

ACOLHIMENTO E PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI ADULTO

Elizângela Santana dos Santos*

Andréia Bendine Gastaldi**

Mara Lúcia Garanhani***

Juliana Helena Montezeli****

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram: conhecer as percepções dos familiares ao adentrarem pela primeira vez na Unidade de Terapia Intensiva (UTI); realizar um processo de acolhimento e educação em saúde com familiares na primeira visita; analisar as percepções destes familiares acerca do acolhimento e processo educativo em saúde desenvolvido. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, qualitativo, foram entrevistados 13 familiares de pacientes internados na UTI adulto de um hospital universitário que estavam adentrando a unidade pela primeira vez. A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2015. Primeiramente, os familiares foram submetidos a uma intervenção educativa em saúde e posteriormente foram realizadas as entrevistas semiestruturadas com três questões norteadoras. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise temática. Os resultados foram organizados em três categorias: concepções dos familiares sobre a UTI; sentimentos vivenciados pelos familiares ao adentrarem na UTI pela primeira vez e educação em saúde como elemento facilitador para o acolhimento do familiar. Observou-se o desconhecimento dos familiares sobre a UTI e a tensão ao encontrar o familiar grave. Concluiu-se que o acolhimento e educação em saúde foram decisivos para os visitantes, concederam segurança e são ações que, segundo os familiares, devem ser realizadas rotineiramente.

Palavras-chave: Educação em saúde. Acolhimento. Relações profissional-família. Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

A prática educativa é uma competência do enfermeiro que deve ser mobilizada nas mais diferentes áreas de atuação profissional, com destaque para a educação em saúde. Esta pode ser definida como o canal em que conhecimentos científicos da área atingem a vida cotidiana da população, intermediado pelos profissionais de saúde, proporcionando melhora da saúde e qualidade de vida⁽¹⁾. Constitui um conjunto de saberes e práticas que deve ser mais que informar, mas, considerar a subjetividade do sujeito, suas crenças e história, que pode direcionar para a reflexão ou não de mudanças⁽²⁾.

A educação em saúde não é neutra, é uma prática permeada de intenções que considera a saúde não apenas como ausência de doença. Portanto, para capacitar a população, não se deve visar somente a memorização de conceitos e saberes, e sim, permitir que o indivíduo desenvolva habilidades e competências para decodificar e

manejar os conhecimentos sobre a saúde⁽³⁾.

Segundo a lei 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, é privativo do enfermeiro a educação com o objetivo de melhoria da saúde da população, sendo que a execução destas ações deve ter participação de toda a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem)⁽⁴⁾.

Sendo assim, o enfermeiro além de ser líder, capacitar a equipe e sistematizar a assistência de enfermagem, deve também realizar a educação em saúde. No entanto, apesar de ser algo previsto em lei, muitas vezes durante o cotidiano e o processo de trabalho, as orientações, acolhimento e a educação em saúde não são praticadas, incluindo a ambiência de terapia intensiva.

O ambiente das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizado pela assistência contínua aos pacientes, presença de equipe qualificada, aparelhos de alta tecnologia e pela necessidade de agilidade e atenção rigorosa na assistência. Devido a essas particularidades, as ações de promoção de saúde podem ser desvalorizadas e desvinculadas da

*Enfermeira. Residente de Cuidados Intensivos ao Adulto da Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: ss.elizangela@hotmail.com

**Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEL. Docente no Departamento de Enfermagem da UEL. E-mail: gastaldi@sercomtel.com.br

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente no Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL. E-mail: maragara@hotmail.com

****Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente no Departamento de Enfermagem da UEL. E-mail: jhmontezeli@hotmail.com

prática profissional⁽⁵⁾.

Considerando a UTI em toda sua complexidade de aparelhos, alta prevalência de bactérias e tensão pelo quadro clínico dos pacientes, as atividades de educação em saúde prejudicam-se semelhantemente às práticas de promoção de saúde, portanto, o próprio ambiente intensivo dificulta este processo.

