

REFLETINDO SOBRE O CONTEXTO PSICOSSOCIAL DE FAMÍLIAS DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA*

REFLECTIONING ABOUT THE FAMILIES PSYCHOSOCIAL CONTEXT OF PATIENTS IN THE EMERGENCY UNIT

REFLEXIONANDO EL CONTEXTO PSICOSOCIAL DE FAMILIAS DE PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

LEANDRO BARBOSA DE PINHO** y LUCIANE PRADO KANTORSKI***

RESUMO

Este trabalho aborda o contexto psicossocial da família diante do desligamento temporário com seu familiar internado na unidade de emergência de um Pronto-Socorro de uma cidade do sul do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de grupo, qualitativo, descritivo e analítico, desenvolvido com três famílias. Realizamos uma observação participante, auxiliada por uma entrevista semi-estruturada e gravada. Ordenamos e categorizamos as verbalizações em duas temáticas: a família e suas expressões diante da internação do familiar-paciente na emergência e o profissional de saúde e a situação de emergência – naturalizando o sofrimento. A análise foi orientada pelos conceitos de organização circular e recursividade da terapia sistêmica de famílias. Verificamos que a internação na emergência desestabiliza a família, desencadeando sofrimento psíquico, e que a enfermagem, diante do risco de vida, supervaloriza a técnica em detrimento do trabalho com o paciente e sua família, estratégia para evitar seu próprio sofrimento psíquico. Concluímos que ainda é incipiente o cuidado humanizado na emergência e que a enfermagem deve compreender as relações sociais dos pacientes, inserindo-as no projeto terapêutico da unidade.

Palavras-chave: Emergência, sofrimento psíquico, família.

RESUMEN

Este trabajo pretende conocer el contexto psicossocial de la familia frente a la separación temporal de un familiar internado en un Servicio de Urgencias en una ciudad del sur de la provincia de Rio Grande do Sul. Se trata de un estudio de grupo, cualitativo, descriptivo y analítico, desarrollado con tres familias. Realizamos una observación participante, a través de una entrevista semi-estructurada y gravada. Ordenamos los discursos de las entrevistas en dos temáticas: la familia y sus expresiones por la internación de su familiar-paciente en la unidad de urgencias y el profesional de salud y la situación de urgencia – naturalizando el sufrimiento. El análisis ha sido orientada por los conceptos de organización circular y recursividad de la terapia sistémica de familias. Verificamos que la internación en aquella unidad desestabiliza a la familia, produciendo sufrimiento psíquico, y que las enfermeras, frente al riesgo de vida, supervaloran la técnica, poniendo el apoyo al paciente y su familia en segundo plano, estrategia para evitar su propio sufrimiento psíquico. Concluimos que aun es incipiente el cuidado humanizado en la unidad de urgencias y que la enfermera debe comprender las relaciones sociales de sus pacientes, incluyéndolas en el proyecto terapéutico de la unidad.

Palabras claves: Urgencia, sufrimiento psíquico, familia.

ABSTRACT

This work approaches the psychosocial context of the family facing a family member temporary due to hospitalization at an emergency ward of a city at south of the Rio Grande Do Sul State. This is qualitative, descriptive and analytical study group, developed with three families. A participant observation, assisted by a semi-structuralized and recorded interview was carried out. Verbalizations were comanded and categorized in two thematic branches: Family and its

*Artigo elaborado a partir da Monografia de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e intitulada "O contexto psicossocial da família do paciente internado na unidade de emergência".

**Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Brasil. E-mail: lbpinho@uol.com.br

***Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil. E-mail: kantorski@uol.com.br

expressions concerning the family-patient hospitalization at the emergency ward and the health professional and the emergency situation: naturalizing the suffering. Analysis has been oriented by the concepts of circular organization and the family's systemic therapy recursively. We verified that hospitalization at the emergency ward disestablish the family, thus producing psychic suffering, and that the nursing when facing the life risk, super overvalues the technique in detriment of the patient and the family care finding out that this was a nursing strategy to prevent their proper psychic suffering. We conclude that the humanized care at the emergency wards is still incipient and that the nurses must understand the social relationships their patients have, including them at the therapeutical project of the ward.

Keywords: Emergency, psychic suffering, family.

Recepcionado: 01.12.2003. Aceptado: 19.05.2004

INTRODUÇÃO

A família é o primeiro grupo social ao qual somos inseridos. Esta, como unidade nuclear do indivíduo, deve-nos acolher, permitindo-nos desenvolver nossas habilidades, experiências, vivências e novas relações humanas. É o ambiente em que a pessoa recebe todo o apoio afetivo, psicológico, valores humanos e éticos, além de outras ferramentas necessárias para seu pleno desenvolvimento físico e mental. Portanto, para que se alcance o equilíbrio familiar, reforçam a necessidade de desenvolvimento saudável para cada um de seus membros (GONZALES, 1999; OLIVEIRA e JORGE, 1998).

