

Departamento de Ecologia
Universidade de Évora

*O Sistema Família no “Microecossistema”
Cuidados Intensivos*

PATRÍCIA DA SILVA MENDES

Professor Orientador: Françoise Lopes

Professores Co-orientadores: José Manuel de Mascarenhas

Manuela Oliveira

Mestrado em Ecologia Humana

2008

Um espaço gerador de *stress* jamais poderá suportar o bem-estar, a recuperação dos doentes ou o desempenho dos profissionais de saúde, pois todos os processos cognitivos e psicológicos nomeadamente a percepção, a utilização, a ocupação (territorialidade), a socialização versus privacidade, a identidade (pessoal, social ou a um lugar), a vinculação a um lugar, a participação, a satisfação, e a motivação, estão alterados.

Os doentes são um grupo vulnerável do ponto de vista físico e psicológico (menos poder e saber), num ambiente estranho, o que provoca stress. E os familiares partilham do mesmo estatuto.

Figueiredo, 2005

Departamento de Ecologia
Universidade de Évora

*O Sistema Família no “Microecossistema”
Cuidados Intensivos*

PATRÍCIA DA SILVA MENDES

Licenciada em Enfermagem

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Dissertação Apresentada para Obtenção do Grau de Mestre em
Ecologia Humana



Professor Orientador: Françoise Lopes

169 214

Professores Co-orientadores: José Manuel de Mascarenhas

Manuela Oliveira

2008

RESUMO

O Sistema Família no “Microecossistema” Cuidados Intensivos

Estudo exploratório-descritivo quanti-qualitativo em torno da problemática internamento numa unidade de cuidados intensivos (UCI) e as implicações no sistema família. Tendo como pano de fundo a UCI do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA), a população em estudo é a família dos doentes internados. O objectivo passa por determinar as emoções que este ambiente despoleta nos familiares do paciente. Os instrumentos de colheita de dados seleccionados são a entrevista semi-estruturada e o questionário. Os resultados revelam-nos que os familiares pensam que a UCI é um local onde se internam os doentes em risco de vida, consideram-no um local seguro e sentem-se bem face ao apoio prestado pelos enfermeiros. Quando interagem com a UCI sentem interesse, medo ansiedade e tristeza. Concordam com os horários e tempos de visita mas necessitam de explicações clínicas, sobre o espaço físico e sob forma de preparação para entrar no novo ambiente.

Palavras chave: Ambiente Cuidados Intensivos; Sistema Família; Emoções e Sentimentos.

ABSTRACT

The Family System in the “Microecosystem” Intensive Care Unit

Exploratory-descriptive and quanti-qualitative study about the hospitalar admission in a Intensive Care Unit (ICU) subject and the social ecosystem implications over the patient’s family. It will fall over the patient’s family at Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio’s (CHBA’s) ICU. The study main objective is to determinate which are the triggered emotions above the patient’s family during the admission. The selected data collection instruments are the semi-structured interview and the questionnaire. According to the study results, the family members think that the ICU is a place where the endangered patients are admitted, a safe place and they feel comfortable with the nurses’ support. During the interface family/ICU, they feel curiosity, fear, anxiety and sadness. They agree with the scheduled visit period, however they need some clinical explanations about the patient, about physical space and how to prepare the entrance in the new environment.

Key- words: ICU Environment; Family System; Emotions and Feelings.

AGRADECIMENTOS

Para conseguir realizar este trabalho e todas as actividades a ele inerentes foi imprescindível o apoio por parte de algumas pessoas. Quero agradecer a todas as pessoas que directa ou indirectamente possibilitaram a realização deste trabalho.

Não posso deixar de agradecer a todos os familiares dos doentes internados na UCI do CHBA pela disponibilidade que demonstraram ao permitir a realização das entrevistas e no preenchimento dos questionários.

Agradeço também à Administração do CHBA por ter permitido a utilização da UCI para realizar o trabalho de campo. E claro, ao Enfermeiro Chefe desta unidade, Fernando Aleixo, não só por ter permitido a aplicação dos instrumentos de colheita de dados na UCI, mas também, por tudo o que me tem ensinado. Agradeço ainda a toda a equipa de enfermagem da UCI pela importante colaboração na entrega dos questionários. Sem a vossa ajuda tudo teria sido mais complicado!

Agradeço aos meus Pais, Lena e Joaquim, pois sem vocês nada disto teria sido possível. Agradeço ao meu irmão, Nuno, pela preciosa ajuda na leitura final. Agradeço a todos os meus amigos que me apoiaram e ajudaram, em especial à Joana e ao Pedro.

Quero agradecer a todos os Professores do Mestrado de Ecologia Humana em especial aos meus co-orientadores Manuela Oliveira e José Mascarenhas pelas dicas que me deram. E como não poderia deixar de ser, agradeço à minha orientadora Françoise Lopes pela paciência, boa disposição, orientação, crítica, disponibilidade, pela atenção que sempre me demonstrou e pela força interior e coragem que me transmitiu.

Obrigada a todos!

ÍNDICE GERAL

Índice de Quadros	vii
Índice de Figuras	viii
I – INTRODUÇÃO	1
II – REVISÃO DA LITERATURA	8
1 – O “Microecossistema” Cuidados Intensivos	9
1.1 – O “Microecossistema” Cuidados Intensivos no Ecossistema Hospital.....	10
1.2 – O Microambiente Cuidados Intensivos.....	14
1.3 – O Microambiente Cuidados Intensivos do CHBA.....	23
2 – O Sistema Família	28
2.1 – A Família como Sistema.....	29
2.3 – A Família Doente.....	34
3 – Emoção, Sentimento e Ambiente	40
3.1. – Da Emoção ao Sentimento.....	41
3.2 – O Carácter das Emoções.....	51
3.3 – As Emoções e o Ambiente.....	59
4 – As Emoções do Sistema Família no “Microecossistema” Cuidados Intensivos	64
III – MÉTODOS E MATERIAIS	70
1 – Tipo de Estudo	71
2 – População e Amostra	73
3 – Instrumentos de Colheita de Dados	74
3.1 – A Entrevista.....	74
3.2 – O Questionário.....	75
4 – Tratamento de Dados	79
4.1 – Estudo Qualitativo.....	79
4.2 – Estudo Quantitativo.....	84
IV – RESULTADOS	86
1 - Caracterização da Amostra	87
1.1 – Amostra do Estudo Qualitativo.....	87

1.2 – Amostra do Estudo Quantitativo.....	87
2 - Significado de Cuidados Intensivos.....	90
2.1 - Lugar Onde a Tecnologia e Eficácia Prática Predominam.....	90
2.2 - Espaço Fechado e Regulado pelos Profissionais de Saúde.....	91
2.3- Lugar Onde se Internam os Doentes em Risco de Vida.....	93
2.4 - Lugar Seguro.....	94
3– Emoções Sentidas Face ao Ambiente Cuidados Intensivos.....	96
3.1 – Medo.....	96
3.2 – Ansiedade.....	99
3.3 – Tristeza.....	100
3.4 – Raiva.....	102
3.5 – Aversão.....	103
3.6 – Interesse.....	104
3.7 – Indiferença.....	104
4 - Opinião do Familiar acerca do Ambiente da UCI do CHBA.....	106
4.1 – Prestação dos Enfermeiros.....	107
4.2 – Ambiente Físico.....	108
4.3 – Preparação para Entrar na Sala de Cuidados Intensivos.....	109
4.4 – Horário da Visita e Informação.....	111
V – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	114
APÊNDICES.....	123
Apêndice A – Planta da UCI do CHBA.....	124
Apêndice B - Guia de Acolhimento aos Familiares, da UCI do CHBA.....	126
Apêndice C - Guião da Entrevista Semi-Estruturada.....	129
Apêndice D – Questionário.....	131
Apêndice E - Autorização para Aplicação de Instrumentos de Colheita de dados.	138
Apêndice F – Transcrição das Entrevistas.....	140
Apêndice G – Estatísticas Descritivas Escala ESEFACI-49	156
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	159

ÍNDICE DE QUADROS

4.1 - Consistência Interna das Escalas PANAS e ESEFACI-49.....	85
5.1 - Grau de Parentesco do Familiar com o doente Internado na UCI.....	89
5.2 - Estatísticas Descritivas Relativas: Dias de Internamento do Doente no Hospital e UCI e Número de Visitas Efectuadas pelo Familiar à UCI.....	89
5.3 - Estatísticas Descritivas Relativas ao Ambiente Tecnológico da UCI.....	91
5.4 - Estatísticas Descritivas Relativas aos Horários e Tempo de Permanência e Contacto com o Doente na UCI.....	92
5.5 - Estatísticas Descritivas Relativas aos Sentimentos Vivenciados Face ao Intenamento na UCI.....	94
5.6 - Estatísticas Descritivas Relativas à UCI como um Local Seguro.....	95
5.7 - Estatísticas Descritivas da Escala PANAS.....	97
5.8 - Estatísticas Descritivas Relativas ao Medo.....	98
5.9 - Estatísticas Descritivas Relativas à Ansiedade.....	100
5.10 - Estatísticas Descritivas Relativas à Tristeza.....	101
5.11 - Estatísticas Descritivas Relativas à Raiva.....	103
5.12 - Estatísticas Descritivas Relativas à Aversão.....	104
5.13 - Médias e Desvio-padrão da Escala ESEFACI.....	106
5.14 - Estatísticas Descritivas Relativas à Prestação dos Enfermeiros.....	108
5.15 - Estatísticas Descritivas Relativas ao Ambiente Físico.....	109
5.16 - Estatísticas Descritivas Relativas à Preparação para Entrar na Sala de Cuidados Intensivos.....	111
5.17 - Estatísticas Descritivas Relativas ao Horário das Visitas.....	112

ÍNDICE DE FIGURAS

4.1 – Grelha de categorias e sub-categorias definidas à priori.....	84
5.1 – Gráfico dos géneros da amostra quantitativa.....	88
5.2 – Gráfico da distribuição por escalões etários da amostra quantitativa.....	88
5.3 – Gráfico das habilitações literárias da amostra quantitativa.....	88

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O Homem é o único mamífero que não desfruta de um ambiente específico para a sua espécie, estruturado pela organização dos seus próprios instintos. Desde o início da civilização que ele reorganiza o ecossistema natural, mediante uma intervenção consciente, mede, controla e usa o espaço e o tempo, atribuindo valores às dimensões que percebe, segundo padrões culturais determinados pelo seu grupo social. E obedece a exigências básicas, como a disponibilidade de alimentos, exigências de segurança e exigências físicas e químicas que possibilitem a sua sobrevivência através da adaptação da sua constituição orgânica ao ambiente envolvente.

