

# AS MANIFESTAÇÕES DE ANSIEDADE EM FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA GERAIS\*

## THE ANXIETY MANIFESTATIONS IN FAMILIES OF HOSPITALIZED PATIENTS IN AN INTENSIVE CARE UNIT

## MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA GENERAL

*Wilson Danilo Lunardi Filho<sup>1</sup>*

*Anderlei Collares Nunes<sup>2</sup>*

*Glaunise Pauletti<sup>3</sup>*

*Valéria Lerch Lunardi<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Enfermeiro, Professor Adjunto IV do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Mestre em Administração, Doutor em Enfermagem, Pesquisador 2C do CNPq, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPES), Orientador.

<sup>2</sup> Enfermeiro, Ex-bolsista PIBIC-CNPq, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPES).

<sup>3</sup> Aluna do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Bolsista PIBIC-CNPq. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde

<sup>4</sup> Enfermeira, Professor Adjunto IV do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Mestre em Educação, Doutora em Enfermagem, Pesquisadora do CNPq, membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPES).

\* Esta é uma temática do sub-projeto “A ocorrência da morte como uma possibilidade no cotidiano do trabalho da enfermagem” desenvolvido como parte do projeto de pesquisa “Novas formas de organizar o trabalho em saúde: ênfase no trabalho da enfermagem” Site de divulgação: [www.enferma.hpg.com.br](http://www.enferma.hpg.com.br)

**RESUMO:** Muitas vezes, os familiares de pacientes hospitalizados em estado grave sentem-se desassistidos, onde suas opiniões não são ouvidas nem solicitadas, num ambiente percebido como fechado e cercado por pessoas estranhas e do qual temem, principalmente, pela ocorrência de suas mortes. Assim, temos como objetivos identificar sentimentos manifestados por familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva, refletir acerca das percepções e necessidades encontradas, e estimular os profissionais a desenvolverem uma relação que contemple a família também como cliente em UTI Geral. Os dados foram obtidos através de observações e entrevistas realizadas junto aos familiares presentes nas salas de espera das UTI Gerais de dois hospitais. Os resultados apontam que seus sentimentos e necessidades estão relacionadas, dentre outros: às características do ambiente hospitalar; à negação da doença pela família; às dificuldades de comunicação entre seus membros; ao tipo de informações que recebem acerca do paciente ou à desinformação. Evidencia-se a necessidade das famílias serem cuidadas, concomitantemente, durante a hospitalização de um de seus membros, especialmente, quando a internação acontece em uma UTI.

**PALAVRAS-CHAVE:** Família; Ansiedade; Unidades de Terapia Intensiva.

**ABSTRACT:** Many times, the family members of a hospitalized patient in serious or life threatening condition feel as though no one is taking care of them, their opinions are not listened to nor requested, inside a closed environment surrounded by strangers, while afraid for the death of their relative. Thus, we aim to identify feelings manifested by family members of the intensive care patient and reflect upon the perceptions and the necessities found and stimulate the professionals to develop a relationship that also considers the family as a client. The data was obtained through observations and interviews with families that were in the waiting rooms of the Intensive Care Unit (ICU) of two hospitals. The results pointed out that their feelings and necessities are related, among others to: the characteristics of hospital environment; the family's denial of the sickness; the communication difficulties among its members; and the kind of information, or lack thereof, that they receive about the patient. It is evident that there is a need to take care of both the patient's family and the patient during the period in which one of the family's members has to be interned, especially when it happens in an ICU.

**KEY WORDS:** Family; Anxiety; Intensive Care Unit.

**RESUMEN:** Muchas veces los familiares de pacientes hospitalizados en estado grave, se sienten sin asistencia, en un ambiente donde sus opiniones no son escuchadas ni solicitadas, ambiente este, visto como un lugar cerrado y cercado de personas extrañas y en el cual se teme principalmente, por el fallecimiento de sus familiares. Por esto, tenemos como objetivo identificar sentimientos manifestados por familiares de enfermos hospitalizados en Unidad de Terapia Intensiva – UTI, y reflexionar acerca de las percepciones y necesidades encontradas, estimulando a los profesionales para que desarrollen una relación que incluya también la familia como cliente de una UTI General. Los datos fueron obtenidos por medio de observaciones y entrevistas realizadas junto a los familiares en las salas de espera de UTI General de los hospitales. Los resultados muestran que los sentimientos y las necesidades que experimentan están relacionadas, entre otros: a las características del ambiente de hospital; a la negación de la enfermedad por parte de la familia; a la dificultad de comunicación entre sus miembros; al tipo de informaciones que reciben acerca del paciente o a la desinformación. Se hace evidente la necesidad que las familias sean cuidadas concomitantemente, durante la hospitalización de uno de sus miembros, especialmente cuando la internación es en la UTI.