Família é a instituição que funciona como a base do convívio social das pessoas. É ela que prepara o ser humano para enfrentar o mundo exterior, insere-o definitivamente em uma comunidade, na qual interagirá e formará novas famílias.

Nesse momento, é importante destacar que grande parte da nossa assistência de enfermagem aos pacientes e à sua família é feita com a prestação de um apoio psicológico. Durante as conversas é possível entender o contexto psicossocial desses indivíduos, suas relações com o mundo, bem como as relações desses indivíduos com as pessoas que os cercam, estabelecendo a melhor forma de ajudar a solucionar os problemas. O ato de sentar em frente ao paciente ou parente, olhar nos seus olhos, ouvindo-o com interesse e dedicação sobre alguém ou alguma coisa, transmite-lhe con-

fiança, permite o estabelecimento de vínculos emocionais e otimiza, conseqüentemente, o atendimento. No entanto, quando o enfermeiro não se relaciona com seus pacientes e familiares, não procurando compreendê-los para solucionar ou minimizar seus problemas, promove a inviabilização da inter-relação terapêutica, perdendo, conseqüentemente, um poderoso instrumento de cuidado de enfermagem.

Além disso, cada família reage de uma forma perante a internação de seu parente na unidade de emergência, o que dificulta o manejo. Cada membro familiar tem sua singularidade, mas que não pode ser ignorada ou até mesmo excluída durante o processo terapêutico.

Oliveira e Bastos (2000) embasam esse nosso argumento ao explicitarem que:

Tomar a família como objeto de investigação e intervenção em saúde requer, como ponto de partida, focalizar seus modos de organização e funcionamento, nos aspectos mais cotidianos de sua existência. É nesse contexto que faz sentido analisar a influência dos valores e costumes de uma comunidade humana sobre a percepção dos sintomas, da enfermidade, sua interpretação e técnicas de tratamento. Enfim, não se pode compreender as reações das pessoas frente às questões ligadas ao binômio saúde-doença sem considerar a cultura em que foram educadas e formas culturais específicas de organização social nessa área.

Identificamos que a participação da própria sociedade no tratamento do doente pode ser decisiva para a manutenção de uma qualidade de vida satisfatória. Destacamos a família, mesmo com suas divergências e peculiaridades, como unidade dessa sociedade que pode promover o bem-estar do paciente. Contudo, quando o indivíduo adoce, sendo necessária sua internação hospitalar, ele perde o contato integral com sua família, a qual desestrutura-se física e emocionalmente, o que é confirmado por Oliveira e Jorge (1998).

Franco e Jorge (2002) colocam que as instituições hospitalares não estão preparadas para trabalhar com o familiar, ou seja, não existe sua institucionalização, ficando o doente longe de seu parente, induzindo-o ao padecer psíquico. Citam que a enfermagem tem dado uma importância em especial para a abordagem holística, mas a prática, muitas vezes, tem-se encarregado de contrariar essas expectativas.

Assim sendo, é diante dessas discussões que pretendemos conhecer o contexto psicossocial da família e suas necessidades diante do desligamento temporário com seu familiar internado no serviço de emergência.

METODOLOGIA

O enfermeiro deve ter conhecimento das vertentes sociais, culturais e morais da família e do grupo social na qual está inserida para que possa interagir da maneira mais harmoniosa possível. Portanto, o relacionamento terapêutico só se torna satisfatório e efetivamente terapêutico quando família e enfermeiro estão em sintonia e preparados para o enfrentamento das dificuldades.

Encontramos em Friedman (1992) algumas considerações sobre teorias de pesquisa com grupos familiares. A autora traz relevantes contribuições para a investigação em Enfermagem no momento em que tais teorias descrevem e elucidam os fenômenos sociais no mundo da família. Elsen (1994) comple-

menta a informação quando ressalta que as teorias e marcos conceituais desenvolvidos na enfermagem têm ajudado os pesquisadores a aprofundar seus conhecimentos sobre o contexto familiar.

Considerando que a proposta geral de nosso estudo é conhecer a realidade familiar e a sua dinâmica diante da hospitalização de um parente na unidade de emergência, utilizamos, como referencial teórico-metodológico, os conceitos de organização circular e recursividade da terapia sistêmica de famílias.

Um sistema pode ser definido como uma rede complexa de relações e interações entre atores em um cenário específico. Cada ator, à luz da terapia sistêmica, representa um subsistema, que interage com outros subsistemas, construindo um sistema maior. Nesse sentido, a família pode ser considerada um sistema porque representa certa totalidade das relações e interações de membros familiares (subsistemas), em um processo simbiótico de evolução entre si e com o mundo (GALERA e LUIS, 2002).

