FENÔMENO VIVIDO POR FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA[a]

Isabel COMASSETTO[b]
Bertha Cruz ENDERS[c]

RESUMO

O propósito deste estudo foi compreender o fenômeno vivido pelos familiares durante a internação do seu parente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Teve como referencial a fenomenologia, na modalidade do fenômeno situado. Foram entrevistados 10 familiares de pacientes internados na UTI, de março a julho de 2006, em um hospital da rede privada de Natal, Rio Grande do Norte. Dos discursos, emergiram cinco categorias temáticas que constituíram os elementos da vivência: Medo da morte do familiar; Ausência de humanização; Isolamento social; Confiança na UTI; Sobrecarga na vida pessoal. Desvelado o fenômeno, foi possível ter subsídios para a construção de um cuidado humanizado que contemple a família do paciente.

Descritores: Unidades de terapia intensiva. Família. Emoções.

RESUMEN

El estudio propone entender el fenómeno vivido por los familiares durante el internamiento de sus parientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Como referencial ha sido adoptada la fenomenología, en la modalidad de fenómeno situado. Han sido entrevistados 10 familiares de pacientes internados en la UCI, de marzo a julio de 2006, en un hospital particular de la ciudad de Natal, Rio Grande do Norte, *Brasil. De los discursos, surgieron cinco categorías temáticas que han constituido los componentes de la experiencia: Miedo de la muerte del familiar; Ausencia de humanización; Aislamiento social; Confianza en la UCI; Sobrecarga en la vida personal. Desvelado el fenómeno, ha sido posible obtener elementos para construir un cuidado humanizado que contemplara la familia del paciente.*

Descriptores: Unidades de terapia intensiva. Familia. Emociones.
Título: Fenómeno vivido por los familiares de pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

The aim of this study is to understand the phenomenon lived by relatives who have a family member hospitalized in the Intensive Care Unit (ICU), and the used approach was the phenomenological one in the modality of the situated phenomenon. Ten family members of patients hospitalized in the ICU of a private hospital in Natal, Rio Grande do Norte, *Brazil, were interviewed from March to July of 2006. Five thematic categories emerged from the analysis, which constituted the elements of the lived experience: Fear of the patient's death; Absence of humanization; Social isolation; Trust in the ICU, and Overloading of personal life. With the phenomenon revealed, it was possible to subsidize the construction of a humanized approach that looks on the patient's family.*

Descriptors: Intensive care units. Family. Emotions.
Title: The phenomenon experienced by relatives with a family member hospitalized in the Intensive Care Unit.

---

[a] Extraído da dissertação de Mestrado apresentada em 2006 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Brasil.
[b] Enfermeira, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Brasil.
[c] Enfermeira, PhD em Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UFRN, Brasil.

INTRODUÇÃO

A área da saúde tem apresentado um crescimento nos últimos tempos, objetivando a preservação da vida. Esse avanço tem contribuído, de forma decisiva, para o desenvolvimento da qualidade técnica dos serviços oferecidos pelos hospitais no Brasil. Porém, o cuidado nas unidades de terapia intensiva (UTI), com aspectos mais diretamente relacionados ao atendimento psicossocial do paciente e, principalmente, da família, não tem acompanhado esse crescimento.

O debate sobre a humanização do ambiente hospitalar a pacientes e famílias, prestada pelos profissionais de saúde, vem sendo enfatizado. É percebido nas publicações sobre o tema e pela criação de programas político-sociais, tais como: Programa de Qualificação na Atenção à Saúde (QUALISUS); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), entre outros[1]. O estatuto da criança e do adolescente, Lei nº 8.069/90, prevê o acompanhamento contínuo de um familiar na UTI[2]. Da mesma forma, a Lei nº 8.842/94, em seu Art. 4º, inciso VIII, e o Art. 17 do Decreto nº 1.948/96 que a regulamentou, autoriza para o idoso o acompanhamento de um familiar em hospitais públicos e privados, conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)[3].