**PALABRAS-CLAVE:** UTI; Familia; Ansiedad.

Recebido em: 05/03/2004

Aceito em: 15/04/2004

Wilson Danilo Lunardi Filho

Rua Dr. Lavieira, 167 - Jardim do Sol

96216-04 - Rio Grande - RS

E-mail: [lunardifilho@terra.com.br](mailto:lunardifilho@terra.com.br)

## INTRODUÇÃO

Não é incomum, a família do paciente que recebe atendimento nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) sentir-se desassistida, especialmente, quando o estado de saúde de seu familiar internado é percebido como grave. A família vê com preocupação os momentos de separação. Muitas vezes, imagina ou até mesmo assiste, quando se encontra presente, a realização de procedimentos complexos e técnicas invasivas, percebidas como agressivas, sem receber o devido esclarecimento e sem ser solicitado seu consentimento, originando sentimentos de preocupação e ansiedade.

A ansiedade pode ser definida como um sentimento de extrema importância, pois constitui-se em um sistema de alerta imediato que previne o organismo contra certos perigos ambientais, às vezes, de forma desproporcional, devendo, nestes casos, ser controlada. Assim, a ansiedade seria originada do medo e da expectativa com o futuro, podendo ser tão intensa que provocaria sintomas inespecíficos, somáticos e distúrbios psíquicos, desse modo, devendo constituir-se em motivo de preocupação para os profissionais da saúde<sup>1</sup>.

No caso específico de doentes graves, a ansiedade pode estar relacionada à separação de familiares e amigos, à hospitalizações seguidas, ao temor do comportamento agressivo das figuras de autoridade, das quais se denota a dependência para o seu bem-estar<sup>2</sup>. A ansiedade anormal é um humor desagradável para o indivíduo que a sente, de tensão e apreensão relacionadas ao medo persecutório, mas não focalizado em uma situação estressante imediata ou em algum objeto específico<sup>3</sup>. É essencial sabermos quando a ansiedade é normal ou patológica, útil ou prejudicial. Sendo assim, devemos contextualizar seu aparecimento, determinar sua intensidade, averiguar a relação com o estressor, além de descartar um quadro de disfunção orgânica, comumente associado às sintomatologias presentes em distúrbios como o hipertireoidismo, o feocromocitoma ou a intoxicação exógena, dentre outros<sup>1</sup>.

A avaliação da ansiedade deve levar em consideração condições sócio-culturais, familiares e estados psicológicos, incluindo o nível atual de ansiedade e mecanismos de defesa, tais como: agressividade, alterações de apetite, higiene pessoal, auto-estima, padrões de sono e períodos de choro excessivo<sup>4</sup>. Os sintomas da ansiedade, durante um longo período de tempo ou intensificados, tornam-se prejudiciais e capazes de causar problemas no funcionamento físico e mental, além de afetar a sociabilidade de um indivíduo<sup>5</sup>. Por sua vez, a tensão também origina graves complicações, causando lesões nos órgãos internos e predispõe às doenças nos vários sistemas atingidos como o circulatório, o respiratório e o gástrico<sup>6</sup>.

Diversos autores<sup>1,2,3,4,5,7</sup> partilham dessa opinião, ao referirem como principais os seguintes sinais e sintomas relacionados à ansiedade: **déficit na comunicação** (alterada, seguindo padrões apressados, com bloqueios, ruminações, gagueiras, dentre outras); **déficit de atenção** (baixas na concentração, memória de curto prazo, falta de percepção, sensação distorcida de tempo e espaço, podendo ainda aumentar ou distorcer o que ouve); **difficuldade nas tomadas de decisão** (com frequência relacionada à dificuldade de dar e receber informações); **distúrbios do humor e do comportamento** (sensação de pouco ou nenhum apoio familiar, agressividade); **sintomas somáticos** (falta de ar por afogamento, "peito apertado", parestesias, ondas de calor, calafrios, adormecimentos, dores musculares sem causa orgânica, palpitações, suor frio nas extremidades, aumento do peristaltismo intestinal, náuseas, taquicardia, boca ressecada, pupilas dilatadas, hiperventilação; geralmente o aumento da ansiedade é proporcional ao aumento de sintomas autonômicos); **sintomas psíquicos** (fobias, crises de pânico, confusão mental, medo irreal, desconfiança, apreensão, mal-estar, desconforto, insegurança, estranheza do ambiente ou de si próprio, sensação de algo grave por acontecer); e **medo do futuro e da morte**.