Inserem-se neste contexto os familiares dos pacientes criticamente enfermos, que, além da tensão de possuir um ente querido hospitalizado, vivenciam incertezas a respeito da evolução e prognóstico do doente que está internado em uma unidade destinada a pacientes graves. Ademais, a hospitalização na UTI acontece muitas vezes de forma inesperada e aguda, e essa situação pode gerar desorganização, desamparo e estresse à família⁽⁶⁾.

Sendo assim, é importante que os profissionais da enfermagem, sobretudo o enfermeiro, invistam em ações de cuidado demonstrando interesse, consideração e sensibilidade em relação ao doente e seu familiar. A interação e apoio da equipe com a família geram bem-estar e conforto, portanto, pode minimizar esse momento difícil e desgostoso para a mesma⁽⁷⁾.

Especificamente sobre o papel do enfermeiro na relação com os familiares, compete ao profissional a garantia do direito de o familiar estar junto ao paciente no processo do cuidado e da hospitalização, independentemente de ser como acompanhante ou visitante. A família deve ser vista pela equipe de enfermagem como companhia para o doente e aliada no trabalho da equipe, assim como facilitadora do processo de adesão e colaboração no tratamento⁽⁸⁾.

Por fim, ponderando a carência de informações à família, o ambiente impactante da UTI e a visão do familiar como visitante, observou-se que nem sempre o familiar é orientado a respeito de procedimentos invasivos, aparelhos ou até sobre o porquê da paramentação exigida para adentrar ao referido setor. Considerando serem estas informações parte de um processo educativo que compete também ao enfermeiro e visa o compartilhamento de saberes com o usuário, o presente estudo objetivou conhecer as percepções dos familiares ao adentrarem pela primeira vez na UTI; realizar um processo de acolhimento e educação em saúde com familiares na primeira visita ao paciente internado na UTI e; analisar as

percepções destes familiares acerca do acolhimento e processo educativo em saúde desenvolvido.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória realizada na UTI adulto do Hospital Universitário de Londrina (HU/UEL), cujos participantes foram 13 familiares de pacientes internados neste setor. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, possuir familiar internado na UTI adulto e estar adentrando a UTI pela primeira vez. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2015.

Os familiares, ao chegarem à UTI para o horário de visita, eram questionados sobre estar entrando pela primeira vez ou não. Para os que se incluíam neste critério e nos demais critérios de inclusão do estudo, foi explicado o intuito da pesquisa e como seria sua participação caso assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). As pessoas que aceitaram participar foram acompanhadas por um estudante do último ano da graduação em enfermagem até o seu respectivo familiar e, neste primeiro momento era explicado sobre todos os procedimentos invasivos (drenos, tubo orotraqueal, cateteres, etc.) conectados ao paciente, assim como sobre os aparelhos (bombas de infusão, ventilador mecânico, monitores, etc.). O estudante também esclarecia dúvidas, porém, sem fornecer informação alguma sobre o estado clínico do paciente, pois, apenas a equipe da unidade realizaria esta função posteriormente. Após ser realizado este processo educativo, o aluno se retirava e garantia a privacidade do horário de visita, no entanto, continuava próximo e se mostrava disponível ao familiar.

A segunda parte da pesquisa acontecia logo após o horário de visita, que consistia em uma nova abordagem aos visitantes participantes do primeiro momento do estudo. Também era entregue um folder explicativo que abordava informações sobre a UTI, sobre especificidades para o horário de visita e uma ilustração sobre procedimentos invasivos. Neste momento, era explicado sobre a entrevista e as perguntas que iam ser realizadas mediante assinatura do TCLE. Optou-se por entrevistas semiestruturadas gravadas a partir das seguintes questões norteadoras: 1) *Como o (a) senhor (a) se sentiu ao entrar na UTI?*;

2) O (A) senhor (a) ao entrar na UTI foi orientado (a) quanto aos equipamentos, procedimentos invasivos e medicações. Como o (a) senhor (a) se sentiu em relação a essa orientação?; 3). Qual o grau de importância que o (a) senhor (a) confere à essas orientações que lhe foram dadas? De alguma maneira elas foram úteis? Se sim, de quais maneiras?