Com a mudança do paradigma de atenção à saúde, a proposta de humanização do atendimento é incorporada aos diferentes níveis do SUS, devendo principalmente ser assegurada no atendimento prestado nas UTIs.

A hospitalização é ainda considerada um evento estressante, dadas as circunstâncias nas quais ela ocorre, geralmente motivada por doença ou acidente. Tal situação pode ser compreendida se considerarmos que a presença do familiar ainda não está institucionalizada na maioria dos hospitais brasileiros, ficando esse familiar distante do enfermo, o que ocasiona sofrimento psíquico[4]. Todavia, há de se considerar as mudanças legais e políticas, como o Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar, que visa beneficiar mudanças positivas e suprir esta deficiência[5].

A internação, vivenciada pelo familiar e pelo paciente, pode tornar-se uma experiência difícil, devido à debilidade emocional que os invade nessa ocasião, pois se encontram sensivelmente abalados. Facilitar a presença do familiar junto ao paciente, nessa situação, com o intuito de oferecer assistência humanizada, tem grande importância para a recuperação e a promoção da segurança do paciente durante esse momento de fragilidade física e emocional[6].

É notório que os familiares e as pessoas afetivamente significativas têm um papel importante no decorrer do tratamento, em que o paciente e os familiares podem criar fantasias diante das várias situações a que são expostos. Neste momento, exige-se dos seres humanos profundas adaptações, em virtude também das importantes alterações de sua rotina diária, principalmente pela quebra de seu elo familiar, mesmo que temporariamente.

Considera-se que o serviço de saúde deve ter como eixo central a humanização e os aspectos subjetivos da condição humana, pois a interação dos conhecimentos técnicos/científicos com os aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos na relação entre o profissional e o paciente garante maior eficácia do serviço[7].

A realização deste estudo teve um sentido especial relacionado com a assistência humanizada. Esta, porém, é muitas vezes impossibilitada devido ao setor da UTI ser extremamente estressante e ter rotinas complexas, com situações de urgência de alto risco de morte para o paciente. Por esta mesma razão, acreditamos que o ambiente torna-se angustiante para o familiar, que acompanha tudo isto, sendo proibido de permanecer ao lado do doente.

Como enfermeira assistencial na UTI, foi possível observar esses familiares, a expressão de angústia em seus rostos, os questionamentos levados para a equipe, e a maneira como se aproximavam e comportavam-se diante do familiar. Também foi exequível sentir a inquietação por não compreender o momento pelo qual passavam, haja vista que, embora houvesse flexibilização das normas no sentido de disponibilizar mais tempo de visita, parecia não haver alívio para eles. Assim, acreditando que a vivência de um familiar acompanhante na UTI afeta a dinâmica da família e gera emoções variadas entre seus componentes, surgiu o interesse pela perspectiva subjetiva do familiar a respeito da experiência de ter alguém próximo internado nesse setor[8].

Estudos demonstram que a equipe intensivista, consciente, vem despertando para a assistência holística do paciente e valorizando a presença do familiar do paciente internado na UTI[8-11]. Es-

ses estudos propiciam conhecimentos a respeito do que se passa com os acompanhantes quando possuem um familiar internado nesse setor. Acreditamos, porém, que há necessidade de compreender melhor essa experiência em contextos sociais diferentes, considerando a importância das diversidades regionais, econômicas e culturais do país, no aprimoramento do fenômeno[8].

Além disso, a proposta de obter subsídios para uma assistência mais humanizada no contexto da UTI, que esteja em concordância com os projetos e programas do Ministério da Saúde, cujo objetivo é humanizar a assistência a todos os que dependem direta ou indiretamente do atendimento hospitalar, direcionou-nos a conhecer a subjetividade, os sentimentos e os anseios dos familiares que se encontram nessa situação. Assim, o objetivo deste estudo foi de compreender a experiência dos familiares de pacientes internados em UTI, identificando e descrevendo os elementos que compõem essa vivência.