As manifestações da ansiedade ocorrem de forma diferenciada, de acordo com a personalidade

de cada indivíduo e, por isso, podem se camuflar em reclusão, silêncio, fantasias, lamúrias e choro<sup>2</sup>. É oportuno lembrar que nem sempre é possível observar claramente a ansiedade, mas sim os comportamentos impróprios que a pessoa desenvolve para poder evitá-la ou tentar adaptar-se.

Assim, cabe ao enfermeiro e demais profissionais da saúde estarem atentos à linguagem não verbal dos pacientes e familiares, durante sua assistência, bem como se manterem atentos ao contexto em volta das pessoas que são observadas, para poder identificar e intervir nas situações causadoras de ansiedade. Devem, ainda, não se descuidar do que lhes transmitem, de forma sutil, através de suas próprias expressões verbais e não verbais<sup>1</sup>.

Dal Sasso<sup>3</sup>, ao estudar a crise como oportunidade de crescimento para a família, refere que, além da influência da própria família em situações de crise, atuam vários processos psicológicos e sócio-culturais que determinam como seus membros irão reagir e mobilizar-se para ajudar o seu familiar doente, possibilitando a esta reorganizar-se, de forma eficiente, em um novo padrão capaz de melhor vir a apoiá-lo. Contudo, é possível que outros familiares possam ser afetados, no decorrer do processo de adaptação e, nesta situação, cabe, então, a influência de profissionais de saúde para ajudá-los a superar este momento de crise.

## OBJETIVOS

Com base neste referencial teórico, estabelecemos a serem alcançados, com a realização deste estudo, os seguintes objetivos:

- Identificar sentimentos manifestados por familiares de pacientes internados nas unidades de terapia intensiva;
- Refletir acerca das percepções e necessidades encontradas e estimular os profissionais de saúde, a partir da divulgação dos resultados, a desenvolverem uma relação que contemple a família também como cliente.

## METODOLOGIA

Os dados foram coletados, de março a setembro de 2001, a partir da adoção de duas formas de abordagem dos participantes, familiares de pacientes internados em estado grave nas UTIs Gerais de dois hospitais do interior do Rio Grande do Sul – um universitário e o outro geral: a) seis entrevistas semi-estruturadas, posteriormente transcritas na íntegra, categorizadas e analisadas, segundo a técnica de análise de conteúdo<sup>9</sup>; b) observação do comportamento não verbal, uma vez que a ansiedade, apesar de sua natureza abrangente, não pode ser estudada diretamente, mas deduzida pelo comportamento das pessoas observadas, pois a maioria das pessoas não exerce controle consciente sobre a sua linguagem corporal, razão pela qual esta pode fornecer indícios acerca de suas reais intenções, em determinados assuntos<sup>7</sup>. Em outras palavras, através dela, é possível encontrar a razão por trás dos comportamentos de clientes, de seus familiares e de membros da equipe de enfermagem e de saúde, uma vez que se constitui numa paralinguagem, cujo conteúdo expressa com maior fidelidade aquilo que se sente<sup>10</sup>. Tanto as entrevistas como as observações foram realizadas, conforme preconiza a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, somente após a obtenção do consentimento livre e esclarecido de familiares que permaneciam nas salas de espera das duas UTIs Gerais.

Assim, esta pesquisa caracterizou-se pela coleta de dados qualitativos e sua análise, uma vez que este tipo de pesquisa prima pela coleta de dados que representem o corpo do problema, a partir de elementos de sua representação sem a necessidade de grandes amostras numéricas. Sendo assim, a coleta de dados encerrou-se a partir do momento em que os dados se tornaram repetitivos<sup>11</sup>. A análise do conteúdo das falas dos familiares e dos registros das observações e a subsequente categorização dos dados coletados deram origem às três grandes categorias apresentadas a seguir.

## O AMBIENTE HOSPITALAR COMO FONTE DE ANSIEDADE

As salas de espera destinadas aos familiares e visitantes dos pacientes internados em UTIs foram percebidas como locais escuros, sem a adequada ventilação e pequenos demais para o número de pessoas presentes; de cores depressivas e sem oportunizar qualquer distração; com cadeiras duras e desconfortáveis que, muitas vezes, não existem em número suficiente para todos, não permitindo momentos reconfortantes de sono nem o desfrute de um breve momento de descanso. Nesse ambiente, os familiares referem sentir-se desprotegidos, expostos e temerosos à aproximação de estranhos; com frequência, temem por furtos de seus pertences, num momento de distração ou breve cochilo; a perturbação sonora é constante e as normas hospitalares mostram-se muito rigorosas.