O Homem adaptou o ambiente às suas necessidades e adaptou-se ao ambiente. *Criou um meio ambiente humano* que detém características qualitativas e quantitativas determinadas pelas mesmas necessidades vitais, adaptado às mais diversas realidades geográficas e culturais. A lógica destas adaptações é determinada pelas exigências humanas e configurada segundo a percepção que cada cultura tem do ambiente. Há uma estreita ligação entre o corpo humano, e cultura na percepção do ambiente.

O Homem toma conhecimento de si próprio e relaciona-se com o mundo e com os outros através do corpo. O corpo humano é composto pelos aparelhos locomotor, circulatório, respiratório e digestivo; pelos sistemas endócrino e nervoso; pelos órgãos dos sentidos, comandados pelo cérebro – complexo formado por mais de dezoito biliões de células nervosas, que mantêm entre si biliões de conexões cuja capacidade de previsão supera a de um computador. Através do sistema nervoso, o homem mantém-se informado sobre tudo o que acontece no exterior e no interior do seu organismo.

É através do corpo que o Homem exterioriza os seus sentimentos e emoções na diversidade das suas expressões: alegria, tristeza, bem-estar, raiva, medo, ansiedade, surpresa e embaraço. Mas o Homem é muito mais do que um mero corpo físico: capta o mundo exterior, interioriza tudo o que o rodeia e tradu-lo num mundo interior, dando-lhe significado humano. O ambiente que o rodeia é o que é apreendido por ele, determinando o seu comportamento. Os lugares onde vivemos, trabalhamos, onde nos divertimos ou recuperamos de uma enfermidade moldam as nossas maneiras de ser e agir, e nós constituímos-nos nas relações que com estes espaços mantemos.

Cada ambiente exerce uma influência particular sobre o comportamento humano, ilustrando assim uma frase de Winston Churchill: “Nós moldamos os nossos ambientes e eles, por sua vez, moldam-nos a nós” Hall (1966, citado por Fischer, 1994:10).

O ambiente sobre o qual nos vamos debruçar - o hospital - influencia de forma directa e indirecta os seus utilizadores, prestadores de cuidados, utentes e familiares

(nos quais considerámos os amigos). Enquanto instituição, o hospital tem que responder às necessidades de quem o utiliza, às vezes difíceis de compatibilizar devido às normas e regulamentos que o orientam, com vista à sua função terapêutica. Fisicamente, o hospital é um sistema espacial complexo que tem de responder às diferentes competências técnico-científicas, à evolução tecnológica, à organização, à acessibilidade, à funcionalidade e à flexibilidade de acordo com quem o utiliza. Assim, a estrutura hospitalar não deve centrar-se na funcionalidade e produtividade mas diluir-se com as necessidades dos doentes e dos seus familiares. As opções a ter acerca das instalações, decoração, cores, iluminação, temperatura, climatização, ruído, unidade dos doentes e sala de visitas em cada serviço de um hospital são condicionadas pelo objectivo terapêutico desse mesmo serviço.

Figueiredo (2005) salienta que a arquitectura para as organizações prestadoras de cuidados de saúde tem de ser funcional, manter um ambiente seguro e atender à relação custo/benefício, mas a prática demonstra que a sensibilidade dos doentes e familiares ao espaço que os acolhe produz uma boa ou má imagem que influencia os seus comportamentos e, conseqüentemente, repercute-se na recuperação da doença.

Esta é uma das razões pela qual a Ecologia Humana preconiza o estudo não só das relações entre seres humanos, como também as deste com todo o ambiente que o rodeia, considerando quer a acção do Homem sobre o ambiente, quer a acção do ambiente sobre o Homem.

Assim, sabendo que o sistema Homem e o sistema Ambiente se influenciam mutuamente e que a resposta do Homem ao Ambiente é feita através da cultura e das organizações, é de particular interesse que a base de estudo seja as comunidades das populações humanas e as organizações complexas que o Homem é capaz de construir.

O Homem vive organizado em populações, adapta-se ao meio ambiente, cresce em tamanho e complexidade e evolui através da interacção dinâmica das novas formas de informação e conhecimento, permitindo-lhe diversificar as respostas das suas organizações ao meio envolvente (Hawley, 1999).

O Homem é um ser social que integra grupos que por sua vez se organizam em sistemas sociais mais vastos. Desta forma, o comportamento humano na sua relação com o ambiente só pode ser percebido através da análise de todos os níveis de organização social (Barracho, 2001).

Daqui decorre a importância do estudo, na área da Ecologia Humana, não só do ambiente que acolhe o doente como pessoa individual, mas também do ambiente que acolhe o sistema Família.

De acordo com Lamy (1993), é necessário clarificar o que se entende por Ambiente, através da compreensão do conceito de envelope ecológico do Homem, ou seja, através das diferentes camadas ecológicas, que vão desde o meio aquático (líquido amniótico), comum à origem da vida no planeta Terra e à génese do Homem enquanto ser biológico, até aos envelopes ecológicos globais dos seres vivos e do próprio Homem (água, atmosfera, litosfera e a biosfera), passando pelos envelopes individuais (pele, vestuário) e envelopes sociais (casa, família, trabalho, hospital).

Para contextualizar o que determinou a abordagem desta problemática interessa salientar dois aspectos. Por um lado, sendo a enfermagem a nossa área de estudo, e para a qual se pretende transportar contributos e conceitos da Ecologia Humana, torna-se agradável e vantajoso debruçar o estudo, também, no âmbito desta disciplina.

A enfermagem tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde (Lopes, 1999).

Por outro lado, o facto de nos encontrarmos actualmente a desempenhar funções de enfermagem numa UCI, onde todo o ambiente é muito específico e onde as relações que os doentes e família estabelecem com o espaço e profissionais de saúde são também muito próprias e diferentes das que se vivem noutros serviços, ainda que na mesma organização hospitalar.

Os cuidados intensivos, de acordo com Thelan *et al.* (1996), são cuidados críticos a doentes altamente instáveis, em elevado risco, e cujas condições de saúde não variam dia-a-dia, mas minuto a minuto. Nos cuidados intensivos existe equipamento de alta tecnologia, como monitores, ventiladores, bombas infusoras, linhas centrais, drenos torácicos, tubos endotraqueais, toda uma panóplia de material que confere à sala um ambiente muito específico.

A escolha do tema “As Vivências do Sistema Família no Microecossistema Cuidados Intensivos” foi indiscutivelmente influenciada pela experiência profissional. Porque no processo de saúde/doença a família é a primeira célula social, se um dos seus membros é afectado, a estabilidade de que desfrutam sofre alterações, obrigando todos os membros a ajustar-se a esta nova situação. O internamento de um doente em

cuidados intensivos leva a uma barreira física e psicológica nesta interacção família/doente. Este distanciamento tem repercussões para ambos e, de forma indirecta, influencia negativamente todo o sistema família.

Por outro lado, a aquisição de novos conhecimentos no âmbito da Psicologia do Ambiente, ao longo do curso de mestrado de Ecologia Humana, alertou-nos e estimulou-nos a vontade de aprofundar conhecimentos nesta área para obter contributos também a nível profissional e, assim, melhor compreender comportamentos e atitudes dos familiares que diariamente interagem com o espaço UCI.

Tendo por base o estado actual da arte e a observação directa da realidade, neste trabalho procuramos dar resposta à seguinte pergunta: Quais as emoções sentidas pela família do doente internado em cuidados intensivos, no encontro com este ambiente (Um caso particular da UCI do CHBA)? Reflectindo sobre estudos de alguns autores que se têm debruçado sobre este tema, como Sánchez (1996), que refere que a família vive um aumento dos níveis de ansiedade durante todo o internamento do seu familiar, relacionado com a evolução do processo de doença e com a falta de contacto directo com o doente. E Albístur *et al.* (2000) concluiu que 77% das famílias expressam que a UCI “é um lugar onde se internam os pacientes em risco de vida”, que 14% vê este espaço como um lugar angustiante, e que outros consideram-no um lugar caótico e agressivo. Podemos inferir que o primeiro encontro com o ambiente cuidados intensivos gera emoções negativas no familiar do doente aqui internado.

Em Portugal a maioria dos trabalhos efectuados no âmbito dos cuidados intensivos preocupam-se com os prestadores de cuidados de saúde e os níveis de stress que estes vivenciam. Mas Velez (2002) realizou um estudo exploratorio-descritivo, na UCI do Hospital de Santa Marta, com o intuito de identificar qual o apoio esperado pelos familiares por parte dos enfermeiros. Também a maioria dos estudos efectuados ao nível internacional que se preocupam com os familiares, estudam as suas necessidades e o grau de satisfação face aos profissionais de saúde, dos quais referimos: Azoulay *et al.* (2001), Cárdenas *et al.* (2004), Zaforteza *et al.* (2004) e Bueno (2003). Daí, pretendermos com este trabalho saber as emoções sentidas pelos familiares face ao ambiente da UCI, pois parece-nos que o impacto emocional deste ambiente nos familiares carece de ser estudado. Uma vez que o significado do ambiente resulta do impacto emocional que este tem sobre o indivíduo e afecta as suas atitudes, comportamentos e grau de envolvimento (Corraliza, 2002).