METODOLOGIA

Tendo em vista a natureza do objeto de investigação que enfoca a vivência da família do paciente internado em UTI, optamos pela pesquisa qualitativa, fundamentada na fenomenologia, caracterizada como a ciência das essências, que tem como preocupação central descrever o fenômeno tal como ele se mostra na própria consciência[12]. Entendemos que, para se conhecer a experiência humana, não se pode adotar os mesmos procedimentos pelos quais se conhece a realidade física ou biológica. Faz-se necessário um método próprio, que focalize a experiência vivida e sua significação[13].

Na perspectiva descritiva, a fenomenologia descreve a experiência do homem tal como ela é, e não segundo as proposições pré-estabelecidas pelas ciências naturais. Como método de pesquisa, a fenomenologia se caracteriza pela descrição, redução e compreensão da experiência. Dessa forma, neste estudo, nos aproximamos dos princípios da pesquisa fenomenológica ao utilizarmos a modalidade do fenômeno situado para a compreensão da estrutura da experiência vivida[13].

A investigação fenomenológica na modalidade da estrutura do fenômeno situado busca "os princípios gerais, segundo os quais o homem organiza as suas experiências na vida cotidiana"[13]. Nessa perspectiva, situar o fenômeno quer dizer especificar o sujeito envolvido e a situação que se procura compreender, localizando-o no contexto em que ocorre. Mantendo o fenômeno livre de teorizações, idealizações e generalizações, o pesquisador inicia a sua descrição por meio dos relatos das memórias, percepções e antecipações contidos na experiência vivida pelos sujeitos da situação em foco[13]. Recolhidas as descrições, parte-se para os momentos de reflexão de análise ideográfica e nomotética.

Na análise ideográfica se identificam as unidades de significado, compreendidas como os significados que os sujeitos atribuem aos eventos na experiência e que refletem os determinantes da situação. Esse momento de reflexão ocorre por meio de leitura, releitura das descrições individuais na busca das convergências ou invariantes que permanecem em todas as descrições. Em seguida, num processo de intuição, raciocínio e julgamento, as unidades de significado são articuladas e agrupadas em categorias[13] que compõem a estrutura do fenômeno, a qual é submetida à análise nomotética. Nessa análise, a reflexão engloba a busca pela compreensão dos aspectos da estrutura do fenômeno, e assim obtém uma formulação das condições e relações que o formam[13].

O estudo foi realizado nos meses de março a julho de 2006, na UTI geral de um hospital privado localizado em Natal, Rio Grande do Norte, com atendimento para pacientes particulares e conveniados e do SUS do município. A unidade interna pacientes adultos e, excepcionalmente, crianças no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Entrevistamos 10 familiares de pacientes internados, selecionados propositalmente por estarem presentes no período de realização do estudo, os quais foram designados como responsáveis pelo paciente na admissão, por terem parentesco primário ou aproximação com o paciente. O número de participantes foi determinado pelo princípio da saturação. Este princípio refere que a coleta de dados em pesquisa qualitativa prossegue até o ponto em que não é mais obtida nenhuma nova informação e atinge-se a "redundância" dos dados[14].

Atendendo às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde[15], as entrevistas foram realizadas após a aprovação do Comitê de Ética da instituição, sob o protocolo nº 137/05, e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Ao realizar a entrevista, os familiares foram informados sobre os objetivos do estudo, o

sigilo dos depoimentos e a possibilidade de recusa, bem como a intenção de divulgar os dados no âmbito acadêmico e assistencial. Após a explicação, solicitamos aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caso concordassem em participar. Assinado o TCLE, iniciamos a entrevista utilizando a seguinte questão norteadora: "Como é a vivência pela qual você está passando, de ter alguém de sua família internado em uma UTI?".