*“Dá medo! É um lugar frio, com gente estranha. Todos passam (funcionários)... não olham você no rosto. É como se você fosse pedir algo... Mas acho que eles não podem ajudar mesmo, então, preferem nem olhar”.*

Além disso, não existe um local reservado para os profissionais conversarem com os familiares e nem os profissionais se mostram suficientemente preparados para prestarem informações de forma adequada. Os parentes, mesmo os que perdem seu familiar, recebem a notícia à beira da porta das UTIs, onde a comoção ocorre junto aos demais acompanhantes de outros pacientes que, por sua vez, se desesperam com a situação. A perda, neste contexto, parece fazer parte deste duro cotidiano que observamos nestas salas de espera das UTIs. Representa um momento angustiante para os familiares que vivenciam a situação, expostos em suas lamentações, reações de hostilidade e choro. Tal quadro sugere a necessidade de um acompanhamento psicológico destes familiares e até dos próprios profissionais da unidade.

*“... os ajustamentos quem tem que fazer é a própria família, entre si, né? Pelo hospital, qual*

*é o auxílio que ele iria me dar? Tem, psicologicamente, alguém que ajude? Não tem, né? Pois, se tivesse, até seria uma boa, porque uma palavra amiga, que nos faça entender melhor a situação, em determinado caso, seria bem melhor.”*

Além da família, todos os membros da equipe, especialmente os da enfermagem, que lidam 24 horas do dia com pacientes em estado grave, têm grande envolvimento emocional, principalmente, quando submetidos a estas últimas circunstâncias. Estes momentos, no entanto, requerem preparo para administrar, adequadamente, tanto as dificuldades emocionais da família do paciente como dos membros da própria equipe de saúde<sup>12</sup>.

*“... tem horas que tu te desequilibra. Eu, ontem, me desesperei, a ponto de ter que ir ao pronto socorro pedir um calmante. Porque eu achei que eu não ia agüentar. Eu acho que, aí... o desespero... tu toma algum calmante. Dá uma aliviada, mas se tu não fala... não fala, no assunto, não... Aí, né? Às vezes, tu fala... fala no assunto e dá uma aliviada.”*

Este fragmento de entrevista serve para exemplificar a assertiva de Fontoura<sup>13</sup>, quando apresenta que os familiares de pacientes graves, para controlar os níveis excessivos da ansiedade, fazem uso de alguns mecanismos de defesa, principalmente, a repressão. Todavia, ela é ineficaz, na medida em que os fatores causais não são eliminados. O mesmo acontece em relação à adoção de drogas e do álcool, que proporcionam alívio temporário ao indivíduo altamente ansioso, mas se mostram inoperantes em relação ao tensor.

Portanto, é necessário que se planeje melhor a acomodação dos familiares dos pacientes. Para tanto, deveria haver salas contíguas, onde pudessem descansar, comer, compartilhar a solidão e, talvez, se consolar. Assistentes sociais ou capelões deveriam estar disponíveis e com tempo suficiente para cada um. Os médicos e enfermeiros deveriam

visitar estas salas com frequência, para explicar e esclarecer quaisquer dúvidas<sup>14</sup>. Em outras palavras, deveria ser um cenário diferente da atual realidade, na qual encontramos familiares aflitos nos corredores, nas imediações, em bares, sozinhos às portas das UTIs, sem saber ao certo o estado real de seu familiar nem o que realmente se passa com ele.

*“Disseram que não havia a possibilidade de ficar, durante os procedimentos... Não nos consultaram... UTI é um negócio, onde você entrega o familiar e eles é quem decidem...”*

Assim, pode-se afirmar que nós estamos tão habituados ao nosso ambiente de trabalho que nos esquecemos que tudo pode ser estranho e atemorizante para os familiares do paciente. Ajudá-los a familiarizarem-se com os ambientes físicos e proporcionar-lhes explicações, acerca das rotinas e procedimentos comuns em determinado tipo de serviço de saúde, ajudaria a contornar muitos dos problemas por eles vivenciados. Isso porque, quando o indivíduo está internado, esta situação tem um significado especial para ele e sua família. Enquanto estava em casa, sua assistência e as responsabilidades pelos seus cuidados, provavelmente, recaíam sobre ela. Com a internação, a equipe de saúde assume, de forma abrupta, as responsabilidades por sua assistência. Na maioria das vezes, esquece do papel de cuidador desenvolvido pela família até então. Essa transferência de responsabilidade pela assistência produz emoções conflitantes, como ansiedade e culpa, talvez, por ter de admitir sua impotência e falhas no cuidado do seu familiar doente ou mesmo não aceitar completamente ter que dividir o seu cuidado<sup>5</sup>.