Pensar de uma forma sistêmica na família pressupõe, também, compreensão aos aspectos ligados a suas individualidades enquanto grupo e à sua organização. Papp (1992, p. 22,26) remarca que um sistema familiar não é somente a união de indivíduos para formar um grupo, mas a união de indivíduos que, com suas particularidades, criam um produto muito maior que a mera soma das partes. O pensamento sistêmico aplicado às famílias requer entendimento do contexto em que o grupo vive. “No Pensamento Sistêmico, não há absolutos ou certezas; a realidade e a verdade são circulares... O mérito central da teoria para finalidades terapêuticas é o de que ela não é uma teoria da mudança e sim uma teoria da estabilidade”.

Dessa forma, Papp (1992) ainda observa que o terapeuta deve centrar sua atenção na compreensão do comportamento de um indivíduo e não, primeiramente, na causa que o levou ao comportamento, além de como pode afetar o dos demais integrantes, no in-

tuito de re-estabelecer a homeostase familiar. Essa forma de interação é chamada por ela de *organização circular*.

Wright e Leahey (2002) destacam cinco conceitos fundamentais da teoria dos sistemas, importantes para auxiliar os profissionais da saúde, a saber: um sistema familiar é parte de um supra-sistema mais amplo e, também, composto por muitos subsistemas (individuais, por exemplo); a família como um todo é maior que a soma das suas partes (sistemas individuais); a mudança em um membro da família afeta todos os outros; a família é capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade; os comportamentos dos membros da família são mais bem entendidos sob o ponto de vista de uma causalidade circular e não linear.

Segundo Wright e Leahey (2002), os princípios de organização circular e o de causalidade circular evidenciam que um evento A, que gera um evento B, pode ter sua dinâmica interferida pelo evento que criou, sem uma linearidade, exigindo, em função disso, um potencial regulador. Nesse sentido, compreendemos a família que vivencia a hospitalização como um sistema em processo de auto-regulação. A internação hospitalar evidencia uma complexificação das relações familiares, que, de certa forma, se desestabilizam, mas, ao mesmo tempo, convergem para uma forma de reorganização interna que leve à homeostase do grupo.

Vasconcellos (1995) salienta que o estudo dos mecanismos de auto-regulação (retroalimentação) dos sistemas despontaram com a cibernética e denomina que a circularidade de ações, gerando retroalimentação, também pode ser chamada de *recursividade*.

Ao reportarmos-nos ao paciente internado na unidade de emergência, é importante lembrar que este requer cuidados imediatos. Essa situação pode provocar, na família, sentimentos de impotência, fraqueza e despreparo, como explicita Papp (1992). Assim, é nessa hora, na qual a família pode não ter condições de enfrentar os conflitos internos sozinha, que o

enfermeiro deve tornar-se co-partícipe desse processo, já que seu potencial terapêutico pode amenizar o sofrimento psíquico causado por essas transformações.

Portanto, para que possamos explorar as peculiaridades que envolvem o cuidado do doente pela família, é necessário entender que o ser humano não é único, ou seja, ele se desenvolve em ambientes diferentes, com pessoas, muitas vezes, diferentes e que transportam toda uma bagagem cultural e social. Conseqüentemente, reforçamos que a família também é singular. Assim, para que o enfermeiro possa interagir com este grupo, é necessário que o veja de uma forma integral, primeiramente respeitando suas intersubjetividades e visões de mundo.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo de grupo, de caráter qualitativo, descritivo e analítico, desenvolvido com familiares de um paciente internado na unidade de emergência de um pronto-socorro, localizado em uma cidade do sul do Estado do Rio Grande do Sul. Propusemos descrever as necessidades e inquietações dos familiares, fazendo uma interpretação dos dados obtidos à luz da bibliografia e dos conceitos de organização circular e recursividade da terapia sistêmica de famílias. Para isso, encaminhamos um documento, anexado à proposta do trabalho, para o comitê de ética em pesquisa da instituição e recebemos parecer favorável ao desenvolvimento do estudo.

A unidade de emergência na qual desenvolvemos o estudo está vinculada a um dos hospitais da cidade e possui uma área útil de 60,85 m², sendo a porta de entrada das emergências clínicas e traumáticas. Nela encontram-se dispostos três leitos fixos, uma maca fixa também destinada à internação, uma maca de atendimento de emergência, uma maca para realização de eletrocardiograma, uma sala de expurgo e um sanitário de pacientes. Atende pelo Sistema Único de Saúde e,

além dos serviços médicos tradicionais, oferece atendimento com especialistas nas áreas de neurologia, traumatologia, pediatria, cirurgia geral e especializada.

A pesquisa foi desenvolvida através de observação participante livre, bem como com auxílio de uma entrevista semi-estruturada e gravada. Todas as informações colhidas das entrevistas foram transcritas, organizadas na forma de um diário de campo e analisadas à luz do referencial teórico-metodológico escolhido.