Neste contexto, pretende-se com o estudo analisar o ambiente da UCI do CHBA enquanto variável independente das emoções vividas pelo sistema família, o que implica o recurso a instrumentos de colheita que permitam identificar essas emoções face ao ambiente físico e à equipa multidisciplinar. Os instrumentos de colheita de dados seleccionados foram a entrevista semi-estruturada que será tratada qualitativamente e será feita triangulação com a abordagem quantitativa de um questionário efectuado também aos familiares dos doentes internados em cuidados intensivos.

Para uma melhor organização e percepção do trabalho desenvolvido, resolvemos apresentar esta dissertação de acordo com o regulamento dos serviços académicos da Universidade de Évora e também sob orientação das normas de elaboração de teses, editadas pela Universidade Católica (Azevedo, 2003). E estruturamos a dissertação em cinco capítulos.

Depois desta introdução, segue-se o segundo capítulo que se constitui por quatro partes nas quais o objecto de estudo se delimita pela sua progressiva construção teórica. Na primeira parte apresentamos o ambiente onde se desenrola o estudo – o microecossistema cuidados intensivos – descrevendo as características físicas do espaço, assim como as relações existentes entre o espaço e os comportamentos de quem o utiliza. Contempla ainda a abordagem a diversos conceitos imprescindíveis para a compreensão da Ecologia Humana, para além de situar o tema da dissertação no âmbito da disciplina em que este se insere. A segunda parte é dedicada ao sistema Família, onde abordamos o conceito de Família como envelope ecológico do Homem e contexto da doença. Na terceira parte, faz-se uma abordagem teórica aos conceitos, sentimentos e emoções na perspectiva dos principais autores que abordam esta temática. Finalmente a quarta parte pretende agrupar os conceitos específicos explicitados nas partes anteriores, concluindo-se assim a construção teórica do nosso objecto de estudo.

O terceiro capítulo do trabalho é constituído por questões relacionadas com o percurso metodológico seguido na investigação, onde tem lugar a caracterização da população, a caracterização do *design*, são apresentados os instrumentos de medida para as variáveis dependentes e feita a explicitação dos procedimentos efectuados para a sua aplicação.

No quarto capítulo apresentamos os resultados, fazendo uma análise descritiva dos mesmos, através da comparação dos dados qualitativos com os dados obtidos pela análise estatística.

A discussão e principais conclusões constituem o objectivo do quinto e último capítulo, onde os resultados obtidos são confrontados com os dados da revisão teórica efectuada. São ainda apresentadas algumas justificações para os resultados e sugestões quanto à utilidade futura desta investigação. Finalmente, as referências bibliográficas e todos os documentos que viabilizaram a realização desta tese de dissertação estão incluídos em anexo.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

1 – O “Microecossistema” Cuidados Intensivos

O que é específico em relação aos doentes tratados numa UCI é o sentimento de ameaça à vida ou a perda de funções. Para uma abordagem completa do doente é necessário considerar uma complexa rede de relações entre: o ambiente, o tratamento, a doença e o doente.

Gipson, 1991 (citado por Castro, 1998)

A saúde física e moral do homem actual são a preocupação ecológica mais importante, mas não devemos nunca esquecer que o ambiente começa em primeiro lugar na nossa casa e no local de trabalho, locais onde o indivíduo passa mais de 80% do seu tempo.

O habitat é então o primeiro biótopo do homem, é com este que forma a unidade ambiental de base, o ecossistema. Sendo por isso a casa sinónimo de conforto, de bem-estar, de aconchego contra as agressões que possam surgir do exterior. A casa que o homem constrói para si e para os seus traduz o seu ambiente quotidiano, aquele que ele gere com amor (Lamy, 1993).

Mas quando surge a doença grave que conduz o indivíduo ao internamento no hospital, este passa a ser o seu novo invólucro ecológico social, encontrando-se protegido e apoiado. O hospital é agora o seu ecossistema (social) que engloba dois conjuntos: o biótopo e a biocenose, que interagem para dar origem a um sistema organizado e funcional.

A razão de ser do hospital é o seu Internamento. Etimologicamente, a palavra hospital advém da palavra latina *hospitalis*, que deu origem a hospital. O significado é a estadia, a permanência do doente. Pode definir-se internamento hospitalar como o local do hospital onde o doente permanece acamado total ou parcialmente durante uma estadia superior a 24 horas (Caetano, 2002).

Neste capítulo o conceito que se pretende explorar é o de cuidados intensivos. Sendo esta a área em que incide a investigação, é um conceito teórico essencial ao enquadramento do nosso objecto de estudo e da questão de partida.

O primeiro ponto deste capítulo pretende definir o conceito de cuidados intensivos enquanto “microecossistema”, isto é, pretende-se enquadrar a problemática em estudo no âmbito da disciplina de Ecologia Humana. Nesse sentido, ao longo do texto define-se Ecologia Humana, para além de se abordar um pouco da história e evolução desse mesmo conceito, como também se abordam outros conceitos essenciais à sua compreensão.

O segundo ponto é dedicado aos objectivos propriamente ditos de uma UCI, e também descreve como deve ser constituído o ambiente cuidados intensivos, com base em diversos autores, mas dá maior relevo às linhas orientadoras publicadas pela Direcção Geral de Saúde (DGS) e pela *Society of Critical Care of Medicine* (SCCM). Este ponto pretende facilitar a compreensão das interacções que se estabelecem num contexto hospitalar específico – uma UCI polivalente.

O terceiro ponto constitui-se pela descrição espacial da UCI do CHBA, assim como foca a dotação de recursos humanos e estatísticas de internamento. Este ponto surge como o afunilar do anterior, ou seja, facilita a percepção das interacções que se estabelecem no ambiente em estudo - os cuidados intensivos do CHBA.

1.1 – O “Microecossistema” Cuidados Intensivos no Ecosistema Hospital

Um hospital não é apenas um somatório de serviços.

Pütsep, 1979 (citado por Figueiredo, 2005)

O ambiente hospitalar influencia directa e indirectamente o bem-estar de todos os que lá vivem diariamente: médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, familiares e visitas. O objectivo é estudar a forma como os familiares dos doentes internados no hospital interagem com este ambiente: como percebem e interpretam os seus sinais, como se sentem, se movimentam ou se comportam, porque é neste sistema espacial complexo que os seus entes queridos se encontram actualmente. De uma outra forma, o que se pretende é o estudo das interacções entre os organismos ou grupos de organismos e o ambiente que os rodeia. Daí este trabalho se inserir dentro da disciplina de Ecologia Humana.

A palavra Ecologia deriva das palavras gregas *oikos*, que significa casa, e *logia*, que significa teoria; e provém de *logos*: estudo. É, portanto, o estudo dos organismos nos meios onde vivem, “em sua casa” (Odum, 2004). É a “ciência que estuda as condições de existência dos seres vivos e as interacções de toda e qualquer natureza que existem entre esses seres vivos e o seu meio” (Lamy, 1993:20).

A ecologia é um conceito que surge em 1866 num estudo sobre as plantas, onde Ernst Haeckel utilizou o termo e o definiu como “o estudo das relações entre os seres vivos e o meio natural que os rodeia”. A base científica em que se sustentava este

estudo ter-se-á desenvolvido a partir de uma publicação de Darwin, *A Origem das Espécies*, em 1859. É com o desenvolvimento da Ecologia Vegetal, tendo sido publicado o primeiro manual em 1895, que surge a Ecologia Animal sustentada em alguns conceitos da anterior, assistindo-se também a um desenvolvimento da Ecologia Humana igualmente baseada na complexidade da ecologia animal (Lawrence, 2003:31).

A ecologia consiste no estudo dos ecossistemas, conceito introduzido por Tansley, sendo um ecossistema “o conjunto dos organismos vivos e das substâncias não vivas, interactuando no sentido de produzirem uma troca de substâncias entre as partes vivas e não vivas” (Odum, 2001:11). Um ecossistema engloba portanto dois conjuntos: o biótopo e a biocenose que interagem para dar origem a um sistema organizado e funcional.

Biótopo advém das palavras “*bios*” e “*topos*”, que significam respectivamente vida e local, ou seja local de vida. Diz respeito, portanto, ao facto de a natureza reunir determinados seres num dado lugar. O biótopo é caracterizado e definido por um conjunto de parâmetros geológicos, geográficos e climáticos, isto é, pelo conjunto dos factores ecológicos físico-químicos, designados por factores abióticos (o ar, a água, o solo, o clima, a luz a temperatura, etc.). Neste habitat encontram-se organismos vivos que vivem em comunidades, designando-se por biocenose (*bios*, que significa vida e também do grego, *koinos* que significa comum), que consiste no conjunto de animais, plantas e microorganismos que vivem num biótopo. O biótopo e a biocenose realizam um ecossistema desde que se verifique homogeneidade e estabilidade (Frontier, 2001). Na Ecologia Humana faz-se referência ao homem, logo não se trata de uma biocenose como comunidade de diferentes espécies, mas sim uma comunidade formada somente por um conjunto de homens e mulheres que convivem num mesmo lugar e que formam a população humana – objecto de estudo da ecologia humana (Cortés, 2002).

Num ecossistema há circulação de energia através das actividades dos organismos, fenómeno este que diz respeito às cadeias tróficas ou alimentares, constituídas pelos produtores, consumidores e decompositores.

Caracteriza-se pelo conjunto das interacções, interdependências, acasos e incertezas e por uma auto-organização espontânea. Nele criam-se e recriam-se equilíbrios e estabelecem-se regularidades. Tal como nas sociedades humanas, em que as hierarquias, os conflitos e as relações de solidariedade fazem parte dos fundamentos e do sistema organizado, a competição e o ajustamento contam-se entre os fundamentos do ecossistema que surge como uma totalidade auto-organizada (Mendes, F., 1994)

Perante esta nova definição, as ciências da vida passaram a considerar o ambiente como um ecossistema integrador e não apenas como um meio selectivo e nas ciências sociais desmoronou-se a visão da natureza amorfa e desordenada (Morin, 1973). Um ecossistema é como que um organismo vivo que respira, se alimenta, cresce, amadurece e morre quando deixa de estar em equilíbrio.