A doença cria um estado físico e emocional que gera, por si só, angústias não somente na pessoa que sofre, mas, também, nos demais membros que a vivenciam: familiares, amigos e profissionais da saúde. Durante a internação na UTI, este período representa, para os pacientes críticos, a sua separação dos familiares, a ansiedade e o medo da morte. É comum pacientes necessitarem de ventilação mecânica e, também, serem submetidos

a outros procedimentos invasivos, com a possibilidade ou não de virem a apresentar as complicações a eles relacionadas<sup>15</sup>.

*“Dizia meu pai contido por amarras: ‘Ai! Tá me doendo, mãe. Não deixa eles fazerem isso (punção de veias)!’ Aí, vendo meu pai todo amarrado, furado... nessas horas, é difícil. Eu chorei.”*

Para a família, o ambiente, até então estranho, com pessoas desconhecidas, executando procedimentos diversificados e, muitas vezes, incompreensíveis, com máquinas assustadoras ligadas dia e noite em seu familiar, gera desconfiança e conduz a interpretações distorcidas, dentre as quais a de ser um lugar fechado, onde se entrega o familiar à própria sorte<sup>16</sup>. A partir daí, sua opinião parece, obrigatoriamente, ser deixada de lado, chegando a ser referida como negativa, logo, não sendo expressa, mesmo que os membros da equipe questionem sua opinião. Outra percepção comum em relação às UTIs é de serem um lugar em que a morte é o único destino. Estas expectativas desencadeiam um estado de ansiedade prolongado que permanece até o momento do desfecho da internação.

*“Senti pânico, na primeira vez que vim aqui. Sentia que quem entra na UTI entra para morrer...”*

Em nossa percepção, especialmente os enfermeiros devem ser capazes de reconhecer as necessidades dos membros da família e solicitar-lhes ajuda, se possível, no sentido de resgatar o papel de cuidadora que a unidade familiar possibilita, no sentido de confortá-los. A ansiedade familiar é transmitida e seu efeito contagioso gera o problema de transferência “familiar-paciente”, contribuindo para que a ansiedade do paciente cresça e se mantenha constante. Em decorrência, a ansiedade pode aumentar a irritabilidade cardíaca, causar afastamentos sociais, resultar em falta de cooperação secundária à depressão, criar um estado geral de agitação e subsequente fadiga, sintomas que podem ser ou trazer sérias consequências<sup>17</sup>.

*“Depois que tudo está mais calmo, criam caso, brigas. Isso tudo faz meu pai sofrer, ficar nervoso e ele piora de saúde. (...) E fica tudo na minha mão. Nenhum familiar, além do meu tio, que também não mora com ele, cuida dele! (...) A família briga entre si... os irmãos empurram as responsabilidades do cuidado e não se apóiam... (...) Minha mãe fica fazendo comentários, quando vem, tipo: ‘Ah! Tá usando fraldas? Eu não vou trocar quando ele for voltar para casa. Já andei vendo os papéis para fazer ele dividir a herança...’ (...) Isso tudo deixa meu pai desesperado, chorando. Aí, eu brigo com minha mãe. Onde já se viu isso? (...) Ele estava na clínica médica, teve um infarto, diabetes alta e coma... Tudo isto, pra mim, é por motivo emocional. Porque ele estava bem e só de ver nós brigando é que teve isso.”*

Desse modo, a falta de entendimento e apoio entre os familiares, em situações de crise, é motivo de grande ansiedade. Surgem, com certa frequência, questionamentos quanto a situações inerentes ao tratamento e ao futuro. Assim, dentre os principais elementos de conflito, encontramos: a divisão e reorganização dos papéis desempenhados por cada membro na família; a responsabilidade em acompanhar o tratamento no hospital; o cuidado com a casa e os filhos; em caso de retorno, quem prestará os cuidados ao doente em casa; divergências por razões financeiras de todo o tipo, entre as mais comuns questões de separação de bens e disputas por herança; questões ligadas à doação de órgãos para transplante; autorização para mudanças de tratamento ou procedimento cirúrgico.