Foram estudados todos os membros da família de 3 (três) pacientes internados na respectiva unidade de emergência e aplicado os conceitos de recursividade e organização circular do referencial teórico da terapia sistêmica. Os familiares estudados receberam uma carta-convite para participar da pesquisa, que discutia sucintamente os objetivos dos pesquisadores e preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para melhor entendimento, optamos por nos referir ao paciente como “familiar-paciente”.

Cada família foi identificada com a letra F seguida do número que corresponde à ordem em que apareceu no estudo (F1, F2 ou F3). Os pesquisadores permitiram que os investigadores escolhessem um nome fictício para a participação no estudo a fim de preservar suas identificações pessoais.

Para efeitos de esquematização e melhor entendimento das relações familiares, optamos por identificar a família na seguinte ordem: Nome fictício do familiar – número correspondente da família na entrevista (F1, F2 ou F3) – grau de familiaridade com o paciente. Exemplo: Alice – F2 – Neta.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O processo de hospitalização, seja ele na unidade de emergência ou em qualquer outra unidade, evidencia na família uma série de sinais e sintomas de desestabilização emocio-

nal em função da separação entre os seus membros e o familiar-paciente.

Em um hospital, a prioridade da equipe de saúde é o tratamento do doente, e, da família, é o cuidado do familiar-paciente, às vezes, em detrimento do próprio cuidado individual de cada um dos membros, tendo, em consequência, toda sua vida e dinâmica diária modificada. Se a doença é considerada como um momento de crise, que exige atenção, solidariedade e apoio incondicionais dos membros familiares, a família exige, então, a permanência ao lado de seu parente querido como modo de demonstrar interesse e dedicação (MOTTA; FRANCO e JORGE; HENCKEMAIER, 2002).

No entanto, ao se falar de unidade de emergência, esses valores perpetuados pela família muitas vezes são deixados em segundo plano, já que nela os familiares não podem acompanhar totalmente o familiar-paciente, mas apenas em horários pré-determinados pela equipe de saúde e pela instituição para a realização das visitas. A palavra emergência já remete-nos ao tratamento intensivo, crítico, destinado ao paciente que corre risco de vida iminente, necessitando de tratamento imediato. Por esse motivo há a adoção de tais condutas.

Assim, entender o contexto psicossocial da família diante da internação de seu familiar na unidade de emergência pressupõe, antes de tudo, compreender como esse contexto se desenvolve dentro de uma unidade cheia de mitos, estigmas e limitações.

A Família e suas expressões diante da internação de seu familiar-paciente na Unidade de Emergência

Quando o familiar recebe a notícia de que seu familiar-paciente necessita ser internado na unidade, emerge uma sensação de estranheza e impotência, carregada de medos e ansiedades em relação ao processo de internação na emergência. Assim, o desequilíbrio emocional e a desestabilização dos familiares são evi-

denciados, como demonstram as falas a seguir:

Eu fiquei chocada... E ai eu fiquei com aquilo na hora, fiquei sem reação, não chorei nada, fiquei chocada, sabe, não tem como tirar ela dali, toda a situação fez com que ela viesse a acabar ali (Alice – F2 – Neta).

A gente fica muito chocada, com esse mesmo sentimento de impotência, né? De sentir que não podia reverter o quadro e melhora... Senti a gravidade da situação, porque sei que todo o paciente que vai pro CTI é porque é grave... É muito difícil manifestar o sentimento, chorar, desabafar, eu to com essa dificuldade (Nahir – F2 – Filha).

... todas as ocasiões que eu vi pessoas assim é porque tão na última, né? Me deu um choque quando eu vi ele cheio de aparelhos... (Talia – F3 – Mãe).

Diante da internação do familiar na emergência, os membros da família experienciam uma sensação de descontinuidade pela abrupta ruptura com seu familiar-paciente, desencadeando reações emocionais de sofrimento psíquico, dor, medo da perda e do desconhecido, aumento da ansiedade e desesperança do outro, sentimentos esses que o momento de crise impõe (SEBASTIANI, 2002a).

Sofrimento vai além do saber físico. Caracteriza-se por uma junção de conotações culturais, subjetivas, sociais e espirituais, ou seja, é a ansiedade, a depressão, a solidão e o sentimento de não-sentido da vida. Em função disso, o sofrer acentua o processo de desestruturação da família porque invade toda a sua integridade enquanto grupo social, alterando todas as perspectivas futuras (PESSINI, 2002).