Utilizamos um gravador para documentar as entrevistas, exceto quando o familiar não permitia. Neste caso, o registro foi manuscrito. Após a transcrição dos depoimentos, procedemos aos momentos metodológicos de análise[13]. Realizamos a leitura individual dos discursos buscando obter o *insight* acerca das experiências dos familiares com pacientes internados na UTI. Nesse momento, procuramos apreender os significados que os familiares atribuíam aos eventos que vivenciavam e buscamos as convergências e divergências entre as unidades encontradas, nomeando os agrupamentos. Como resultado da análise nomotética, foram apreendidas cinco categorias que constituem, para esses familiares, os elementos da experiência vivida pelos familiares: Medo da morte do familiar; Ausência de humanização; Isolamento social; Confiança na UTI; Sobrecarga à vida pessoal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Medo da morte do familiar

Nesta categoria é possível perceber que a morte era um tema delicado de ser tratado pelos familiares, os quais revelam que ter um familiar internado na UTI é uma vivência desagradável, e gera desespero. O fato de seu familiar estar na UTI, para alguns, já é indício de morte, como pode ser observado no discurso a seguir:

> *UTI assusta um pouco, a gente pensa que quando se vai pra uma UTI já é porque está a caminho de morrer* (Otávio).

Há idéia de negação da morte como um fato a ser consumado, e os familiares passam a usar citações de um modo dissimulado ao referir-se a ela. Deixam transparecer esse medo usando expressões mais amenas, como "indo embora" e "perder o familiar".

> [...], *é muito triste ver ela indo embora e não poder fazer mais nada* [...]. *O sentimento é de desespero, o medo de você perder aquela pessoa é muito grande* [...] (Isaura).

Foi muito delicado tratar o medo da morte com familiares, pois o fato de seu parente estar internado na UTI desencadeia um desequilíbrio emocional, gerado pela situação complexa vivida, aliada à impotência perante a doença. Esses sentimentos geram desespero diante da situação que vivenciam, e nada podem fazer para mudar o rumo dos fatos.

Assim, os discursos desses familiares revelam que eles têm consciência do momento interior vivenciado diante do sofrimento da pessoa internada, sem indícios de melhora. Sofrem com a desesperança e, até certo ponto, se conformam com a morte inevitável, buscam consolo na oração. De uma maneira geral, referem que a experiência de ter um familiar na UTI é muito difícil por conviverem com esse medo constante da perda, que vem acompanhado de muitos sentimentos, como a tristeza, a preocupação, a angústia e o desespero.

A dificuldade de lidar com a morte também foi observada em um estudo realizado com profissionais de UTIs, onde o foco de sua atenção é salvar as vidas e não ao processo de morrer, neste contexto os enfermeiros também apegam-se nas crenças religiosas e na espiritualidade para obter subsídios no alivio do sofrimento causado pelo contato com a morte[16]. A morte, apesar de ser uma parte da existência humana, sempre foi rodeado de misticismo traz consigo uma grande carga de angústias e temores para quem dela se aproxima[17]. Isto se deve, talvez, ao conceito da morte que predomina na sociedade ocidental[17].

Houve transformações a respeito da morte, no decorrer dos séculos, de um acontecimento natural, esperado e vivenciado por familiares e amigos, para atualmente ser tratado sem naturalidade e como tabu. Foi afastada de casa para o hospital, e encarada como situação indesejada que precisa ser escondida e abordada friamente[18].

No fenômeno vivido pelos familiares de pacientes internados na UTI, foi revelado que é comum não desejarem proporcionar um morrer junto aos seus, por nem sempre haver interesse de envolvimento familiar nessa situação[8].

O morrer é triste nos dias de hoje, sob vários aspectos, principalmente por ser solitário, mecâ-

nico e desumano. É questionado se estamos nos tornando mais ou menos humanos, se o paciente está sofrendo mais, talvez não do ponto de vista físico, mas emocionalmente, pois suas necessidades não mudaram através dos séculos; mudou apenas nossa aptidão em satisfazê-las[19].

O familiar vivencia o sentimento do medo por ele estar com alguém próximo a si, a quem ele quer bem, internado na UTI, setor que carrega o mito de este ser um lugar para morrer. A morte não é certa, porém estar vivendo esta expectativa de perda traz o medo presente na sua experiência vivida; mesmo sendo apenas uma expectativa, não afasta a presença do medo.