#### A NEGAÇÃO DA DOENÇA E A FALTA DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS FAMILIARES COMO FONTE DE ANSIEDADE

Os familiares experienciam diferentes estágios de adaptação, semelhantes aos que são vivenciados pelo próprio paciente. Inicialmente, muitos deles não acreditam que seja verdade, permanecendo negando

o fato de que há uma doença grave ou até mesmo terminal na família<sup>14</sup>.

*“Colocam ele no táxi e mandam para o hospital com meu sobrinho de 12 anos, sem exames, sem remédios, nada! E me chamam. Eu saio em pânico, porque minha mãe vê e não socorre. Diz ela que: ‘É tudo fricote desse homem, não dá bola que passa.’”*

Toda negação envolve um processo de recusa, minimização dos fatos, descrença e desejo obsessivo em ignorar sintomas. Diagnósticos são questionados e tratamentos são recusados. A negação e o isolamento são mecanismos de defesa que entorpecem e protegem da ansiedade. Podem ser identificados, quando se nota a ausência da ansiedade, depressão ou raiva, nas situações nas quais estas manifestações são esperadas. As pessoas podem ter, na negação, uma égide protetora que as afastam de outras pessoas, dos outros familiares e amigos e do interesse pelo tratamento, gerando muitos conflitos internos e externos. A negação, também, é vista como uma tentativa de se poupar da visão assustadora da morte do outro, pois esta leva o indivíduo à projeção e consciência de sua própria finitude. Nestas situações, oferecer a oportunidade das pessoas falarem sobre seus temores dirige a tensão e ajuda na reorganização de suas forças para encarar a realidade<sup>2</sup>.

*“Ele sabe que vai morrer. Às vezes, eu acho ele chorando sozinho e pergunto: o que foi? E ele não diz nada! Não conversa a respeito... Eles (mãe e tio) já me acusam de querer matar ele, levando para a UTI. Imagina se eles ficam sabendo disto?”*

A aceitação e a negação da doença não dependem do processo em si, mas dos subsídios que o indivíduo recebe da própria equipe da UTI e do apoio familiar e respectiva aceitação do conjunto social daquela pessoa. As reações podem ir de um indivíduo que supera as limitações e o êxito ou não de seu tratamento ou uma pessoa apática frente à

sua realidade. Nos transtornos ansiosos ligados a doenças graves ou mesmo terminais, observam-se quatro preocupações com relação a pacientes e familiares, quanto ao atendimento prestado por profissionais da saúde. Com frequência, temem a impotência ou perda do controle; ser considerado mal (culpado e que tudo é resultado de punição divina), lesão física ou lesão simbólica (castração) e o medo de ser abandonado<sup>17</sup>.

*“... então, eu tenho a minha mãe, ali. Então, eu me desdobro, sabe?... eu entro pro banheiro, eu choro... eu me deito e choro. Mas, na frente dela, eu tenho que me fazer de forte, botar uma força sobrenatural sobre mim, para dar força para ela. Porque eu acho que eu preciso de força, mas ela precisa mais, né?”*

Portanto, há a necessidade dos familiares em compartilhar seus sentimentos e preocupações comuns em família, pois, desta forma, enfrentando aos poucos a realidade, chegarão juntos a aceitá-la. Caso isto não ocorra e cada um dos seus membros mantenha em segredo suas emoções, dificultará qualquer preparo para o futuro e o resultado final será muito mais dramático do que para aqueles que podem, algumas vezes, chorar e conversar juntos<sup>14</sup>. Desse modo, parece ser a falta de comunicação entre os familiares e o medo de dividir sentimentos um dos elementos mais comuns do estado de ansiedade vivenciado entre eles.

#### A INFORMAÇÃO OU A AUSÊNCIA DA INFORMAÇÃO COMO FONTE DE ANSIEDADE

Os familiares, quando bem orientados, demonstram suas inseguranças e fragilidades, o que, sem dúvida, repercute de forma favorável em uma relação com a equipe e seu familiar internado em estado crítico mais harmônica, manifestando um comportamento tranquilo e um cuidado humanizado<sup>17</sup>. Entretanto, o que se observa, no cotidiano de muitas das instituições de saúde, é o oposto: familiares aflitos, sem saber ao certo o que se passa com seu

familiar internado e pouco confiantes no trabalho desenvolvido pelos profissionais que prestam a assistência, de forma despersonalizada e fria<sup>18</sup>.