Foi optada pela amostragem por saturação que significa o estabelecimento do final de uma amostra, suspendendo a captação de novos componentes quando os dados começam a ser repetidos⁽⁹⁾ e para o tratamento dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, que sugere as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados⁽¹⁰⁾.

As entrevistas foram realizadas em uma sala próxima à própria UTI, o que garantiu o sigilo e privacidade ao entrevistado, foram gravadas e transcritas na íntegra. As falas dos entrevistados foram codificadas atribuindo-se a letra F (familiar) e um número arábico (de 1 a 13) conforme a sequência das participações.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, com parecer registrado, nº CAAE 46538615.3.0000.5231 e obedeceu aos critérios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 13 familiares de pacientes que estavam entrando na UTI para a primeira visita. Em relação ao grau de parentesco, sete eram filhos/enteados, dois eram netos, um era cunhado, um sogro, um era irmão e outro, genro.

Os resultados foram organizados em três categorias empíricas: 1) *concepções dos familiares sobre a UTI*; 2) *sentimentos vivenciados pelos familiares ao adentrarem na UTI pela primeira vez* e 3) *educação em saúde como elemento facilitador para o acolhimento do familiar*.

Categoria 1: Concepções dos familiares sobre a UTI

A primeira categoria tratou das concepções dos familiares sobre a UTI, uma vez que era a primeira vez que eles adentravam na unidade. Nos relatos, fica evidente o desconhecimento dos familiares em relação a tal ambiência. Eles não sabiam o que

eram e para que serviam os aparelhos e procedimentos invasivos. Além de admitir seu próprio desconhecimento, algo que ficou claro na análise foi a preocupação dos entrevistados com os outros familiares. Os visitantes entrevistados percebiam também o desconhecimento dos outros familiares durante o mesmo horário de visita, imaginando que as suas próprias dúvidas poderiam ser as mesmas dos demais visitantes, como pode ser conferido no seguinte relato:

(...) É... por exemplo, eu não sabia que ela se alimentava, por ali [pelo cateter nasointestinal]. Eu achava que era só soro; ele me explicou que era um alimento... que entra por um local. O aparelho... que leva ar pra ela poder respirar. Me mostrou também os batimentos cardíacos. Eu acho importante, porque... tem muitas pessoas que não sabem. Eu mesmo, eu não sabia sobre alguns equipamentos ali... (F3)

O desconhecimento tem relação com o interesse dos familiares em saber a finalidade dos aparelhos e equipamentos. Estudo semelhante realizado na cidade de João Pessoa (PB) apontou que os familiares notaram a ausência de apresentação prévia da unidade e a falta de esclarecimento sobre os equipamentos, ficando sem saber o que iriam encontrar junto ao paciente⁽¹¹⁾.

No momento do ingresso da UTI os familiares adentram um ambiente totalmente estranho e desconhecem a unidade, equipamentos e procedimentos invasivos, portanto, é importante que a equipe de enfermagem os prepare para as visitas, tornando este momento menos estressante e possibilitando um contato mais próximo com o paciente⁽¹¹⁾.

