegurança e desconforto, os quais tornam a experiência traumática. Intervenção: as interações com a enfermagem tornam-se o divisor de águas, no sentido de ser fonte de segurança, tranquilidade e apoio, facilitando a experiência, assim como o oposto e gerar situações traumáticas. Por estar em constante contato com os pais, a equipe de enfermagem pode favorecer a formação de vínculo dos pais com o recém-nascido e minimizar o sofrimento da família.	6
Santos, L.F.; Oliveira, L.M.A.C. de; Munari, D.B.; Nogueira, A.L.G.; Ferreira, A.C.M.; Silva, C.C.; Peixoto, M.K.A.V. <b>Rev. eletrônica enferm</b>	Qualitativa, do tipo convergente assistencial	Lilacs	Sentimentos: expressos por meio da angústia e da insegurança em visualizar o cenário de uma UTI. Intervenção: uso da tecnologia de grupo para o cuidado de enfermagem às famílias dos recém-nascidos (RN) na UTI. A estratégia permitiu a condução do grupo por meio da: acolhida, apresentação e contrato grupal; processo grupal; avaliação e encerramento. Evidenciou-se que o grupo pode ser usado pelo enfermeiro para acolher às famílias dos RNs na unidade hospitalar, uma vez que ajuda as pessoas a enfrentarem a crise vivida e atenuar seu sofrimento.	6
Perlin, D.A.; Oliveira, S.M.de; Gomes, G.C. <b>Rev Gaucha Enferm</b>	Qualitativa	Bdenf	Sentimentos: estresse, sentimentos ambivalentes e contraditórios, tais como a expectativa e sentimento de insegurança. Intervenção: acolhimento da equipe pautado na necessidade de preparar as mães para melhor compreender o cenário de uma UTI durante as visitas, por meio de explicações do funcionamento e cuidados prestados de forma simples capaz de minimizar as angústias e temores das mães.	6

## Conteúdo da Seleção

Conforme os estudos que compuseram a amostra, torna-se evidente que o momento vivido pelos familiares durante a internação de seu ente em uma UTI é refletido por inúmeros sentimentos.

Assim, os estudos demonstraram sentimentos, como medo, estresse, ansiedade, impotência em virtude da hospitalização, insegurança relacionada à proximidade com a morte, inflexibilidade da equipe de saúde diante do familiar e ausência de diálogo com os familiares. Acredita-se que esses sentimentos sejam reflexos de uma reação normal ao estresse que, ocorre geralmente, quando um indivíduo enfrenta uma mudança ou quando há necessidade de agir de modo diferente do habitual. Em contrapartida, os sentimentos de esperança e a expectativa da alta são correlacionados pelos estudos<sup>13</sup>.

Nesta lógica, guiado pelos pressupostos de humanização nos serviços, independente do estado de consciência dos pacientes, cabe constatar que a humanização deve fazer parte da filosofia e da prática dos profissionais de saúde, nos diversos cenários em que atuam, especialmente nas UTI, nas quais os recursos materiais e a tecnologia são muito importantes, porém, não são mais significativos do que a essência humana<sup>14</sup>. Assim, a maioria das intervenções mencionadas pelos estudos direcionam-se a abordagens que utilizam de tecnologias leves que envolvem acolhimento, vínculo, desenvolvimentos de grupos de convivências para então (re)pensar em prol de um cuidado humanizado<sup>15-17</sup>.

Cabe reconhecer que a UTI é um ambiente hospitalar destinado a pacientes graves, porém que apresentem um quadro clínico recuperável, constituindo-se em um recinto de profissionais qualificados, com alta tecnologia e assistência contínua<sup>6</sup>. O cenário de uma UTI transpõe a complexidade dos cuidados dispensados a gravidade, a invasividade e o risco de morte, além de aparentar ser hostil, negativo e distante da produção de saúde<sup>18-19</sup>.