O modo como as diferentes comunidades se organizam no seu habitat é semelhante à forma como o próprio Homem se organiza. Para a Ecologia, o Homem é apenas mais um ser vivo que se organiza normalmente em grupos da mesma espécie, ocupando uma determinada área e reproduzindo-se entre si. As populações (conjunto de indivíduos da mesma espécie) convivem numa determinada área e mantêm diferentes tipos de relação entre si, formando comunidades. Mas pela complexidade das relações humanas com o seu meio envolvente, torna-se necessário que a Ecologia investigue estas questões para tentar conhecer e compreender melhor o próprio ser Humano em interacção com o meio envolvente.

Foi em 1921, na cidade de Chicago, que surgiu a expressão Ecologia Humana, na obra *Uma introdução à ciência da Sociologia* de Ernest Burgess e Robert Park. Acontece que uma espécie é colocada de lado, passando a ser um grupo de referência, sendo esta espécie a que inclui o Homem e esta auto-ecologia (quando se estuda a relação de uma única espécie com o meio) antropocêntrica. A partir daqui, a Ecologia Humana tem-se vindo a desenvolver como um importante ramo no âmbito das ciências sociais, evoluindo segundo um impulso propiciado quer por Quinn, Duncan, Hawley, Diaz Nicolás entre outros.

A Ecologia Humana considera todas as peculiaridades do Homem e entende que este como organismo também leva a cabo o seu processo adaptativo ao meio, mas devido às suas particularidades, que o tornam diferente dos restantes organismos, o seu processo adaptativo realiza-se em função dessas mesmas particularidades. A sua adaptação ao meio é efectuada de forma colectiva, sendo que o objecto de estudo da Ecologia Humana não é o individuo isoladamente, mas sim um grupo humano, pois nos grupos encontram-se todas as variáveis e parâmetros da vida colectiva; assim, o ecossistema humano como colectividade que é, considera as relações que se estabelecem entre os indivíduos para conseguir essa dita adaptação e é interminável o número possível de condutas que no seu seio se podem gerar, para além de todos os tipos de interacção que o ecossistema estabelece com o meio e as consequências que as interacções geram (Hawley, 1999).

As espécies consideradas em Ecologia eram muitas vezes agrupadas de modo geográfico, mas o homem é um animal nómada e cosmopolita, que se encontra nos mais variados ambientes. A sua presença modifica os ecossistemas naturais, destruindo os seus equilíbrios normais, dependendo, é claro, da densidade e cultura humana.

A acção do Homem sobre ele mesmo pode não ser uma acção consciente, como poderá ser a modificação voluntária do património hereditário. Mas a evolução técnica e a organização social constituem um novo ambiente que por sua vez actua sobre a nossa Biologia. Este novo ambiente por vezes substitui a natureza e noutros casos provoca efeitos negativos que devem ser analisados.

A Ecologia Humana é o estudo quer da acção do Homem sobre a natureza quer da acção da natureza sobre o Homem, considerando-o na sua totalidade. Ocupa-se das condições de vida, da saúde, do equilíbrio, dos malefícios da poluição, assim como de agressões diversas. Está estritamente associada à demografia, à fisiologia, à sociologia, à higiene e à medicina preventiva e igualmente à defesa da natureza. Por isso, tem implícita uma perspectiva de futuro na qual se exigem posturas e atitudes de cidadania responsável e opções quotidianas. O objectivo é apreender a complexidade da vida na Terra, sugerindo novas formas de agir preventivamente, de modo a diminuir ou resolver os efeitos da acção humana sobre o ambiente, com vista à promoção da qualidade de vida. Segundo Déoux & Déoux (1996), a Ecologia Humana devidamente percebida e integrada é mais do que uma ciência, não se limitando à veneração da natureza mas sim tornando-se numa forma de sabedoria. Assim, para os investigadores, em ecologia só ponderando o homem no seu microambiente é que os problemas humanos podem ser completamente percebidos ou eficazmente controlados.

Como já tem vindo progressivamente a ser construído, faz parte do nosso objecto de estudo o ambiente hospital. Sendo que dentro deste ambiente se pretende analisar especificamente o microambiente cuidados intensivos, chamamos-lhe “microecossistema” cuidados intensivos, pois consideramos que este ambiente reúne características muito próprias e diferentes das que constituem o restante ecossistema hospital. Portanto, tendo em conta os objectivos delineados, não faria sentido estudar o ecossistema Hospital como um todo, apesar de estarmos de acordo com Graça Carapinheiro (2005:33) quando cita Ferreira (1958) afirmando que “o hospital nasce, age e morre como um todo”.

Os primeiros hospitais eram constituídos por longas enfermarias onde eram colocados todos os doentes, existindo apenas alguns anexos, como a cozinha e a

despensa (Caetano, 2002). Actualmente, os hospitais são organizações complexas, onde as suas funções se encontram repartidas por departamentos. São instituições com um sistema médico e de enfermagem organizado, com instalações permanentes que proporcionam suporte a um conjunto de serviços médicos, cirúrgicos e terapêuticos a indivíduos que requerem cuidados diferenciados de saúde em regime de internamento (Ferreira, 1990 citado por Figueiredo, 2005).

O “microecossistema” cuidados intensivos insere-se dentro do ecossistema hospital e é parte dele, tem uma localização e função específicas e interage com outros “microecossistemas”. As suas estruturas e dinâmicas dependem umas das outras, logo nenhum é isolável, sendo que se isolarmos um, modificamo-lo. É do conjunto destes “microecossistemas” e do conjunto das suas interações que emerge o ecossistema hospital, com uma estrutura, propriedades e dinâmica diferentes em relação aos anteriores.

1.2 – O Microambiente Cuidados Intensivos

... associa-se à palavra intensivo a tecnologia de monitorização e consequentes intervenções, mas também se pode associar à determinação física e mental de todo o pessoal de saúde em não ser derrotado pela doença, a necessidade do enfermo de lutar contra a doença e resistir às intervenções para monitorização e tratamento.

Gipson, 1991 (citado por Castro, 1998)

Uma UCI é um serviço capacitado de instalações, recursos humanos e equipamentos capazes de assegurar um tratamento eficaz a doentes em perigo de vida iminente, e que não é possível efectuar-lo noutros serviços do hospital. É um serviço para doentes com patologias potencialmente recuperáveis, onde é possível beneficiarem de uma observação permanente e detalhada. E tem como principais objectivos: proporcionar ao doente em estado crítico uma melhor assistência, disponibilizada por pessoal diferenciado e apoiado por tecnologia avançada; retirar os doentes em estado crítico das unidades de internamento ou serviço de observação, a fim das mesmas proporcionarem uma assistência mais homogénea aos que aí permanecem; reduzir a mortalidade e morbilidade nos doentes de médio e alto risco; prevenir as incapacidades dos doentes; melhorar o nível de cuidados hospitalares diferenciados; permitir ao hospital utilizar com a maior eficiência possível o pessoal mais especializado e o equipamento de custo mais elevado. Portanto, é necessário concentrar competências, saberes e tecnologias em áreas específicas dotadas de modelos organizacionais e

metodologias que as tornem capazes de cumprir aqueles objectivos. É neste conceito que assenta a definição de UCI (DGS, 2003).

A UCI define-se e reconhece-se em função de três critérios: a prática, a avaliação e a investigação. A prática assenta num *continuum* de acções e procedimentos tanto humanos como instrumentais de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados 24h por dia, em função das necessidades do doente; a avaliação resulta da harmonia da função atribuída a cada UCI, através da análise de variáveis como a natureza dos doentes admitidos, a taxa de sobrevida e a capacidade de socorrer às necessidades, são definidos os recursos necessários para cada UCI; e a investigação advém do “estudo” de cada um e da totalidade dos doentes, num contexto multidisciplinar, e que se pretende transdisciplinar, de diagnóstico e avaliação dos resultados, levando a uma melhor compreensão da doença e ao enriquecer de saberes que têm como objectivo promover a qualidade dos desempenhos organizacionais (DGS, 2003).

O conceito de unidade de cuidados intensivos surgiu nos E.U.A., num período compreendido entre 1948 e 1960, a partir da criação de salas de recobro – recuperação pós-anestésica (Kinney, 1983). Foi com o aparecimento da epidemia da poliomielite, entre 1940 e 1950, que se deu o maior impulso (Santos, 1983). Com a evolução tecnológica a que assistimos entre 1960 e 1972, dá-se início à construção das UCI. Criadas para dar resposta a um serviço em exclusivo, isto é, cuidados intensivos cirúrgicos, coronários, neonatais, etc., eram unidades de pequena ou média dimensão (Kinney, 1983). Ao longo dos tempos foram surgindo outro tipo de unidades concebidas para a manutenção de funções vitais, como as unidades de tratamento respiratório, que surgiram com a evolução dos aparelhos de ventilação mecânica, unidades de hemodinâmica ou unidades de técnicas dialíticas (Kinney, 1983). Posteriormente surgiram UCI polivalentes, cujo objectivo é cuidar dos diferentes tipos de doentes através de distintas técnicas invasivas, terapêuticas e meios de diagnóstico, rentabilizando o espaço, a tecnologia e os recursos humanos. Ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes que se é responsável (DGS, 2003).

Actualmente o número de UCI polivalentes tem vindo a aumentar progressivamente quer devido à ampliação do leque de indicações para admissão de doentes, quer pela melhoria da eficácia dos recursos assistenciais intra e extra-hospitalares (diagnóstico precoce, intervenção cirúrgica mais invasiva e melhoria do

transporte do doente crítico), como também devido à evolução de outras áreas da medicina que necessitam do apoio da medicina intensiva (manutenção de dadores de órgãos por exemplo) (DGS, 2003).