Para muitos dos familiares, a UTI incitava medo e angústia, e era vista como um local de última escolha, sendo que, após a internação nesta unidade não havia mais recursos possíveis para restaurar a saúde dos pacientes. Também foi apontada a sua complexidade e que é um setor diferente dos outros, caracterizado por um maior rigor e controle sobre os cuidados prestados, como pode ser observado nos trechos a seguir:

Eu sei que aqui é mais rigoroso porque eles têm que estar em cima. Numa enfermaria não, claro..., mas aqui sim. (...) então a gente sabe que é um dos últimos recursos, que não existe mais (F4)

Porque quando está na UTI é porque não está bom. Então, por isso que dá aquele negócio ruim! Quando

está no quarto é diferente, mais simples, mais normal. Você se senta ao lado da cama, você conversa com a pessoa, a pessoa responde. Ali não, ali... estava dormindo, por causa dos remédios fortes. Por isso que... não sei, dá aquele negócio esquisito na gente, nossa... me sinto muito mal mesmo (F8)

A gente vê assim todos aqueles aparelhos ligados, gente respirando forçado. Eu, no meu ponto de vista, acho que a pessoa chegou ali na UTI... só Deus mesmo, viu? (...) para tirar ela dali eu só creio em Deus (F11)

A preocupação com o paciente é potencializada pela UTI ser mitificada como lugar para morrer⁽¹²⁾. Em uma pesquisa realizada com pacientes, foi relatado que a visão deles prévia ao internamento na UTI era de um ambiente relacionado com a morte, ligada a sentimentos como angústia, incerteza e desconforto, apesar dos recursos humanos e tecnológicos. Portanto, corroborando a fala de F8, existe uma relação cultural da UTI com um ambiente crítico e rigoroso, que pode ser associado com a possibilidade de morte⁽¹³⁾.

De acordo com um estudo realizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, também foi notado pelos familiares que, após determinado tempo, a UTI era o local ideal para o tratamento do paciente, dada sua complexidade, como foi relatado pela fala de F4⁽¹⁴⁾.

A crença em Deus relatada por F11 também foi descrita em outra pesquisa, que explora a espiritualidade para familiares de pacientes internados em UTI, sendo que, neste processo de hospitalização de um ente querido, a aproximação com Deus produz um efeito benéfico e positivo ao familiar, podendo resultar em melhor qualidade de vida⁽¹⁵⁾.

Cabe salientar que a UTI é uma unidade fechada e que uma de suas características é a restrição de acesso a outras pessoas. Portanto, em vários hospitais, inclusive na instituição onde foi realizado este estudo, não é permitida a presença de acompanhantes para pacientes, sendo que a família apenas adentra como visitante em horários estabelecidos como rotina.

Ainda quanto às percepções, notou-se o quanto os familiares estavam atentos ao seu redor, desde o ambiente, demais visitantes e familiares até o trabalho dos funcionários e aparelhos, conforme exemplificam estes excertos:

É um ambiente completamente diferente. Além da pessoa que você vem visitar, tem outras pessoas

também na mesma situação, que no meu caso era minha mãe. E tem pessoas que às vezes os parentes não podem vir por causa do trabalho, porque mora em outra cidade. Então, a gente fica até chocado porque uma pessoa do lado não recebeu nenhuma visita, daí a gente fica pensando, “será que essa pessoa não tem ninguém que possa vir visitar”? E também a situação do trabalho de vocês que as pessoas estão ali... dedicando a vida por outra vida (F3)

A moça [funcionária] foi lá e falou “ah, vamos fazer a barba”. É detalhe que, você fala assim “nossa, até isso!!!” Igual... escovar dente, também coisa que não dá para fazer, então eles têm todo o cuidado de limpar, tem a fase do banho que é uma coisa também que eles estão ali, fazendo as necessidades diárias que você tem eles estão suprimindo (F5)

E aí ajuda o coração, o batimento cardíaco. Eu estava vendo lá também onde está mostrando aquele coraçãozinho lá, ali é batida do coração, não é? Ela foi de 110 a 88, eu vi lá (F11)

Categoria 2: Sentimentos vivenciados pelos familiares ao adentrarem na UTI pela primeira vez