Ausência de humanização

Emergiu, neste estudo, que os familiares têm a noção de que humanização é um tema atual, muito discutido nos diversos níveis de atuação na área de saúde e que a sua implantação deve ocorrer na assistência hospitalar. Podemos observar esta consciência ao analisar os depoimentos como, por exemplo, de Marcela, que expõe seu ponto de vista em relação ao tema:

> *UTI é um local frio. Hoje se está falando muito de humanização, mas ainda não existe uma humanização verdadeira, um respeito aos costumes, aos direitos daquele paciente, como cidadão* (Marcela).

A categoria desvela que a assistência humanizada, prestada pelos profissionais de saúde da UTI emerge com grande importância para o convívio humano. Esta contribui para o bem-estar do paciente e do familiar, que está ciente do significado da assistência humanizada.

> *Você quer que teu familiar seja bem assistido, quer que ele seja tratado como um ser humano, e não como um número de leito ou chamado pelo nome da doença. É um ser humano que está ali, e a gente quer que vocês tenham este respeito a ele* (Ana).

A falta da assistência humanizada é sentida e cobrada pelos familiares, que criticam o descompromisso na assistência de alguns profissionais com o ser humano enquanto pessoa, ensejando a transformação da realidade na qual se encontram inseridos.

Os sujeitos do estudo evidenciam desencanto quanto à ausência de atitudes dos profissionais de saúde, direcionados à assistência humanizada nos hospitais em geral; desejam os seus direitos e costumes respeitados.

Isolamento social

Ao trabalhar esta categoria, foi possível fazer descobertas no que diz respeito à situação vivenciada por estes familiares de pacientes internados na UTI na medida em que se encontram afastados.

A situação vivida gera um sentimento angustiante, ao serem proibidos de permanecer junto aos seus familiares, justamente quando ambos se encontram tão fragilizados emocionalmente e precisam de apoio mútuo, como afirma Úrsula:

> *Acho muito injusto quando eu estou com ela, sabendo que é um momento final, e se eu fico mais uns 10 minutos, aí vem uma de vocês e bate e diz: "Mãe, está na hora!"* (Úrsula).

Este isolamento é difícil de ser aceito, porque até então tiveram um convívio diário, geralmente sem restrições, e agora se vêem afastados. A ausência da convivência é sentida por ambos, pois existe o desejo real de ficar perto, mas sentem-se impotentes quando não conseguem atingir os seus objetivos.

As asserções relativas ao isolamento social conduzem à afirmação de que os familiares encontram dificuldades de adaptação à situação de acompanhante de paciente internado na UTI, com horários estipulados, conforme a rotina do setor, e sabem que terão que obedecer às normas rígidas que os impedem de estar junto de seu familiar. Desse modo, esse acompanhante sofre profundamente porque acredita que seu familiar pode estar vivendo momentos finais e terminará sua jornada solitariamente. Considera que o isolamento social dificultará a melhora clínica devido ao emocional ficar comprometido, então procura dar apoio psicológico. Sente-se roubado quando a equipe lhe impõe regras, não considerando a sua situação. Mas, em meio a tanta dor, consegue ser benevolente com aquele que lhe tira momentos tão preciosos, como se observa no relato de uma mãe que descreve como se sente quando a sua visita é interrompida:

> *Eu acho muito cruel, eu nem olho no olho porque eu quero estar de bem, mas eu oro sim, faço uma oração para ela ver o que está fazendo comigo e que não venha passar pelo que eu estou passando. Porque, eu vou dor-*

mir e não sei se minha filha amanhece viva, vocês não entendem, é muito sério. Eu saio, mas eu não sei o que vai acontecer, então pelo amor de Deus, a gente faz de conta que nem existem esses momentos (Úrsula).