A localização do “microecossistema” cuidados intensivos dentro do hospital constitui um factor de extrema importância. Os cuidados intensivos deverão ter um espaço geograficamente distinto e, se possível, com entrada controlada. O acesso à UCI deverá ser fácil e rápido, para facilitar a transferência dos doentes para outros serviços ou para o exterior e vice-versa. Normalmente a UCI deve situar-se perto ou possuir um elevador directo para o serviço de urgência, bloco operatório, serviço de imagiologia, laboratório e farmácia, os designados serviços de suporte. Mas não deve haver circulação directa entre departamentos. A circulação do fornecimento e dos profissionais deve ser independente da entrada dos visitantes (SCCM, 1995).

Tal como em outros aspectos da estrutura da unidade, isto pode ser uma realidade em unidades construídas recentemente, mas nas unidades antigas poderão ter sido tomadas soluções menos correctas. É que muitas destas unidades surgiram da recuperação de áreas hospitalares originalmente concebidas para outros fins e por isso pouco adequadas em termos de localização e estrutura física.

Relativamente à estrutura física das UCI, actualmente são construídas de raiz e devem por isso tomar uma forma que se considere adequada, de modo a beneficiar o impacto do espaço físico no comportamento dos doentes, profissionais de saúde e visitas. Foi neste contexto que em 1988, a SCCM desenvolveu um guia de normas orientadoras para a concepção das UCI. Segundo esta entidade, a equipa de *design* da UCI deve ser constituída por uma equipa multidisciplinar consistente, tendo em conta a opinião não só de arquitectos, engenheiros, *designers* de interiores, médicos e enfermeiros a exercer funções em cuidados intensivos, como outros profissionais de saúde de outros departamentos que trabalhem com a UCI, assim como também devem ser ouvidos os doentes e as famílias, para se assegurar que o *design* se encontra com a sua função pretendida. Este guia foi concebido com o objectivo de tornar o ambiente das UCI, menos preocupado e com o equipamento mais humanizado, funcional e amigável.

A planta e o *design* geral da UCI devem ser baseados nos padrões de admissão dos doentes, nos padrões de tráfego da equipa e visitas, na necessidade de instalações de apoio como as centrais de enfermagem, armazenamento, espaços de escritório, requisitos administrativos e educativos, e nos serviços de suporte.

A decisão sobre o tamanho da UCI e do número total de camas tem de ser tomada relativamente à distribuição espacial das camas e das suas relações com outros aspectos. O número total de camas deverá ser proporcional ao tamanho e capacidade de trabalho do hospital e/ou distrito para o qual a unidade foi destinada. Nas últimas décadas, a evolução tem levado os hospitais a dedicarem cada vez mais camas a cuidados intensivos. Há duas décadas atrás, os hospitais dispensavam cerca de 1% da totalidade das suas camas, isto nos hospitais pouco diferenciados, sendo que os mais diferenciados dispunham cerca de 2% a 2,5% da sua lotação total, para cuidados intensivos (Caetano, 2002).

O número ideal de camas é de 6 a 8, e nunca mais de 12, é o que a SCCM (1995) considera melhor numa perspectiva funcional, alegando que assim as relações de cooperação no trabalho entre enfermeiros, médicos, doentes, família ou comunidade, são mais próximas, mais familiares e mais funcionais, salientando ainda que uma unidade maior conduz à desorganização e uma unidade mais pequena tem poucos recursos humanos para a entreaajuda nos momentos de apuros. Caetano (2002) refere que no caso dos hospitais gerais, distritais, pouco diferenciados, com n camas, a UCI polivalente deve utilizar $2.n/100$ a $3.n/100$ camas, em função de outros factores influentes. No que concerne a um hospital geral de pequenas dimensões, defende um mínimo de quatro camas, para ser viável a UCI polivalente, quer em termos de custos de investimento, quer em relação aos recursos humanos e físicos. De acordo com a DGS (2003) citando um levantamento efectuado em 1990, por Reis Miranda e colaboradores, em hospitais com mais de 400 camas, revela que há variações do número de camas em UCI, que vão de 2,6 a 4,1% das camas do hospital. Neste documento está também referenciado que a maioria dos autores defende que seis é o número mínimo de camas para a UCI ser considerada rentável, contudo não há consenso quanto ao número máximo recomendado, que varia entre 12 e 16.

Relativamente ao tipo de *design* das UCI estas geralmente classificam-se em unidades abertas, unidades fechadas ou unidades mistas (Hoyt *et al.*, 1995). Sendo a unidade aberta, tal como o nome indica, constituída por um espaço amplo, com as camas dispostas lado a lado, à volta do contorno da sala, não existindo divisões entre as camas, encontram-se geralmente separadas por cortinas. A unidade do tipo fechada ou unidade de quartos privados, contrariamente à anterior, é constituída por quartos ou pequenas salas com uma ou mais camas, as quais estão dispostas em volta da central de enfermagem. As unidades mistas (actualmente as unidades evoluem para este tipo de

estrutura), reúnem os dois tipos descritos, isto é, uma unidade aberta com um ou mais quartos individuais.

Todos os tipos de estruturas têm vantagens e desvantagens. No que diz respeito às unidades com um tipo de estrutura aberta, uma única sala com as camas separadas por cortinas, permitem uma melhor observação por parte dos prestadores de cuidados, como uma melhor rentabilização dos recursos humanos, facilitando a gestão dos mesmos no espaço, proporcionando ainda uma maior partilha de experiências e um importante centro de formação e aprendizagem. Contudo, existe um pior controlo ao nível da infecção, assim como diminui a privacidade do doente e suas visitas (Kinney, 1983).

Quanto às unidades fechadas, estas têm as vantagens de minimizar o risco de infecções cruzadas, assim como proporcionam mais privacidade aos doentes e família. No entanto, deterioram a observação prestada aos doentes, exigindo um maior número de pessoas na prestação dos cuidados, e diminuem a frequência de interação entre os profissionais de saúde, prejudicando o trabalho em equipa (Kinney, 1983).

As unidades mistas reúnem as vantagens e desvantagens das unidades abertas e fechadas. É o tipo de estrutura mais concebido actualmente e recomendado pela DGS (2003), organismo que indica que cada UCI polivalente deve sempre contemplar alguns quartos para isolamento, aconselhando que numa unidade de seis camas devem existir dois quartos. Assim, os doentes potencialmente infectados ou infectados são acolhidos nestes quartos, diminuindo o risco de infecção dos outros doentes internados.

Relativamente às unidades dos doentes, estas deverão estar situadas de forma a que a visualização directa ou indirecta (por monitores) dos doentes seja permanente por parte dos prestadores de cuidados de saúde. De acordo com as normas da SCCM (1995), o *design* ideal das UCI deverá permitir uma visão directa entre o doente e a central onde permanecem os prestadores de cuidados.

A unidade dos doentes deve ser concebida para apoiar todas as tarefas dos cuidados de saúde. A *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) exige que o espaço para cada cama seja suficiente para acomodar todo o equipamento e pessoal necessário para satisfazer as necessidades dos cuidados ao doente (SCCM, 1995). As unidades que se encontram dentro da sala aberta devem possuir cerca de 20m² por cama e os quartos individuais deverão ter aproximadamente 25,5m², de modo a suprir as necessidades dos diferentes utilizadores, quer do ponto de vista físico como psicológico.

Recomendações da SCCM (1995) sugerem que a estação central de enfermagem deverá ser uma área confortável e com dimensão suficiente para acomodar todas as funções necessárias à equipa multidisciplinar. Numa UCI modelo, cada subestação de enfermagem deve ser capaz de fornecer a maioria, se não todas as funções, de uma estação central. Deve haver uma luz adequada para os cuidados gerais e outra para determinadas tarefas específicas. Uma parede com um relógio actualizado. As folhas de registo dos doentes devem ser facilmente acessíveis. Uma adequada superfície de espaço e cadeiras para a realização de registos clínicos devem ser fornecidos aos médicos e enfermeiros. Prateleiras, armários e outros arquivos para armazenamento de formulários de registo clínico devem estar localizados de modo a estarem prontamente acessíveis a todo o pessoal que necessita da sua utilização. A área de secretariado pode estar fora da sala, mas deve ser facilmente acessível.

Outras áreas de trabalho e de apoio, como salas de trabalho para enfermeiros, salas de armazenamento de materiais, salas de equipamento, copa, etc., deverão estar situadas dentro ou em áreas imediatamente adjacentes à UCI. É ainda importante que os espaços de trabalho, se forem de estrutura fechada, tenham as paredes ou meias paredes em vidro, de forma a permitir a visualização dos doentes durante o desenvolvimento das actividades.

Nas UCI recentes deverá ainda existir, dentro ou perto da unidade, quartos de prevenção, sala de conferências e espaços de descanso para o pessoal que proporcionem um ambiente com alguma privacidade, confortável, tranquilo e relaxante. Estes espaços deverão ainda estar munidos de sistema de intercomunicadores, telefones e dispositivos de alarmes sonoros para as situações de emergência.

A UCI deve possuir também uma sala de espera para as visitas, preferencialmente dentro da unidade. O acesso dos visitantes deve ser controlado pela recepcionista. Uma a duas cadeiras por cada cama são recomendadas. Telefones públicos (preferivelmente com cercos de privacidade) e facilidades nas refeições devem estar disponíveis aos visitantes. Televisão e ou música devem ser fornecidas. Casas de banho públicas e facilidade em adquirir água devem encontrar-se dentro desta sala ou imediatamente adjacente. Cores quentes, alcatifas, iluminação suave indirecta e janelas, são desejáveis. Materiais educativos, listas de serviços do hospital e de base comunitária e recursos a serviços de apoio devem existir. É também recomendada uma sala separada para consulta e diálogo com a família em privacidade.