Essa categoria explorou a entrada na UTI e como foi a experiência da primeira visita. Ficou clara a tensão, o choque e a ansiedade de estar ao mesmo tempo entrando neste setor pela primeira vez e de encontrar seu familiar em estado grave. No entanto, para alguns entrevistados também representou a alegria e alívio de ver o paciente em melhores condições:

Ah, é muito desconfortável porque você vê a pessoa que você ama assim, naquela situação é muito difícil, porque a gente sabe como é, que é constrangedor. Me chocou bastante quando você vê a pessoa naquela situação... é impactante então você tem que ter um psicológico assim meio bom, senão você fica desesperada. Daí você vê aquele monte de fio, você não sabe para que serve (...) um aparelho apita você já fica desesperado [risos]. Você fala “o que está acontecendo?” [Risos]. Então é bem complicado. É chocante ver aquilo assim, não é fácil não (F5)

Ah, eu entrei com um pouco de medo. Achando que eu ia encontrar um quadro pior. Mas fiquei feliz do jeito que ele está. O jeito das pessoas atenderem, achei muito bom (F9)

A fala de F5 traduz um ponto importante que foi abordado em outro estudo na ótica dos próprios pacientes, que é o constrangimento, a exposição

dos pacientes e falta de privacidade durante o horário da visita, gerando incômodo⁽¹⁶⁾. Infere-se, portanto, que o cuidado de enfermagem deve perpassar apenas questões tecnológicas e técnicas, valorizando a estética de apresentação dos pacientes, no intuito de minimizar as percepções negativas dos familiares durante a visita.

Também emergiram sentimentos de possuir um ente querido internado na UTI, que para todos os visitantes representou tristeza, medo e apreensão:

Eu me senti um pouco mal porque eu nunca vi minha mãe daquele jeito. Mas depois eu fui me acalmando... o choro é normal porque você nunca viu sua mãe daquele jeito, então... eu fiquei um pouco nervoso, apreensivo com a situação. Mas, com os minutos que eu fui ficando ali eu já fui me acalmando um pouco mais (F3)

Ah, eu acho que é uma agonia todos os dias assim para a gente. Por que ontem mesmo a gente recebeu a notícia que os exames estavam ruins. Hoje falam que está bom, aí amanhã falam que está ruim, outro dia falam que está bom. Então é sempre assim, a gente nunca tem uma certeza, a gente fica muito agoniado (F7)

Senti mal. Muito mal. É um negócio que a gente é acostumada com a pessoa boa aí você vê a pessoa naquele estado ali, um monte de aparelho, intubado. É uma sensação muito ruim (F8)

Os sentimentos de sofrimento e tristeza vivenciados pelo familiar que possui um ente querido internado em UTI também foi explorado em outro estudo, que entende a internação na UTI como momento difícil para a estrutura familiar. Sentimentos como dor, angústia e medo foram descritos pelos familiares entrevistados, e também a impotência pela separação causada pela hospitalização⁽¹²⁾.

A fala acima do familiar F7 representa a incerteza do amanhã e a ansiedade decorrente do fato de possuir um familiar internado na UTI, de modo semelhante aos relatos de familiares de pacientes internados em Santa Catarina, que relataram sua angústia diante da incerteza e possibilidade de morte⁽¹²⁾.

Ainda sobre a incerteza, uma pesquisa realizada na Bahia também demonstrou o desconforto vivenciado pelos familiares devido à possibilidade de não recuperação do familiar internado, também foram relatados sentimentos de inquietação, aflição e agonia⁽¹⁷⁾.

Diante desses achados é possível conjecturar

que a enfermagem, por agregar ciência e arte, é a categoria profissional que possui lastro para minimizar tais sentimentos negativos descritos pelas famílias neste e em outros estudos citados, por meio de diversas estratégias, entre elas, destacam-se os processos educativos como ação acolhedora dos familiares, temática central desta investigação.