Os sentimentos gerados nos familiares pela internação do seu ente nesse tipo de setor intensificam-se pela impotência de lhe garantir um convívio contínuo. O acompanhante considera injusta esta separação e espera que os profissionais de saúde repensem e passem a valorizar a sua contribuição.

Confiança na UTI

As falas permitem observar que os familiares estão atentos ao cuidado prestado pelos profissionais ao paciente. Assim, são descritos modos distintos de perceber esse cuidado. Sentem-se confiantes, satisfeitos e, muitas vezes, agradecidos pela assistência prestada pela equipe. Há uma concordância nos relatos dos familiares relativos à temática ora analisada:

[...] *Eu vejo a UTI como uma coisa muito boa, tanto para o paciente como para a família* (Zélia).

[...] *Entendo como um local onde se vai cuidar melhor, vão dar muita atenção ao paciente, hoje eu tenho confiança no serviço UTI* (Amanda).

As expressões "uma coisa muito boa" e "vai cuidar melhor" revelam que o familiar já tem um enfoque distinto da UTI, comumente vista como unidade que carrega o estigma de "setor de morte". O vivenciar lhe permitiu conhecer a UTI por uma outra face, podendo ser percebida uma nova imagem em que é possível abstrair-se da popularidade de ser um setor onde o paciente vai para morrer, e passa a perceber a UTI como um lugar para cuidar melhor do seu familiar.

As asserções relativas à confiança, extraídas dos relatos, insinuaram que os familiares, num primeiro momento, vêem-se em uma situação imposta pela fatalidade de estar com o familiar doente; em um segundo momento, possibilita apreender, nas entrelinhas, o indício de que há a segurança de que na UTI será plausível a possibilidade de melhora.

Em estudo realizado sobre as necessidades julgadas com maior grau de importância pelos familiares também aparece a necessidade de o familiar sentir que o pessoal da UTI se interessa pelo paciente, e ter segurança sobre o tratamento que está sendo dado a esse paciente[20].

Sobrecarga na vida pessoal

A sobrecarga na vida pessoal, vista agora sob a ótica de um olhar intencional, desvela que o familiar passa por um processo de adaptação ao atual momento vivido, sem disponibilidade de honrar seus compromissos satisfatoriamente. Assim, sobrecarregado com as atuais responsabilidades, sente-se abalado emocionalmente, levando a um conseqüente prejuízo das suas atividades profissionais e pessoais. Ana revela o quanto é difícil vivenciar a situação de familiar:

[...] *qualquer pessoa cansa. Tem hora que cansa de reclamar, tem hora que a gente cansa de falar. Lá fora a vida não para e tem hora que você tem que resolver coisa da faculdade, hora tem que resolver coisa do trabalho, tem supermercado e ainda tem a mãe internada, tem criança em casa, tem final de mês que tem conta pra pagar* (Ana).

Os familiares vivenciam um momento considerado complexo e sentem-se sobrecarregados com as responsabilidades que se somam a cada dia, independente da disponibilidade de tempo e possibilidade de concessão. Deixam bem claro nas suas declarações que no dia-a-dia torna-se fundamental a persistência quanto à disponibilidade de continuar desempenhando seus afazeres, pois muitas vezes é o familiar acompanhante do paciente internado quem deverá trabalhar para manter o pagamento das contas hospitalares.

Em estudo com familiares de pacientes internados na UTI, paralelamente à mudança inesperada que advém de uma situação de internação, a família sente a falta desses no cotidiano das suas relações, ficando uma lacuna a ser preenchida. E, muitas vezes, a família tem que assumir as funções desse familiar, sejam de ordem afetiva ou prática, gerando sentimentos de saudade e insegurança[9].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos ter encontrado respostas para as interrogações a respeito deste fenômeno complexo e inesgotável, vivido por esses familiares de pacientes internados na UTI, porém incentivamos que seja visto em outro contexto além da perspectiva desta pesquisadora.