Esse processo de padecimento da família está intimamente relacionado à ocasião de facticidade da doença grave e a conseqüente internação do familiar-paciente na unidade de emergência, e, do ponto de vista antropológico, o sofrimento familiar subentende diversos conceitos, significados e sentidos, sendo a forma de o indivíduo repensar sua trajetória de vida e reconstruir sua identidade pes-

soal. Falar em identidades remete-nos às visões de mundo e vivências pessoais, e, dependendo do momento aflitivo pela qual o indivíduo passa, ele canaliza o significado do seu sofrimento. No instante em que a família se vê em uma situação desesperadora, ou seja, quando seu sofrimento ultrapassa todos os limites da doença física e das possibilidades de ajuda, surgem sentimentos de vulnerabilidade, fraqueza e medo do desconhecido (RODRIGUES e CALOSO, 1998).

Frente às situações de limite biopsicossocial, esses sentimentos em relação ao seu familiar internado na emergência freqüentemente norteiam a família a pensar em outras formas de intervenção e acompanhamento ao seu familiar. Às vezes a família não tem saída a não ser procurar recursos sobrenaturais, como a oração, para minimizar o sofrimento psíquico. As seguintes falas expressam essa necessidade:

Tu ora, pede a Deus, entrega tua vida nas mãos dele, que tudo vai dar certo, tu vai ficar bom... (Patrícia – F1 – esposa).

... a única coisa que tem pra fazer é rezar, com o monte de aparelho que ele ta só nos resta rezar... (Eliete – F3 – Tia).

Minayo (1994) e Rabelo (1994) verificaram que muitas pessoas e de diversos estratos sociais procuram rituais de cura quando se encontram em “situação-limite”, como nas doenças graves, em que a colaboração de amigos, família e até mesmo o esforço pessoal seriam incapazes de mudar o contexto. Elas procuram, nas práticas religiosas, a cura ou o alívio de suas aflições, possibilitando uma resignificação de suas experiências. A seguinte fala expressa essa situação:

A única coisa que eu penso é ter fé, esperança e paciência, sempre, né? Os médicos aqui fazem a parte deles, mas Deus também ajuda pra que eles façam ainda melhor. A fé vai me fortalecendo cada vez mais... Depois que eu resolvi tudo que tinha pra resolver eu chorei muito, muito mesmo, mas depois pensei meu Deus, eu não vou chorar, né? (Talia – F3 – Mãe).

Compreendemos que, ao pensar na fé e na esperança da melhora do quadro clínico como instrumentos fortalecedores de sua psique, Talia reconstruiu sua identidade social abalada pela gravidade da doença de seu familiar, internado na emergência. É claro que cada pessoa reage à dor, ao sofrimento, à doença e à possibilidade da morte de maneiras diversas, mas a fé caracteriza-se, nessas situações de risco iminente, numa ferramenta que possivelmente providenciará o alívio da aflição.

Esse posicionamento de Talia denota também a confiança depositada nos médicos socorristas para que possam curar seu familiar-paciente, o que, para Laplatine (1991) é o resultado da vulnerabilidade diante da situação de risco e que se transforma em uma relação de interdependência, a medida em que toda a responsabilidade pela cura de seu parente é transferida ao médico que o atende. Para a família, rezar e pedir a Deus pela salvação do parente-doente seria a única alternativa para amenizar seu sofrimento e buscar a salvação (cura).

Segundo Papp (1992), a família funciona como um sistema que está sempre tendendo ao equilíbrio. Qualquer condição que gere mudança – nesse caso a doença grave de um familiar – de alguma forma exige dos membros familiares uma readaptação, a fim de resgatar aquela estabilização interna perdida pela situação agravante. Contudo, quando ocorre a internação hospitalar de um de seus parentes, a homeostasia do grupo fica prejudicada pela ruptura das relações interpessoais, ocasionando a emergência de expressões e sentimentos de fragilidade, desconhecimento, medo, insegurança e impotência.

É nessa hora, então, que ocorre a retroalimentação citada por Vasconcellos (1995), pois, quando o grupo familiar lida dificultosamente com os conflitos internos sozinho e não existe ajuda terapêutica por parte da equipe de saúde, ele parte em busca de outras alternativas para o alívio de seu sofrimento, como no campo religioso.

Percebemos que a crença e a fé das pessoas

devem ser levadas em consideração na hora do estabelecimento do relacionamento terapêutico interpessoal, uma vez que a família é formada de várias vertentes socioculturais que não podem ser simplesmente ignoradas pelos profissionais de saúde. O profissional de saúde que desvaloriza as contribuições culturais da família no processo de adoecimento enriquece a postura etnocêntrica das relações, o que só aumenta o grau de distanciamento entre profissionais e família do paciente, já que os conhecimentos biomédicos muitas vezes podem se sobrepor às visões de mundo e experiências dos familiares. Nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais da saúde entendam o contexto familiar, que, nessa hora, é saturado de intensas dúvidas, estranhamentos e subjetividades e insiram a família do paciente no projeto terapêutico da instituição.