Categoria 3: Educação em saúde como elemento facilitador para o acolhimento do familiar

Na última categoria, os depoimentos clarificaram a importância e a necessidade do acolhimento e educação em saúde na UTI. Os participantes destacaram o quanto as ações desenvolvidas lhes foram relevantes e, por terem sido essenciais, que elas deveriam ser feitas rotineiramente. Foi levantado também o conhecimento da escassez de funcionários e que o acolhimento e a educação em saúde não deveriam ser realizados apenas na primeira visita, como mostram estes recortes:

É uma confiança a mais ter alguém ali te orientando, te explicando porque eu nunca tinha vindo aqui, não sabia como era entrar. Se fosse para entrar, eu entraria e ia lá e ia ver ele e só! Ele [estudante de enfermagem] chegou, me orientou... pediu para eu colocar a luva. Aí eu achei que foi muito útil (F1)

É preciso ter sempre uma pessoa para orientar, porque nem todos conhecem (...) E é bom que tenha uma pessoa para esclarecer tudo, orientar, porque necessita. Então é bom, é preciso ter uma pessoa que faça isso com frequência. Eu sei que eles não têm muitos funcionários para estar vendo tudo isso, mas é bom, é bom que tenha uma pessoa para acompanhar. orientação, tudo é bom (F4)

Ah, eu acho que é essencial. Eu acho que, se toda vez que alguém entrasse na UTI, não assim primeira vez ou segunda, porque eu acho que cada vez, cada pessoa é um caso. Então, se tiver alguém para orientar basicamente como você fez, eu acho muito melhor. Porque você se sente mais tranquilo, você vê a pessoa naquela situação com aquele monte de aparelho você já acha... "meu Deus, vai morrer" [risos]. Então você vê que não é assim, não é esse lado. Você entendendo o que é, é bem mais fácil. Bem mais tranquilo. Fiquei mais tranquila [risos] (F5)

De forma semelhante ao presente estudo, familiares também apontaram a importância do

esclarecimento e orientação para amenizar o sofrimento da família e deixar o ambiente menos sombrio e assustador, tornando-o acolhedor⁽⁶⁾.

Por outro lado, outra pesquisa revelou o que se percebe empiricamente no cotidiano intensivista: que as informações dadas na UTI são repassadas de maneira informal e apenas quando são solicitadas, revelando também uma falta de comprometimento dos profissionais⁽¹⁸⁾.

Corroborando, em um estudo realizado em uma UTI da região Sul do Brasil com familiares e pacientes após estratégias de acolhimento adotadas pelos enfermeiros, foi detectada a satisfação dos familiares em relação ao atendimento⁽¹⁹⁾, coadunando com os achados da presente pesquisa. O processo de internação na UTI gera na família muitas incertezas e o acolhimento foi marcado como essencial e extremamente importante, proporcionando vínculo e confiança. Ainda sobre o tema, foi enfatizado que, apesar do ambiente ser crítico e não raramente hostil, deve existir o diálogo, a informação e atenção ao familiar, pois ele sempre existirá e terá sua importância na recuperação do paciente⁽¹⁹⁾.

Como complemento, enfatiza-se que distribuição de folheto informativo sobre a unidade aos familiares antes da entrada na UTI pela primeira vez foi abordada como cuidado que pode proporcionar mais segurança e informação, e foi contemplada nesta pesquisa⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A UTI, mitificada como local de último recurso terapêutico aos seus pacientes, gera sentimentos negativos aos familiares. Evidenciou-se na investigação ora finalizada, que sentimentos como tensão e medo eram bastante presentes na rotina dos visitantes e que o entendimento de que os familiares são participantes passivos na rotina do cuidado é anacrônico e ineficaz à recuperação do doente.

Diante disto, a família deve ser considerada como elemento indissociável no processo de cuidar do indivíduo criticamente enfermo e, para tal, é de suma importância que os profissionais de saúde

tenham conhecimento das percepções destas pessoas a respeito da unidade na qual seu familiar está hospitalizado e que compreendam a difícil posição de possuir um ente querido internado em uma UTI.