A vivência dos familiares é caracterizada por medo e sentimento de isolamento do seu familiar internado, porém, eles confiam no serviço prestado pela equipe. De posse desse conhecimento, é possível que seja proporcionado um novo assistir, baseado em uma relação mais afetiva, pois esta temática envolve repensar a assistência proporcionada ao familiar. Faz-se necessário que se reformulem as atitudes pessoais, sociais e organizacionais do hospital, na tentativa de amenizar os sentimentos surgidos. E, principalmente, que o familiar seja visto como um sujeito aliado ao tratamento do paciente e um ser merecedor de assistência humanizada.

Portanto, ressaltamos a satisfação ao perceber que o fenômeno da vivência dos familiares dos pacientes internados na UTI – que este estudo propôs revelar – tornou-se claro, possibilitando, assim, um processo reflexivo na assistência, bem como a motivação para novos estudos.

REFERÊNCIAS

1 Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comun Saúde Educ. 2005; 9(17):389-406.

2 Presidência da República. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990: dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 1990 [citado 2006 out 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_ 03/LEIS/L8069.htm.

3 Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 1999 [citado 2006 out 14]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_ 1999.pdf.

4 Franco MC. Situação do familiar que acompanha o paciente adulto internado [dissertação]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 1989.

5 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar [Internet]. Brasília (DF); 2001 [citado 2006 out 15]. Disponível em: http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto. asp?id=80.

6 Boeira MM, Maineri MM, Sussela R, Lopes TV. A presença do familiar junto ao paciente no centro de terapia intensiva adulto (CTI): uma forma de humanizar o cuidado. Rev Méd Hosp Pompéia. [Internet] 2004 [citado 2006 dez 12];5(1):24-9. Disponível em: http://www.pompeia.org.br/residencia/revista_medica_v6/revista_pompeia_v6. pdf.

7 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS [Internet]. Brasília (DF); 2004 [citado 2007 mar 12]. Disponível em: http://dtr2001.saude. gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_ 0923_FL.pdf.

8 Comassetto I. Vivências dos familiares do paciente internado em unidade de terapia intensiva: um estudo fenomenológico [dissertação]. Natal: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2006.

9 Urizzi F, Corrêa AK. Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação. Rev Latino-Am Enfermagem. [Internet] 2007 [citado 2005 jul 31];15(4):1-7. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a12.pdf.

10 Albistur MC, Bacigalupo JC, Gerez J, Uzal M, Ebeid MM, Maciel M, et al. La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos. Rev Méd Uruguay [Internet] 2000 [citado 2008 mar 20];16 (3):243-56. Disponible en: http://www.rmu.org.uy/revista/2000v3/art8.pdf.

11 Silva L, Bocchi SCM. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. Rev Latino-Am Enfermagem. [Internet] 2005 [citado 2005 out 13];13(2): 180-7. Disponível em: http://www.scielo. br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a08.pdf.

12 Husserl E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica (libro 3º): la fenomenologia y los fundamentos de las ciencias. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2000.

13 Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em fenomenologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes/EDUC; 1989.

14 Polit DF, Beck, CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

15 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.

16 Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(4): 660-7.

17 Boemer MR, Rossi LRG, Nastari RR. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva: análise de depoimentos. Rev Gaúcha Enferm. 1989;10(2):8-14.

18 Souza LGA, Boemer MR. O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. Medicina (Ribeirão Preto). [Internet] 2005 [citado 2008 mar 20];38(1):49-54. Disponível em: http://www.fmrp. usp.br/revista/2005/vol38n1/7_o_cuidar_ situacao_ morte. pdf.

19 Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

20 Morgon FH, Guirardello EB. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enfermagem. [Internet] 2004 [citado 2004 out 10]; 12(2):198-203. Disponível em: http://www. scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a08.pdf.

Endereço da autora / *Dirección del autor* / *Author's address:*
Isabel Camassetto
Rua Hermann Soares Torres, 160, ap. 101, Farol
57050-420, Maceió, AL
E-mail: icomassetto@yahoo.com.br

Recebido em: 04/05/2008
Aprovado em: 02/12/2008