O profissional de saúde e a situação de emergência – naturalizando o sofrimento

Diante de todas as reflexões feitas, até este momento, sobre as limitações de assistência à família do paciente pela equipe de saúde, convém ressaltar que a humanização no contexto hospitalar – e no nosso caso na unidade de emergência/tratamento intensivo – parece-nos ainda apenas presente na teoria e na literatura, já que a premissa básica desses setores continua sendo o tratamento da doença grave, ou seja, do físico, do patológico, escanteando o tratamento do ser humano e de sua família que o acompanha. Pensamos que somente poderemos humanizar nossa assistência prestada quando passarmos a incluir no ambiente terapêutico as vivências e relações sociais dos nossos pacientes.

Nas unidades de terapia intensiva, o plano biomédico orienta praticamente todas as etapas da terapêutica do paciente: antibióticos que combatem infecções, máquinas que respiram pelos pacientes e o monitoram entre outros, tudo com o objetivo de preservar a vida. O individualismo no atendimento faz

com que os profissionais exilam os familiares do paciente, esquecendo-se que este também é formado de emoções, vínculos e motivações. Se por um lado tentam se aproximar da melhora da qualidade de vida biológica do paciente, por outro podem fortalecer o processo de adoecimento psíquico do mesmo e de seus parentes (SEBASTIANI, 2002b).

Em relação à equipe de enfermagem, podemos verificar que a vigilância dos pacientes na unidade de emergência é muito maior que na enfermaria, localizada atrás do Pronto-Socorro. Sempre que alguma situação adversa é detectada, as intervenções são quase imediatas. Nesse setor, o tecnicismo assume um papel relevante na prestação da assistência de enfermagem e o imediatismo das atividades determina a sua qualificação. Dessa forma, o comportamento puramente técnico, muitas vezes, leva a equipe a sobrepor seus conhecimentos aos do paciente e de sua família, contribuindo ainda mais para o desmantelamento das relações interpessoais equipe de enfermagem-família do paciente.

Alice, em uma das oportunidades de visitação na unidade, curiosa com o mecanismo que controla o gotejamento do soro de sua avó, achando que o soro estava correndo rápido demais, diminuiu a infusão da solução, fazendo, quase que prontamente, a auxiliar de enfermagem lhe contestar dizendo: “Olha, isso aqui é assim!”, de uma maneira, segundo ela, autoritária.

... eu não sabia que o soro tinha que ficar pingando sempre... eu nunca tinha visto, até agora não sei como funciona aquele abre e fecha.... (Alice – F2 – Neta).

A postura verticalizada da auxiliar de enfermagem não levou em consideração o interesse de Alice em entender o que se passava com sua familiar e o porquê de tantos soros e equipamentos, revelando uma hegemonia da qual, de certa forma, a profissional se apoderava no momento. Caberia a ela, como membro da equipe de saúde, e em especial da equipe de enfermagem, lançar mão de uma críti-

ca mais construtiva, educativa e participativa, com base na explicação do quadro, tipos de soluções infundidas e as complicações que poderiam ocorrer diante da falta dessa infusão.

Lemos e Rossi (2002), em seu estudo, verificaram que o processo de separação do paciente de seus familiares, que por si só já é um evento estressante, assume concepções diferenciadas de acordo com o tratamento que a equipe de enfermagem dispensa ao paciente e aos membros familiares, podendo assumir conotações que vão desde o agressivo ao tranqüilo.

Percebemos que as equipes de saúde dessas unidades costumam conviver diariamente com a possibilidade da cura ou a iminência da morte, voltando suas atividades para o pronto restabelecimento do “indivíduo doente”. O próprio ambiente fechado, pequeno e cheio de aparelhagem de alta tecnologia, de certa forma, já induz à valorização das técnicas em detrimento do trabalho com o ser humano e sua família:

... pra vocês parece uma coisa normal porque vocês estão acostumados com aquilo, pra gente que não entende nada qualquer coisinha que vocês façam ali, um caninho daqueles na boca dele a gente já se apavora, fica louco, né? (Talia – F3 – Mãe)

... tem horas que tu já começa a anestesiá, não vê mais as coisas. Fica natural. (Nahir – F2 – Filha).

... tu acha tudo “oh, ta, esse ai só ta com um prego cravado no dedo...uma facada na barriga”... daqui a pouco tão dizendo “ah, morreu, grande coisa, morreu!” E eu fico pensando se isso acontece comigo será que não acontece com eles que estão atendendo? Será que eles também não vão se anestesiando tanto, perdendo o valor e a atenção pelas pessoas? Porque se eu que senti horrores já não estou sentido mais, imagina eles que já tem o dom pra isso, que já aceitam naturalmente, aquilo vira automático, uma conta de matemática. (Alice – F2 – Neta).