Apesar do processo de trabalho neste setor ser caracterizado como complexo e criterioso, foi destacada a importância do acolhimento, ações que muitas vezes são simples, não capturam tanto tempo da equipe e que são essenciais aos visitantes. Assim, as atividades educativas desenvolvidas neste estudo, bem como as falas dos participantes, mostram-se convergentes com a literatura correlata e é uma prática deve ser tida como um dos pilares de sustentação da assistência de enfermagem intensiva.

Outro ponto que esteve presente nas falas dos familiares foi o desconhecimento dos visitantes sobre os materiais e equipamentos. No entanto, desconhecer sua função e utilidade não significou que os visitantes ignorassem a presença destes aparelhos, constituindo a observação como outro tema relevante levantado na pesquisa.

Ainda que este estudo possua limitações por ter sido realizado apenas em uma instituição e por verificar o fenômeno apenas sob a ótica de um de seus protagonistas – a família – afirma-se que o acolhimento e a educação em saúde são fatores decisivos para os visitantes, concedem segurança e são ações que, segundo os próprios familiares, devem ser realizadas rotineiramente. Entende-se que, apesar dos contratempos do processo de trabalho influenciar e dificultar a ocorrência de atividades como essas, deve-se considerar o visitante como elemento participante do cuidado ao paciente e perceber o quanto estas práticas são determinantes durante o horário de visitas.

Distante de sanar as discussões sobre a temática, espera-se que os constructos aqui apresentados possam fomentar em enfermeiros intensivistas inquietações que culminem na implementação da educação em saúde aos familiares dos internados como cuidado acolhedor essencial no ambiente crítico.

RECEPTIONAL AND EDUCATION PROCESS IN HEALTH TO FAMILY MEMBERS PATIENTS BOARDING IN ADULT ICU

ABSTRACT

This study aimed to analyze the family member's perceptions of Intensive Care Unit (ICU) patients after care and health education process. This is a study descriptive, exploratory with a qualitative approach, using interviews with 13 family members of patients in the adult ICU of a university hospital who were entering in the unit for the first time. Data collection occurred from August to October 2015. First, the family members underwent an intervention in health and were subsequently conducted the semi-structured interviews with three guiding questions. The interviews recorded, transcribed and submitted to thematic analysis. The research followed all ethical procedures. Data grouped under three categories: conceptions of family members of ICU; feelings experienced by the family members to step into the ICU for the first time and health education as a facilitator for the reception family. Observed the lack knowledge of family members about the ICU enclosure, and stress and shock to find the serious hospitalized parent. It concluded that the reception and health education were decisive factors for the visitors, they granted security and are actions that according to the family members themselves, should be routinely performed.

Keywords: Health Education. User Embrace Professional. Family Relations. Intensive Care Units.

RECEPCIÓN Y EL PROCESO EDUCATIVO EN LA SALUD DE LOS PARIENTES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI ADULTO

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la percepción de los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) después del recepción y proceso de educación para la salud. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cualitativo, mediante entrevistas con los 13 miembros de la familia de los pacientes hospitalizados en la UCI de adultos de un hospital universitario que estaban entrando en la unidad por primera vez. La recolección de datos ocurrió entre agosto y octubre de 2015. En primer lugar, la familia se sometió a una intervención en salud y posteriormente se realizaron las entrevistas semi-estructuradas con tres preguntas de orientación. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y sometidas a análisis temático. La investigación siguió todos los procedimientos éticos. Los datos se agrupan en tres categorías: las concepciones de los familiares acerca de la UCI; sentimientos experimentados por las familias para entrar en la UCI por primera vez y educación para la salud como un facilitador para recepción de la familia. Fue observado la falta de conocimiento de la familia sobre el recinto de la UCI, y el estrés y el shock de encontrar la paciente hospitalizada grave. Se concluyó que la educación en salud fueron factores decisivos para los visitantes, que otorgan seguridad y son acciones que, según los propios miembros de la familia debe ser realizada de forma rutinaria.