Cada UCI deve ter também, como é óbvio, energia eléctrica, água, oxigénio, ar comprimido, vácuo, iluminação e sistemas de controlo ambiental que suportem as necessidades dos doentes e equipa de cuidados em situações normais e de emergência, bem como estas devem satisfazer ou exceder os códigos de regulamentação e acreditação das agências reguladoras. Uma coluna de serviço, autónoma ou montada ao tecto ou ao chão, é a fonte preferida de energia eléctrica, oxigénio, ar comprimido, e de vácuo, e deve conter os controlos de temperatura e de iluminação. Sendo que quando adequadamente colocadas, estas colunas permitem um acesso fácil à cabeça do doente para facilitar, em caso de emergência, a gestão das vias aéreas. Se as colunas não forem viáveis, estas utilidades podem ficar na parede, à cabeça do doente.

É também obrigatório que cada doente esteja monitorizado, inclusivé que se faça a análise e exibição de uma ou mais *leads* electrocardiográficas, no mínimo 3 pressões de fluidos, e avaliação directa ou indirecta dos níveis de oxigénio arterial. Estes dados devem ser apresentados tanto em formato analógico e digital como permitir a visualização das curvas e taxas de interpretação numérica, e os máximos, mínimos e valores médios, conforme adequado. Cada sistema deve ter a capacidade de gravação em papel. Esta necessidade pode não ser à cabeceira do doente. Os alarmes devem indicar valores críticos, tanto por meios auditivos como visuais. Os alarmes devem ser facilmente audíveis e não anuláveis. O equipamento de monitorização à cabeceira do doente deve estar localizado de forma a permitir um fácil acesso e não deve interferir com a visualização do doente. A enfermeira deve ser capaz de controlar e observar a monitorização de cada doente num ápice, à cabeceira. Este objectivo pode ser alcançado quer através de um acompanhamento da estação central, ou pela visualização dos monitores situados à cabeceira do doente, que permitem a visualização da monitorização de mais de um doente simultaneamente. Deve salientar-se que nenhum destes métodos pretende ou deve diminuir a observação à cabeceira do doente.

Todos os esforços devem ser feitos para proporcionar um ambiente que minimize o *stress* quer dos doentes e prestadores de cuidados, quer dos familiares.

Como sabemos os sinais dos sistemas de chamada dos doentes e os alarmes dos equipamentos de monitorização e dos telefones aumentam a sobrecarga sensorial nas UCI. Assim, sem reduzir a sua importância e sentido de urgência, estes sinais devem ser modulados a um nível que alerte os membros da equipa, mas que sejam pouco nocivos. O conselho internacional do ruído recomendou que os níveis de ruído em áreas agudas do hospital não excedam 45dB em pleno dia, 40dB ao anoitecer e 20dB durante a noite.

Notavelmente, os níveis sonoros na maioria dos hospitais estão entre 50 e 70dB, com episódios ocasionais acima deste intervalo. É por esta razão que os revestimentos para o chão, paredes e tecto devem permitir a absorção sonora, mantendo a sua função no controlo da infecção, facilidade em limpar e manter, assim como se deve ter em consideração a necessidade de movimentar o equipamento. A SCCM (1995) recomenda ainda que as entradas devem ser deslocadas, ao invés de serem colocadas simetricamente opostas, afim de reduzir a transmissão sonora. Os balcões, divisórias, vidros e portas contribuem também para a redução dos níveis de ruído.

A concepção da unidade deve também considerar a iluminação natural e a vista para a rua. As janelas são um aspecto muito importante de orientação sensorial, e tantos quartos quanto for possível devem ter janelas para reforçar a orientação do dia e da noite. Cortinados ou estores, à prova de fogo, podem fazer a janela mais atractiva e servir para absorver o som. As janelas devem ser resistentes aos tratamentos e ser fáceis de limpar, e deve ser estabelecido um calendário para a sua limpeza. Se as cortinas ou os estores não forem uma opção viável, deve considerar-se o uso de saliências exteriores, grelhas, ou vidro matizado ou reflector para controlar o nível de iluminação. Se não poderem existir janelas em cada sala, uma opção alternativa é permitir um acesso remoto à vista de uma janela exterior ou existir uma clarabóia. Outras abordagens para melhorar a orientação sensorial dos doentes podem incluir um relógio, um calendário, um painel com mensagens e ou um altifalante ligado à rádio e à televisão. As televisões devem estar fora do alcance dos doentes e devem ser controladas com comando. Se possível, o serviço de telefone deve ser oferecido em cada unidade do doente. As considerações quanto ao conforto devem incluir métodos para estabelecer a privacidade ao doente. Estores, persianas, cortinas e portas devem controlar o contacto do doente com o seu meio envolvente. Cadeiras portáteis devem estar disponíveis para permitir às visitas sentarem-se à cabeceira da cama (SCCM, 1995).

Quanto à iluminação artificial, a iluminação geral mais a luz dos arredores, segundo o documento editado pela SCCM, deve ser adequada às rotinas e tarefas de enfermagem, incluindo o fazer dos registos, contudo é necessário criar uma iluminação ambiente suave ao conforto do doente. A iluminação geral não deve exceder os 30fc. É preferível colocar iluminação controlada, com botões de controlo localizados fora da sala. Isto permite mudanças na iluminação durante a noite de fora da sala, o que permite a mínima perturbação do sono durante a observação do doente. A iluminação nocturna não deve exceder 6,5fc para uso contínuo ou 19fc para curtos períodos. Separadamente,

deve existir iluminação para as emergências e procedimentos, localizada no tecto directamente em cima do doente, iluminando plenamente o doente com pelo menos 150fc livre de sombra. Uma luz de leitura para o doente é desejável e deve ser montada de forma a que não interfira com os movimentos da cama ou equipamento de monitorização. A iluminação da lâmpada de leitura não deve exceder os 30fc.

A qualidade e segurança do ar é também um aspecto importante a considerar, pelo que deve ser apropriada e mantida durante todo o tempo. Um mínimo de seis mudanças totais de ar por quarto ou por sala é requerido. Os sistemas de climatização centrais e recirculação do ar devem passar por filtros adequados. O ar condicionado e o aquecimento deverão ser fornecidos para o conforto dos doentes. Para UCI que incluem um doente por módulo, a temperatura deve ser ajustável em cada módulo.

Um outro aspecto a considerar em relação ao conforto é a escolha da cor para o quarto ou sala, que deverá promover o repouso e ter um efeito calmante. Para permitir o interesse visual, uma ou mais paredes dentro da vista do doente podem ser seleccionadas para acentuar a cor, a textura, o design gráfico ou uma foto. Conselhos de engenheiros e designers ambientais devem ser procurados para desinstitucionalizar as áreas dos cuidados aos doentes, tanto quanto possível (SCCM, 1995). As cores fazem com que os ambientes sejam percebidos como harmoniosos, calorosos, tristes ou obscuros. Um estudo realizado por Boccanera & Boccanera (2006) acerca das cores do ambiente das UCI, concluiu que os doentes e profissionais preferem as cores azul-claro, branco, verde-claro e amarelo. E constatou-se também que as pessoas estabelecem associações com as cores e ainda que a cor auxilia no restabelecimento do equilíbrio, assim como contribui para a harmonia do corpo, da mente e das emoções.

Quanto aos recursos humanos, a UCI agrupa uma equipa de trabalho transdisciplinar constituída por médico, enfermeiro, auxiliar de acção médica, secretária de unidade, fisioterapeuta, dietista, e todo um conjunto de outros profissionais que por vezes são chamados para fazer a sua observação, ou exame complementar de diagnóstico ou simplesmente deixar uma opinião. Esta equipa está reunida 24h por dia, sete dias da semana, tratando permanentemente dos doentes. A dotação de profissionais de saúde deverá ser feita em função do número e necessidades dos doentes e também dos objectivos da unidade.

1.3 – O Microambiente Cuidados Intensivos do CHBA

. . . As UCI, atendendo às suas características, à sua especificidade e diferenciação, constituem, para todos quantos nela permanecem enquanto prestadores de cuidados, um dos espaços onde a sobrecarga de trabalho é normalmente mais elevada, onde todas as actividades têm necessariamente de ser desenvolvidas com espírito de equipa, e em que o esforço de todos é essencial para que o objectivo principal destas unidades de tratamento seja alcançado de forma eficaz.

Almerinda Luíz, 1996

A estrutura que acolhe o CHBA já data de 1999, ano em que foi construído pelo Ministério da Saúde. Nesta altura, ainda era denominado Hospital do Barlavento Algarvio. Sendo em 2004 que toma a denominação actual, após ter ocorrido uma integração entre a Unidade Hospitalar de Portimão e a Unidade Hospitalar de Lagos.

O CHBA tem como objectivo a prestação de cuidados de saúde integrados, diferenciados, de elevada qualidade e acessíveis num tempo adequado a todos os utentes da sua área de influência, nomeadamente os concelhos do barlavento algarvio.

A UCI está instalada na Unidade Hospitalar de Portimão, tendo sido construída aquando da restante estrutura. Só entra em funcionamento no ano 2000, inicialmente apenas com 4 vagas, sendo no ano 2001 que começa a funcionar com a capacidade de lotação máxima – seis camas.

O espaço que acolhe a unidade é constituído por dois sectores, a UCI e a unidade de acidente vascular cerebral (UAVC). Este último sector manteve-se encerrado até Outubro do ano de 2007, altura em que abriu com capacidade para três doentes. Apesar de este sector estar contido no espaço que acolhe a UCI, isto é, têm uma entrada comum e uma outra porta que une os dois sectores, a UCI e a UAVC, e de os recursos humanos utilizados serem os mesmos, este ambiente não faz parte do nosso objecto de estudo, pois reúne características completamente díspares das que caracterizam o ambiente da UCI.

A UCI situa-se no piso 1, tal como o bloco operatório, o serviço de urgência, o serviço de imagiologia, o laboratório e o serviço de sangue, entre outros. Os serviços mencionados são os que a SCCM (1995) recomenda como serviços de suporte, pelo que se devem localizar junto à UCI, tal como a farmácia, que neste hospital se localiza no piso menos um (-1). No entanto existe um elevador junto à entrada da UCI que tem ligação directa para a entrada do serviço de farmácia, e actualmente existe também um sistema automatizado de vácuo que permite a transferência de fármacos entre os diversos serviços.