Pitta (1991) aborda, em seu estudo, o contexto de naturalização do sofrimento do profissional de saúde no hospital, fundamentan-

do-se nos estudos de Àries e Menzies. Esses autores reforçavam que a própria medicina moderna, com todo seu aparato tecnológico, ao buscar o prolongamento da vida, intencionalmente evitou discussões mais aprofundadas sobre a dor, o sofrimento e a morte, afastando-as do convívio social e reforçando a idéia de que deve continuar ocultada e distanciada. O hospital, a medida em que passou a servir como centro de reabilitação de doentes, também se incumbiu de administrar e conter todos os problemas emocionais provocados pelos doentes e suas famílias. Então, é através de mecanismos de defesa que os profissionais de saúde negam sua própria dor e o sofrimento diante de situações consideradas críticas.

As famílias, ao exporem essa circunstância, corroboram as colocações de que prevalece o valor quantitativo do trabalho da equipe de saúde da emergência, desconsiderando as expressões e necessidades humanas básicas, como as de atenção, de carinho, de solidariedade e de relacionamento interpessoal.

Assim sendo, ao naturalizar e negar a dor do outro, o profissional de saúde nega a sua própria condição humana, já que a maior característica que nos diferencia de qualquer outra espécie é justamente aquela que nos permite compreender e estimar o quanto o sofrimento da pessoa a fragiliza (CAMON, 2002).

Devemos recordar que cada pessoa, sendo única, responde às condições adversas com sua vida de maneiras totalmente distintas. O acometimento de uma doença, mesmo tendo a mesma etiologia, pode desencadear insegurança, dúvidas, contradições e ansiedades dos mais variados estilos possíveis. E, logicamente, assim reagirá a família, enquanto instituição social e também exclusiva em suas peculiaridades.

Enfim, um simples toque, um olhar e um diálogo, por mais breve que seja, são formas de humanização que dificilmente serão esquecidas pelo paciente e por seus familiares. A enfermagem, ao aproveitar-se do horário da

visita para isso, incluindo a família em seus cuidados, com interesse e dedicação, ajuda no fortalecimento das vinculações e estende o *setting* terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família, enquanto instituição social e singular, reage de diversas maneiras perante a internação do familiar na unidade de emergência. Nesse sentido, trabalhar com essas expressões são formas de dedicar atenção, minimizando as complicações psicossociais.

Constatamos que a unidade de emergência, para a família, funciona como uma fonte de inquietações e insegurança emocional em função da gravidade do quadro clínico do familiar. Ao realizar um resgate das práticas assistenciais desenvolvidas na unidade, que se assemelha muito às unidades de terapia intensiva, verificamos que os profissionais lutam constantemente contra as complicações e a iminência da morte. O contato dos familiares com o paciente, em função disso, se torna limitado. Assim, quando a família não pode acompanhar diretamente o seu familiar na unidade, evidencia-se o sofrimento psíquico.

Analisando os limites de relacionamento interpessoal, pudemos observar que, em função da necessidade de intervenção imediata pela gravidade do caso, os profissionais de enfermagem tendem a supervalorizar o tecnicismo em detrimento do trabalho com o ser humano e sua família, o que os leva a considerar o indivíduo doente como mais um “corpo doente”, que pode ou não ser “consertado”. Isso é uma alternativa de defesa psicológica construída contra os problemas do outro, evitando o próprio sofrimento psíquico.

Em suma, acreditamos que a humanização no contexto hospitalar, e, no nosso caso, na unidade de emergência, ainda é incipiente. Cabe, portanto, à enfermagem, compreender as reações e estranhamentos da família diante da internação, inserindo-a no projeto terapêutico da unidade de emergência. E, no mo-