*“O médico chama e dá as informações. (...) Só os enfermeiros não podem falar, né? A gente, às vezes, bate aí, pra perguntar uma informação, eles não dão... Dizem que não podem dar... só o médico. É regra da instituição.”*

É possível que a atitude da família mude, depois de orientada e se torne mais colaborativa e confiante no tratamento recebido. Com apenas algumas orientações, é possível observar quanto é reconfortante para a equipe e os familiares uma relação de troca e confiança mútuas. Porém, as regras rígidas das instituições de saúde, em relação à forma como devem ser transmitidas as informações, tendem a tornar a relação profissional com a família tensa e os familiares a mostrarem-se desconfiados e ansiosos.

*“Nos explicam bem, quando você bate na porta... Às vezes, até fora do horário, nos atendem... mas, por telefone, é horrível, porque... Continua na mesma, mesmo estado, melhorou, tá estável... Isto é resposta que se dê?”*

Por sua vez, a falta de informação gera ansiedade e intensa mobilização de energia, por parte da família, dependendo dos tipos de personalidades e circunstâncias, sendo a ansiedade expressa de várias maneiras: muitas vezes, negativas, agressivas e beligerantes, outras vezes, passivas e ausentes. Geralmente, estas diferentes reações coexistem e modificam-se com o passar do tempo e são representadas de forma diferente pelos diversos membros de uma família, sendo mais comum a desconfiança no atendimento prestado<sup>12</sup>.

*“Numa hora, eles te dizem uma coisa e, daqui a pouco, já vêm... te falam... Tu queres ter uma tranquilidade, aí, já vem uma nova hipótese de ser tal doença. Que, aí, eles vão fazer novos exames e, aí, a coisa tá muito difícil... Dão as informações, só que umas*

*informações... Sei lá! Assim, a gente não tá bem confiante do que eles falam.”*

A dificuldade em se chegar a um diagnóstico clínico, a falta de informação ou conhecimento insuficiente da patologia que acomete um paciente, pode conduzir a sua família a um estado de guerra com os membros da equipe de saúde. Por não compreenderem, podem começar a somarem adivinhações sobre o tratamento e a imaginarem-se vítimas de uma trama para esconder-lhes a verdade.

*“Mas tem um lado que eu estou com medo! Que parece que está difícil deles chegarem a um diagnóstico. Eu acho que há 9 dias que ele está internado... já era pra ter feito, em 1, 2 dias de internação... já terem me dado... me dito o que ele tem.”*

Isso reforça a assertiva de que a ansiedade ocorre em várias situações humanas, sobretudo naquelas que envolvem mudanças e nas quais a enfermidade seja o centro, onde o indivíduo defronta-se com a hospitalização, a dúvida sobre o diagnóstico e o prognóstico. As pessoas ansiosas criam um clima de tensão, insegurança e hostilidade, em relação aos demais, passando por uma série de mudanças psicológicas e de comportamento que geram o afastamento, mesmo que inconsciente, dos profissionais da saúde e até dos próprios familiares entre si<sup>19</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A UTI representa um local angustiante para os familiares, ao enfrentarem a possibilidade da morte, a separação e as mudanças na rotina da família. O ambiente é percebido como estressante, o estado de tensão se mantém constante 24 horas por dia e a ansiedade prolonga-se de forma interminável nas salas de espera das UTIs. A necessidade de informações passa a ser uma prioridade para os familiares, sendo possível de ser constatada a cada vez que se abrem as portas.

Nas unidades de cuidados intensivos, podemos encontrar dois pontos de vista distintos: o dos pacientes e seus familiares, que vislumbraram uma esperança de vida acima do previsto e aqueles que se encontram e vivenciam o processo irreversível da morte. Porém, quaisquer que sejam os motivos de internação, a permanência nesta unidade traz, para o cliente e sua família, a experiência do medo e da ansiedade. Diante deste quadro, seria interessante a presença de pessoas preparadas e encarregadas de conceder informações aos familiares sobre o estado de saúde dos pacientes internados, que pudessem estar sempre acessíveis. Prestariam uma assistência, por meio de uma conduta tranqüilizadora, utilizando termos adequados, mantendo uma postura prestativa e solidária com os familiares que se mantêm na expectativa de notícias, muitas vezes, desagradáveis.

A maior dificuldade no relacionamento com os familiares está na reação ao estímulo, inapropriada ou fora de contexto, provocada pela ansiedade. Porém, é importante lembrar que as atitudes dos profissionais da equipe de saúde, em especial do enfermeiro, são determinantes para se evitar e mediar conflitos. Portanto, o enfermeiro tem a oportunidade de proporcionar informações aos familiares, conhecer melhor a relação do paciente com a sua família e aprender a valorizar o que ela refere<sup>18</sup>. Esses fatores contribuem para a redução da ansiedade dos familiares, pacientes e equipe, além de possibilitar a melhoria na qualidade da assistência.