Neste contexto, a hospitalização por motivo de doença grave e inesperada pode acarretar um desequilíbrio na estrutura familiar. A família pode ser entendida como um sistema de relações fechado e interdependente, deste modo, a privação da participação de um dos seus integrantes faz com que ocorra a perda de um de seus pontos de referência<sup>20</sup>.

Assim, o familiar necessita participar do cuidado ao paciente. Este possui expectativas e dúvidas que devem ser sanadas. Para tanto, o profissional de enfermagem deve estar sensível às necessidades do familiar. Os vários aspectos devem ser aclarados para os familiares, pois, desde o aparecimento da doença até o estabelecimento do diagnóstico e do prognóstico, ocorrem crises e desajustes na família e esta precisa se sentir apoiada e segura, com suas dúvidas esclarecidas<sup>21</sup>. Faz-se indispensável que o profissional da enfermagem atente para a família do paciente internado e que compreenda seus medos, suas angústias e suas ansiedades para que assim se faça um cuidado humanizado.

Estabelecer vínculo enfermagem/família é uma forma de amenizar o isolamento social que a hospitalização traz, bem como auxiliar na reestruturação biopsicossocial da família. Este agir perante a família, visa ajudá-la em seus anseios e, sem perceber, como dificultadores do cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem, que geralmente alega a falta de tempo para atender aos familiares<sup>22</sup>.

Entre os fatores que dificultam os processos de integração e vínculo, está o desconhecimento por parte da equipe de enfermagem frente ao modo de ser e de perceber dos familiares<sup>4</sup>. Cabe reconhecer que a enfermagem, como profissão que enfatiza o tratamento personalizado e holístico, realiza as ações que poderiam viabilizar o entendimento e a compreensão da internação em UTI, tanto por parte das pessoas nela internadas quanto de seus familiares.

É essencial o acompanhamento do familiar pela enfermagem,

durante a internação, principalmente no momento da primeira visita ao familiar hospitalizado, para lhe prestar apoio e orientação no que for necessário. Considera-se que essa atitude poderá minimizar a visão de uma unidade hostil<sup>13</sup>.

No âmbito das estratégias referidas pelos artigos, verifica-se de forma isolada, a necessidade de investir na realização das salas de esperas e grupos de convivência com familiares, em prol de partilhar experiências e angústia entre os familiares. Tal proposta revela-se como um sistema de cooperação que propiciará o apoio necessário ao familiar para superar as dificuldades do processo de internação, como também favorecer e aproximar a inter-relação entre profissionais-familiares do paciente.

## Conclusão

A realização deste estudo permitiu ampliar o olhar e compreender quais sentimentos são evidenciados entre os familiares que vivenciam uma internação em UTI e o que vêm sendo desenvolvido para minimizar tais sofrimentos. Embora poucos estudos fornecessem estratégias a serem desenvolvidas, assim como seus efeitos perante os envolvidos, foi possível refletir e salientar a lacuna existente no cenário assistencial e também científico no que se refere a intervenções frente aos familiares de pacientes internados em UTI.

Torna-se evidente que estudos nesta abordagem tragam contribuições para os profissionais da enfermagem como possibilidade de sensibilização de equipes, de gestores, em prol de repensar: quem realmente estamos cuidando/olhando? E quem precisamos cuidar/olhar? Para então, poder prestar o cuidado humanizado com princípios na integralidade do indivíduo e dos familiares envolvidos.

## Referências

1. Ramos FJS, Funis RRL, Azevedo LCP, Schettino G. Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(4):339-46. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20140052>.
2. Barth AA, Weigel BD, Dummer CD, Machado KC, Tisott TM. Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(3):323-9.
3. Duarte ED, Sena RR, Dittz ES, Tavares TS, Silva PM, Walty CMRF. A integralidade do cuidado ao recém-nascido: articulações da gestão, ensino e assistência. *Esc Anna Nery (Impressa)*. 2013;17(4):713-20. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130016>.
4. Braga PP, Sena RR. Avanços na atenção ao prematuro e a continuidade da assistência: reflexão sobre rede de cuidados. *Rev Enferm Cent Oeste Min*. 2013;3(3):899-908.
5. Mongiovi VG, Anjos RCCBL, Soares SBH, Lago-Falcão TM. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2):306-11. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140042>.
6. Silva AM, Sá MC, Miranda L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. *Saúde Soc*. 2013;22(3):840-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000300017>.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
8. Silva SC, Padilha KG, Vattimo MFF. (Org.). *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. 2. ed. São Paulo: Manole; 2016.

9. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Resolução RDC nº 7 da ANVISA, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

10. Santos DG, Caregnato RC. Familiares de pacientes em coma internados na unidade de terapia intensiva: percepções e comportamentos. *Rev Eletr Enferm.* 2013;15(2):487-95. : <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16929>.

11. Paula CC, Padoin SMM, Galvão CM. Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática em saúde. In: Lacerda MR, Costenaro RGS. *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde.* Porto Alegre: Moriá, 2015.

12. Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.* Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 25-39.

13. Perlin DA, Oliveira SM, Gomes GC. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. *Rev Gaúcha Enferm (Online).* 2011;32(3):458-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300004>.

14. Duarte ED, Sena RR, Dittz ES, Tavares TS, Silva PM, Walty CMRF. A integralidade do cuidado ao recém-nascido: articulações da gestão, ensino e assistência. *Esc Anna Nery (Online).* 2013;17(4):713-20. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130016>.

15. Santos LF, Oliveira LMAC, Munari DB, Peixoto MKAV, Silva CC, Ferreira ACM, et al. Grupo de suporte como estratégia para assistência de enfermagem à família de recém-nascidos hospitalizados. *Rev Eletr Enf.* 2012;14(1):42-9.

16. Alves MVMFF, Cordeiro JG, Luppi CHB, Nietzsche MJT, Olbrich SRLR. Experience of family members as a result of children's hospitalization at the Intensive Care Unit. *Invest Educ Enferm.* 2013;31(2):191-200.

17. Souza TL, Barilli SLS, Azeredo NSG. Perspectiva de familiares sobre o processo de morrer em unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(3):751-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002200012>.

18. Camponagara S, Santos TM, Rodrigues IL, Frota L, Amaro D, Turra M. Perceptions and needs of relatives of patients hospitalized in an intensive care unit. *J Res Fundam Care (Online).* 2013;5(4):622-34. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n4p622.

19. Spohr VM, Freitas HMB, Ilha S, Nicola GDO, Zamberlam C, Gehlen MH. Sentimentos despertados em familiares de pessoas internadas na unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enferm.* 2013;18(4):736-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i4.34930>.

20. Oliveira K, Veronez M, Higarashi IH, Corrêa DAM. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Esc Anna Nery.* 2013;17(1):46-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007>.

21. Frizon G, Nascimento ERP, Bertinello KCG, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaúcha Enferm (Online).* 2011;32(1):72-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100009>.

22. Silva RMM, Menezes CCS, Cardoso LL, França AFO. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. *Enferm Cent Oeste Min.* 2016;6(2):2258-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.940>.

Alessandra Farias Canabarro Schimidt é enfermeira do Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo. E-mail: [alessandrafcs@hotmail.com](mailto:alessandrafcs@hotmail.com)

Cléton Salbego é enfermeiro, doutorando do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM). E-mail: [cletonsalbego@hotmail.com](mailto:cletonsalbego@hotmail.com)

Iris Elizabete Messa Gomes é enfermeira, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM). E-mail: [irismessagomes@hotmail.com](mailto:irismessagomes@hotmail.com)

Cíntia Cristina Oliveski é enfermeira, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM). E-mail: [cynthia.oliveski@gmail.com](mailto:cynthia.oliveski@gmail.com)

Elisabeta Albertina Nietzsche é enfermeira, docente Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM). E-mail: [eanietsche@gmail.com](mailto:eanietsche@gmail.com)

Natalia Barrionuevo Favero é enfermeira, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM). E-mail: [nathybf@hotmail.com](mailto:nathybf@hotmail.com)