mento em que a família se distancia do paciente, a enfermagem pode e deve mediar as relações, oferecendo-lhe ajuda emocional para o enfrentamento da situação através da comunicação e do relacionamento interpessoal.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, I.L.K. (1999). A interação humana. In: LEOPARDI, M.T. Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis. Ed. Papa-Livro. 204-10.
- BÉRGAMO, M.A. (1999). Sobre a comunicação e a Enfermagem. In: Leopardi, M.T. Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis. Ed. Papa-Livro. 181-6.
- CAMON, V.A.A. (2002). Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. In: Camon, V.A.A. Urgências psicológicas no hospital. São Paulo. Ed. Pioneira Thompson Learning, 41-60.
- COPPE, A.A.F. Miranda, E.M.F. (2002). O psicólogo diante da urgência no pronto-socorro. In: CAMON, V.A.A. Urgências psicológicas no hospital. São Paulo: Ed. Pioneira Thompson Learning. 61-80.
- ELSEN, I. (1994). Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: Elsen, I., Penna, C.M.M., Althoff, C.R., Bub, L.I.R., Patrício, Z.M. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis. Ed. da UFSC, 1994, 61-77.
- FARIA, E.M. (1998). Comunicação na saúde: Fim da assimetria? Pelotas. Ed. Gráfica Universitária da UFPel.
- FUREGATO, A.R.F. (1999). Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto. Ed. Escala.
- FRANCO, M.C., JORGE, M.S.B. (2002). Sofrimento do familiar frente à hospitalização. In: Elsen, I., Marcon, S.S., Santos, M.R. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá. Ed. Eduem, 181-98.
- FRIEDMAN, M. M. (1992). Family nursing: Theory and practice. (3 ed.) East Norwalk. Ed. Appleton & Lange.
- GALERA, S.A.F., Luis, M.A.V (2002). Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. Revista de Enfermagem da USP 36, (2), 141-7.
- GONZALES, R.M.B. (1999). A auto-percepção - um trajeto vivenciado por enfermeiras. In: Gonzales, R.M.B., BECK, C.L.C., Denardin, M.L. Cenários de cuidado: Aplicação de teorias de enfermagem. Santa Maria. Ed. Pallotti. 15-60.
- HENCKEMAIER, L. (2002). Dificuldades ao cuidar da família no hospital. In: Elsen, I., Marcon, S.S., Santos, M.R.. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá. Ed. Eduem. 403-19.
- KANTORSKI, L.P. (2002). Mental health care in Brazil. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 09, (3), 251-3.
- KOHLRAUSCH, E. (1999). O modelo assistencial clínico e algumas possibilidades de fazer diferente. Revista Gaúcha de Enfermagem 20, (especial), 70-85.
- LAPLATINE, F. (1991). Antropologia da doença. Traduzido por Walter Lelis Siqueira. São Paulo. Ed. Martins Fontes. 241-6.
- LEMO, R.C.A., Rossi, L.A. (2002). O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. Revista Latino-americana de Enfermagem 10, (3), 345-57.
- MINAYO, M.C.S. (1994). Representações da cura no catolicismo popular. In: Alves, P.C., Minayo, M.C.S. Saúde e Doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 57-72.
- MOTTA, M.G.C. (2002). O entrelaçar dos mundos: família e hospital. In: ELSEN, I., MARCON, S.S., SANTOS, M.R.. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá. Ed. Eduem, 157-79.
- NEITSCHKE, E.A. (1996). O micropoder no processo de trabalho dentro da estrutura hospitalar: vivenciando uma história. Revista Brasileira de Enfermagem 49, (3), 373-90.
- OLIVEIRA, M.M.B. de, Jorge, M.S.B. (1998). Doente mental e sua relação com a família. In: V ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL E IV ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, Ribeirão Preto - SP. Anais. 379-88.
- OLIVEIRA, M.L.S, BASTOS, A.C.S. (2000). Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. Psicologia: Reflexão e Crítica 13, (1), 97-107. Disponível por www em scielo. br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0102-79722000000100012&lng=pt&nrm=isso. Data da Consulta: 06/10/2002.
- PAPP, P. (1992). O processo de mudança: uma abordagem prática à terapia sistêmica de família. Tradução de Maria Efigênia Maia e Claudine Kinsh. Porto Alegre. Ed. Artes Médicas.
- PEPLAU, H.E. (1990). Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona. Ed. Salvat S.A.
- PESSINI, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Bioética 10, (2). Disponível por www em portalmédico.org/revista/bioética/bio10v2/ simpósio1.htm. Data da Consulta: 08/10/2002.

- PITTA, A.M.F. (1996). Hospital: dor e morte como ofício. (2 ed). São Paulo. Ed. Hucitec.
- RABELLO, M.C.M. (1994). Religião, ritual e cura. In: ALVES, P.C., MINAYO, M.C.S. Saúde e Doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ. 47-56.
- RODRIGUES, N., CALOSO, C.A. (1998). Idéia de “sofrimento” e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: DUARTE, L.F.D, LEAL, O.F. Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 137-49.
- SEBASTIANI, R.W. (2002). A equipe de saúde frente às situações de crise e emergência no hospital geral: aspectos psicológicos. In: CAMON, V.A.A. Urgências psicológicas no hospital. São Paulo. Ed. Pioneira Thompson Learning. 31-9.
- _____. (2002). Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In: CAMON, VAA. Psicologia hospitalar: teoria e prática. São Paulo. Ed. Pioneira Thompson Learning. 29-71.
- TRAVELBEE, J. (1979). Intervención en enfermería psiquiátrica. Colombia. Ed. Carvajal.
- VASCONCELLOS, M.J.E. (1995). Terapia sistêmica familiar: bases cibernéticas. Campinas. Ed. Psy II.
- WRIGHT, L.M., LEAHEY, M. (2002). Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção em família. (3^{er}a ed). São Paulo. Ed. Roca.