Em relação à estrutura física que caracteriza esta UCI vamos tentar descrevê-la da melhor maneira para que o leitor tenha uma visão e percepção o mais próximo possível da realidade. Para complementar disponibilizámos a planta da referida unidade (Apêndice A). Iniciaremos esta descrição com a entrada na UCI até à unidade propriamente dita, a sala onde se encontram internados os doentes.

A UCI do CHBA tem uma entrada (porta dupla) que serve profissionais, fornecimento, visitas, entrada e saída de doentes, etc. Este acesso é condicionado: os profissionais que lá trabalham necessitam de marcar um código para entrar e as visitas necessitam de tocar à campainha, sendo primeiramente atendidas pelo intercomunicador e depois pessoalmente. Junto a esta porta verde-água, ainda fora da unidade, existem cerca de doze cadeiras, nas quais os familiares dos doentes internados na UCI partilham as suas tristezas, angústias, desabafos e alegrias enquanto aguardam pela hora da visita.

Ao passarmos para o outro lado da porta, olhando em frente, visualizamos uma sala com uma janela e uma porta para o corredor (sala de reuniões), onde nos encontramos agora posicionados. Se olharmos para o lado esquerdo, estão duas portas que dão acesso aos balneários dos profissionais. Se nos virarmos para a direita, deparamo-nos com um longo e espaçoso corredor, com várias portas do lado direito e esquerdo que dão acesso a salas para uso dos profissionais de saúde. Caminhando da porta de acesso à UCI para o fim do corredor, e portanto de costas para os balneários, do lado esquerdo existe a já referida sala de reuniões, o gabinete da secretária da unidade, o gabinete do director do serviço e o gabinete do enfermeiro chefe. Do lado direito, há uma casa de banho para as visitas, a copa, duas salas de equipamento e a sala dos sujeitos. No final do corredor há uma porta (dupla) que permite o acesso à actual UAVC e se virarmos para a esquerda continuamos no caminho que nos permite chegar à UCI. Aqui encontramos um novo corredor, menos longo, mas com as mesmas características. À direita existe uma porta que dá acesso à sala de arrecadação de material. E à esquerda existem duas portas que dão acesso a duas casas de banho (mulheres e homens) para uso dos profissionais. Há deste lado ainda uma terceira porta que corresponde à entrada para a sala dos médicos. Após a entrada para a sala dos médicos, existe uma porta (dupla) que encerra o corredor, mas que predominantemente tem uma das portas abertas para que se possa circular. Passando esta porta, encontramos à direita um grande lavatório de metal que serve para a lavagem asséptica das mãos dos profissionais de saúde. Posteriormente há um estreitamento do corredor que, ao ser ultrapassado permite-nos já visualizar o interior da sala de cuidados intensivos.

Ao longo deste percurso a cor predominante é o verde. O chão é em linóleo de cor verde-água. As paredes, pintadas com uma tinta facilmente lavável, têm uma tonalidade creme brilhante mas devido à luminosidade e cor envolvente parecem reflectir uma tonalidade verde-clara. Assim como as portas, todas elas verdes, mas um verde intermédio, entre o verde do chão e a cor das paredes.

A luz nestes corredores e salas também é uma constante. Todas as salas que se encontram à esquerda, à excepção das casas de banho, possuem uma janela que permite a entrada de luz natural. Assim, durante o dia há entrada de luz natural para o corredor através da janela da sala de reuniões, pois a janela interior para o corredor permite a entrada indirecta da luz. Tal como o gabinete da secretária da unidade, que possui um guichet em vidro, permitindo também a passagem da luz que vem da janela exterior. Há ainda a luz natural que vem das restantes salas localizadas à esquerda, uma vez que permanecem frequentemente com a porta aberta. A iluminação artificial complementa esta claridade através de várias luzes brancas colocadas no tecto.

A estrutura desta unidade é do tipo mista, possuindo uma sala aberta com cinco camas, separadas por cortinas, e um quarto privativo que serve como quarto de isolamento para um doente. A sala está disposta de uma forma aproximadamente circular, encontrando-se as camas, assim como o quarto privativo, dispostos neste círculo em volta da central de trabalho, que existe no centro da sala. Junto à sala da UCI, especificamente junto à entrada da unidade, existem mais três salas: a sala de enfermagem, a sala dos “limpos” (onde se acondiciona o material esterelizado) e a sala de trabalho.

Ao entrarmos na sala que acolhe os doentes deparamo-nos com um espaço bastante airoso, iluminado com muita luz natural devido às cinco janelas (contando com a do quarto privativo) que existem para o exterior, munidas com um estore que facilita o controlo da entrada da luz, complementando-se com a luz artificial gerada pelas luzes brancas que vêm do tecto. A cor verde e as características dos materiais mantêm-se.

As unidades dos doentes são muito organizadas e todas iguais, constituídas por uma cama hidráulica e eléctrica, disposta ao centro, que possui na parte traseira um suporte para as folhas de registos. Na parte dianteira, de ambos os lados da cama desce do tecto uma coluna, ambas as colunas adaptadas à mesma estrutura metálica, que pode ser movida para os dois lados (direita e esquerda) consoante as necessidades à cabeceira do doente. Na coluna à direita do doente existem as bombas e seringas perfusoras,

existem ainda duas gavetas para arrumos (o material aqui acondicionado segue uma lista própria) e uma pequena bancada, também com diverso material. A outra coluna, à esquerda do doente, possui um sistema de monitorização cardíaca e hemodinâmica, o sistema de gases e aspiração por vácuo, uma prótese ventilatória e mais duas gavetas para arrumos.

No centro da sala existe uma bancada de madeira lacada a branco onde os profissionais de saúde se podem sentar para efectuar registos ou notas. É aqui que se encontram guardados os processos dos doentes internados. Há também dois monitores que nos permitem visualizar a monitorização de todos os doentes internados. Atrás deste espaço, junto à parede, existe uma outra bancada, mais pequena, que condiciona o computador e impressora, e também uma série de gavetas onde se encontram livros e manuais para consulta. Nesta mesma parede, a luz de visualização de raios x (negatoscópio) encontra-se à direita da bancada, e à esquerda um armário com pequenas gavetas que condicionam todas as folhas e impressos necessários para o trabalho dos profissionais. É na contiguidade desta parede (que termina junto à parede externa, onde se encontram as janelas) que existe a porta (dupla) que une esta unidade à UAVC. Existe ainda, nesta parede, um lavatório em louça branca que permite a lavagem das mãos, existindo outro junto à entrada da unidade, um dentro do quarto privativo e outro na adufa.

O quarto privativo é composto de forma idêntica às restantes unidades dos doentes. No entanto, está cercado por paredes, sendo que a parede lateral com a sala da unidade possui uma janela em vidro que permite a observação para a unidade e vice-versa. Do lado contrário a esta parede existe uma outra parede com uma porta que dá para a adufa. A outra parede interna possui uma porta com vidros que desemboca na unidade.

Para o funcionamento da UCI existe um conjunto de recursos humanos que engloba diferentes sectores profissionais, enfermeiros, médicos, auxiliares de acção médica, fisioterapeutas, etc. A equipa de enfermagem da UCI é constituída actualmente por um enfermeiro chefe, sete enfermeiros graduados e 18 enfermeiros. A equipa médica é constituída por cinco médicos fixos da UCI, dos quais um desempenha também o cargo de Director da Unidade, e por mais dois médicos externos que dão apoio. Existe ainda o apoio pontual por parte de outros especialistas, sempre que solicitados. A unidade conta também com o apoio de um fisioterapeuta que presta

cuidados no turno da manhã. E existe ainda uma secretária da unidade que é responsável por todos os procedimentos de carácter burocrático.

O funcionamento e organização desta unidade segue normas, protocolos e critérios institucionais, assim como normas, regulamentos, guias e protocolos específicos para esta unidade.

O horário das visitas efectua-se em dois períodos, das 13.30 às 14.30 horas e das 18 às 20 horas. Em cada período de visita cada doente tem direito a três visitas que entram individualmente e não devem permanecer por um período superior a 15 minutos cada. O controle da entrada e saída das visitas é efectuado por um auxiliar de acção médica que fornecerá uma bata de protecção a cada um dos visitantes. Estes deverão igualmente efectuar a lavagem das mãos antes e depois da visita. Ao enfermeiro cabe compreender as necessidades que todos os familiares têm, devendo facilitar a verbalização de todas as dúvidas e preocupações, informando sobre a possibilidade de o familiar comunicar com o médico assistente do doente para obtenção de mais informações durante o período da visita, para além de fornecer o guia de acolhimento que existe na UCI (Apêndice B). Não são fornecidas quaisquer informações acerca do estado clínico do doente via telefone, à excepção de casos específicos em que os familiares se encontrem distantes geograficamente.

Em relação aos doentes admitidos nesta UCI, são maioritariamente pessoas pertencentes à área do Barlavento Algarvio, mas são também admitidas pessoas de outras zonas do país, assim como estrangeiros, já que o hospital se localiza numa região turística. O hospital admite em média cerca de 12034 doentes por ano, sendo que necessitam de cuidados intensivos cerca de 251 doentes, que permanecem internados em média 7,61 dias. Os valores mencionados são extraídos das estatísticas efectuadas pelo hospital relativamente a 2006, ano em que a taxa de ocupação média da UCI foi de 87,4%.

2 - O Sistema Família

FAMÍLIA é o local adequado onde se nasce,
cresce, vive e morre, onde se sofre e ama,
onde o homem se realiza na plenitude do seu ser.

Villadrich (citado por Minuchin, 1990)

A família não é simplesmente o equivalente à soma dos seus elementos. A família é para além disso. A sua totalidade é um conjunto de interações, normas, regras conscientes ou inconscientes e papéis que constituem uma realidade diferente do somatório de pais e filhos.