Palabras clave: Educación em Salud. Acogimiento. Relaciones Profesional-Familia. Unidades de Cuidados Intensivos.

REFERENCIAS

1. Moutinho CB, Almeida ER, Leite MTS, Vieira MA. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. *TrabEduc Saúde*. 2014maio /ago; 12(2): 253-72.
2. Ferreira VF, Rocha GOR, Lopes MMB, Santos MS, Miranda AS. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. *TrabEduc Saúde*. 2014maio /ago; 12(2): 363-78.
3. Lopes R, Tocantins FR. Promoção da saúde e a educação crítica. *Comunic Saúde Educ*. 2012 jan. /mar; 16(40): 235-46.
4. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei nº 7.498 de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 26/06/1986. 1986. jun; Seção I – fls. 9.273-9.275. [citado 2016 out 20]. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
5. Aguiar ASC, Mariano MR, Almeida LS, Cardoso MVLM, Pagliuca LMF, Rebouças CBA. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. *RevEsc.Enferm USP*. 2012abr; 46(2): 428-35.
6. Oliveira SS, Moreira NS, Santos NAS, Lima JS, Xavier ASG, Silva SSB. Acolhimento aos familiares de pessoas hospitalizadas em unidades públicas de terapia intensiva da Bahia. *CiêncCuid Saúde*. 2016 jan /mar; 15(1):93-100.
7. Szareski C, Beuter M, Brondani CM. Situações de conforto e desconforto vivenciadas pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crônica. *CiêncCuidSaúde*. 2009 jul/set; 8(3): 378-84.
8. Szareski C, Beuter M, Brondani CM. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. *Rev Gaúcha Enf*. 2010 dez; 31(4):715-22.
9. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008jan; 24(1):17-27.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2014.
11. Rezende LCM, Costa KNFM, Martins KP, Costa TF. Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em uma unidade de terapia intensiva. *Cult Cuid [on-line]*. 2014 maio /ago. [citado 2016 nov 10]; 39(18):84-92. Disponível em: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40070/1/Cultura_Cuidad os_39_10.pdf
12. Frizon G, Nascimento ERP, Bertoncello KCG, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011mar; 32(1): 72-8.
13. Proença MO, Dell Agnolo CM. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011 jun; 32(2): 279-86.
14. Costa MCG, Arantes MQ, Brito, MDC. A UTI neonatal sob a ótica das mães. *RevEletrEnf [on-line]* 2010 out/dez [citado 2016 dez 11]; 12(4): 698-704. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a15.pdf
15. Schleder LP, Parejo LS, Puggina AC, Silva MJP. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):71-8.
16. Tavares AT, Pawlowitsch PWM. Percepção dos pacientes sobre sua permanência em uma unidade de terapia intensiva. *Saúde Meio Ambiente. [on-line]* 2013 dez [citado 10 nov 2016]; 2(2): 32-43. Disponível em:

<https://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/viewFile/434/391>

17. Freitas KS, Mussi FC, Menezes IG. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. Esc Anna Nery. 2012 dez; 16(4): 704-11.

18. Frizon G, Nascimento ERP, Bertencello KCG.

Necessidades dos familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva. CogitareEnferm. 2012 out/dez; 17(4): 683-9.

19. Maestri E, Nascimento ERP, Bertencello KCG, Martins JJ. Avaliação das estratégias de acolhimento na unidade de terapia intensiva. RevEscEnferm USP. 2012fev; 46(1):75-81..

Endereço para correspondência: Elizângela Santana dos Santos. Rua Sérgio Romano Macaxeira, 326, Bairro Santa Madalena. CEP: 86073-190, Londrina-PR, Brasil. E-mail: ss.elizangela@hotmail.com

Data de recebimento: 03/10/2015

Data de aprovação: 16/11/2016