Doenças crônicas ou terminais geram inúmeras situações de crise para a família. Surgem desentendimentos, falta de diálogo entre os seus membros, dificuldades em expressar sentimentos, vergonha para pedir informações e resistência em aceitar a doença e a morte do familiar. Soma-se a este quadro o desconhecimento da patologia, o medo de tratamentos longos e tortuosos, as reações do paciente e da própria família, quanto ao ambiente desconhecido do hospital. Permanecer horas e dias esperando por informações, as quais trazem dúvidas



sobre o futuro e que formam o encontro do paciente e sua família com esse mundo desconhecido, provoca uma situação extremamente angustiante e geradora de ansiedade.

Os achados dessa pesquisa levam-nos a concluir que tanto o enfermeiro como os demais membros da equipe de saúde devem estabelecer maior interação com os familiares. Percebê-los também como clientes que precisam ser assistidos nas unidades dos hospitais, afim de possibilitar uma assistência completa, visando não só o decréscimo da ansiedade, mas o aumento da confiança, cooperação, aceitação do diagnóstico e dos procedimentos utilizados, melhorando a relação de entendimento e de empatia.

Para tanto, é necessário identificar tanto nos familiares como no próprio paciente, os sinais e sintomas de ansiedade e descartar uma causa orgânica; conhecer percepções dos familiares; confrontar as informações que recebem com a rotina de comunicações por parte da equipe de saúde e corrigir eventuais distorções; evitar transmitir informações incompletas ou dar oportunidade à dupla interpretação; incentivar manifestações das preocupações, medos e dúvidas; controlar as expectativas negativas, incentivando o seu compartilhamento entre si e com a equipe de saúde; implementar técnicas que auxiliem no manejo de situações ansiogênicas, incentivando a troca de experiências entre os familiares que vivenciam esta mesma situação, dando suporte emocional e espiritual, estimulando a auto-estima, a esperança dentro da realidade, o descanso e a distração, por meio de leituras e lazer; incluir os familiares num grupo de apoio psicológico do setor de saúde mental do hospital; integrar, na medida do possível, os familiares nas decisões de tratamento, incentivando a sua participação; sempre que possível, mostrar-se disponível para dar informações, dirigindo a palavra com questões abertas; sempre que possível, explicar

os procedimentos realizados e seus benefícios, nos momentos de visita. Ao agirmos assim, estamos certos de que a família passará a sentir-se mais segura e depositará maior confiança na equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

- 1 Takei EH, Schiveletto S. Como diagnosticar e tratar ansiedade. *Rev Bras Med*, 2000; 57(7): 665-6.
- 2 Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- 3 Andreoli TE, et al. Cecil – Medicina interna básica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994.
- 4 Sparks SM, Taylor CM, Dyer JG. Diagnóstico em Enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2000.
- 5 Du Gas BW. Enfermagem prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
- 6 Albuquerque MCS, et al. Efeitos de tensão no organismo. *Rev Gaúcha Enferm*, 1988; 51(1): 38.
- 7 Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- 8 Dal Gasso GTM. A crise como oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda – um desafio para enfermagem. [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.
- 9 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- 10 Whaley LF, Wong DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
- 11 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; 1993.
- 12 Petrilli RT, et al. O processo de comunicar e receber o diagnóstico de uma doença grave. *Diagn Tratam*, 2000; 5: 32-43.
- 13 Fontoura, LRM. As inter-relações entre ansiedade, organização do trabalho e cultura organizacional numa equipe de enfermagem. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1994.

- 14 Kluber-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
- 15 Paiva MFA, Jorge AS, Sumie Koizmi M. Procedimentos invasivos e complicações em pacientes com traumatismo crânio-encefálico internados em unidade de terapia intensiva. Rev Gaúcha Enferm, 1992; 13(1): 32-42.
- 16 Branco DS, et al. Familiares em sala de espera de Unidade de Bloco Cirúrgico (UBC): Percepção sobre informações recebidas. Rev Gaúcha Enferm, 1988; 9(2):100.
- 17 Cassem NH. Assistência médica para pacientes terminais. Rev Neuropsiconews, 2001; (32):7.
- 18 Beck CLC. O processo de viver, adoecer e morrer: reflexões com familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.
- 19 Schmarczek M. Ansiedade estado em situações de sala de aula e estágios de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm, 1984; 5(2):306.