Não a podemos comparar a um arquipélago formado por várias ilhas já que entre os seus elementos há um encaixe perfeito. Se por qualquer razão algumas das peças não se articular, perde-se a harmonia que dá lugar à angústia e, conseqüentemente, ao disfuncionamento familiar.

Mas a família é flexível, no sentido em que cada um dos elementos que a constitui se adapta à mudança e à transformação. Assim, para que a harmonia permaneça quando um membro combale, os outros membros devem modificar a sua própria realidade, caso contrário surge o desequilíbrio, a desordem e o caos.

A família é uma realidade dinâmica que se modifica ao longo da sua vida e a sua evolução não é linear, mas descontínua. Vai-se desenvolvendo consoante a sua intra-história e adaptação ao ambiente envolvente.

O que se pretende com este capítulo é explicitar o conceito de família. Surge da necessidade de continuar a elaborar o quadro de referência que nos leva a entender de forma objectiva o fenómeno em estudo. Encontra-se dividido em quatro pontos que formam um todo.

O primeiro ponto aborda a raiz etimológica da palavra família e as mutações que este conceito sofre com a transformação da sociedade, digo alterações demográficas. Explana também o conceito de sistema para que se chegue à noção de família como sistema.

O segundo e último ponto aborda a concepção de família doente. Uma vez que se trata de um estudo sobre as emoções e sentimentos dos familiares dos doentes internados em ambiente hospitalar, é necessário situar o objecto de estudo na problemática que o enquadra – a família em contexto de doença.

2.1 – A Família como Sistema

A família é um sistema em interação, em que cada um dos seus membros tem responsabilidades e funções a desempenhar, criando assim um jogo de interdependência e inter-relação . . . seria então contraditório pensar que somente um membro está “doente”

Relvas, 2006

Escrever acerca da família e das relações desta com a pessoa doente é um tema bastante complexo que nos leva a atingir e ultrapassar fronteiras tão próximas quanto longínquas. Próximas porque todos podemos vir a ser o doente da família. Longínquas porque na nossa concepção individualista, adoecer só acontece aos outros.

Todos julgamos saber o que é a família, como se organiza, as suas dificuldades, habilitações e competências, essencialmente no que nos confere a nós enquanto membros de uma. No entanto, o sentimento e conhecimento pessoal e científico que detemos fazem-nos olhar para a família como um conjunto de conceitos, questões e até contradições. Possivelmente porque todos nos encontramos inseridos numa família que, sendo o nosso ambiente mais próximo, como instituição se torna uma realidade pouco palpável.

Assim, nesta mistura entre o que se sente e o que se sabe da família, entre o que se vê quando se olha para outras famílias, o que se ouve quando alguém nos fala da sua, e o que a ciência nos ensina acerca da família, o que é a família?

A palavra família deriva do latim *familia* e surgiu em Roma derivado de *famulus*, que quer dizer servidor (Leandro, 2001). No seu significado antigo a família designava em Roma o conjunto de pessoas (parentes e domésticos) e bens patrimoniais que viviam e estavam sob a autoridade do *pater familias*. O significado da palavra família tem evoluído ao longo da História e os diversos modelos de família variam com as culturas (ex.: matriarcal, patriarcal, poligâmica, nuclear).

A família é a primeira unidade social que acolhe o indivíduo e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização, bem como para a formação da sua individualidade. É através da família que cada geração assume, em graus diversos mas sempre importantes, a sua responsabilidade para com os seus membros. É, pois, o espaço natural onde se faz a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos (Martins, 2002).

Mas, como sabemos, a família como unidade de conduta social mais significativa da sociedade tem vindo a passar por mudanças consideráveis. O desenvolvimento da família tem-se alterado tanto na estrutura como nas funções e interações internas e com a comunidade. As tendências demográficas que afectaram a família estão relacionadas com a idade em que se verifica o primeiro casamento; os padrões de fertilidade e as taxas de nascimento; o aumento do número de solteiros, divorciados e famílias reconstituídas; o grande número de crianças que vivem em situação de divórcio na família ou vivem com um pai ou uma mãe solteira; e com o crescente aumento da população idosa. Embora as expectativas familiares e da sociedade em geral estejam relacionadas com os papéis e funções da família, as tendências no casamento e na família influenciam o tipo de papéis encontrados e as estruturas e funções realizadas pelas mesmas.

Mas todas as famílias, independentemente da sua estrutura, têm certas funções que são desempenhadas para manter a integridade da unidade familiar e dar resposta às necessidades familiares, às necessidades dos seus membros individualmente e às expectativas da sociedade. E porque a família permanece como primeiro e principal suporte afectivo, pedagógico e social de todos os indivíduos, a família como instituição não desaparecerá, independentemente de todas as transformações registadas e de todas aquelas que sofrerá no futuro.

São vários os autores e as correntes que se dedicam à análise, estudo e terapia da família, sendo que a perspectiva que serve de base neste trabalho é a concepção sistémica da família. Assim, partindo do conceito de família como sistema, analisamos as suas características, as condições que definem uma família saudável, bem como reflectimos sobre a doença e as respostas da família perante esse facto.

Previamente, apresentamos a noção de sistema, segundo Bertalanffy “sistema é um conjunto de unidades reciprocamente relacionadas, que se caracteriza pela proposição de objectivos, globalismo ou totalidade, entropia e homeostase” (Kurgant, 1991:98). Marc e Picard (1984) citados por Alarcão (2006:17) definem-no como um “conjunto de elementos em interacção de tal forma que uma modificação num deles provoca uma modificação de todos os outros”.

A pessoa é um sistema aberto e como tal é impossível separar os vários domínios da mesma. Existe necessidade de a valorizar como um todo, tendo em conta as suas componentes biológicas, cognitivas, sociais, emotivas e espirituais. A pessoa é

então um organismo com unicidade, que é capaz de sentir, de pensar, de viver emoções, de fazer escolhas e de agir (Chalifour, 1989).

A família é uma “unidade de pessoas em interação” (Burgess, 1979 citado por Gimeno, 2001:40), mas o termo unidade não deve ser entendido como uniformidade, mas como totalidade, uma vez que as pessoas que formam o sistema não operam como elementos isolados. Assim, qualquer modificação num elemento do sistema causa alterações internas nos restantes membros e, conseqüentemente, reforma o sistema no seu todo. A família é então considerada, pelas teorias de inspiração sistémica, um “ser” uno e particular, um sistema, um todo, uma globalidade (Relvas, 2006).

A família constitui um grupo que no seu conjunto é mais do que a soma das suas partes. E esta noção de totalidade constitui uma ideia importante, que confere à família uma realidade e vida própria, que diz respeito igualmente à unidade mais pequena do sistema, bem como aos restantes sistemas, num modelo que se pretende efectivamente ecológico (Martins, 2002:114).

Ou seja, cada família enquanto sistema é um todo, mas é também parte de outros sistemas, e dentro de cada família existem diversas totalidades mais pequenas, onde a menor é o indivíduo, às quais podemos chamar subsistemas. Minuchin e Fishman (1990) mencionam que cada unidade sistémica é um holão (do grego *holos*, todo, com o sufixo *ão* que sugere uma partícula ou parte), sendo que cada holão é conjuntamente um todo e uma parte “não mais um do que outro, sem que um rejeite ou entre em conflito com o outro”.

A teoria sistémica tem origem na física quântica, quando se passa da concepção linear e mecanicista de Descartes e Newton para uma visão holística e ecológica. O conceito holístico permitiu a compreensão da realidade em função de totalidades integradas. Hoje, vivemos num universo globalmente interligado, no qual fenómenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais são todos interdependentes, interligados ou seja, sistémicos.

A concepção sistémica visualiza o mundo em termos de relações e integração. Onde os sistemas são totalidades interdependentes e cujas propriedades não podem ser reproduzidas a unidades menores. Todo e qualquer organismo é uma totalidade integrada e, logo, um sistema vivo. Embora se possa distinguir as suas partes individuais em qualquer sistema, a natureza do todo é sempre diferente da soma das

suas partes. Um outro aspecto importante no estudo dos sistemas é a sua natureza intrinsecamente dinâmica, pois não têm estruturas rígidas, mas flexíveis, embora estáveis, de processos subjacentes.

Várias são as disciplinas que se incluem nas “ciências dos sistemas”, mas as mais relevantes são a Teoria Geral dos Sistemas, teoria organicista que surgiu nos anos 40 com os trabalhos do biólogo austríaco Ludwig von Bertalanffy. E a Cibernética, mecanicista, que aparece em 1948 resultado do trabalho publicado por Norbert Wiener. O conhecimento que adveio de ambas as publicações permitiu considerar o primeiro axioma sistémico – o todo é mais do que a soma das partes (Alarcão, 2006).

As duas teorias desenvolveram-se paralelamente. Bertalanffy preocupava-se com os sistemas biológicos e sociais, ao contrário dos matemáticos da cibernética. Para Wiener, o modelo de retroalimentação (homeostase negativa e positiva) podia explicar o processo das máquinas, mas era insuficiente para descrever ou explicar sistemas biológicos, referindo que os organismos vivos ao manterem interacções dinâmicas múltiplas permanecem num desequilíbrio constante. Ou seja, a desconsideração, por parte da cibernética, do potencial evolutivo e da crescente organização dos organismos vivos, inviabiliza a sua aplicação ao mundo biológico ou social. Para esta teoria, os sistemas de retroalimentação são sistemas fechados, onde não se considera a possibilidade de transição a estados de maior complexidade.

Assim, estas considerações apresentam limitações na aplicabilidade do modelo cibernético ao mundo biológico e social. No entanto, com a evolução dos estudos dos sistemas auto-organizadores (homeostase positiva) e as concepções daí decorrentes levam a que estas lacunas sejam ultrapassadas, pelo que apesar do esforço de Bertalanffy em diferenciar a sua teoria da cibernética, as duas praticamente se confundem e o modelo desenvolvido por este foi absorvido, transformado e mesmo ultrapassado pela cibernética de segunda ordem.

A cibernética de segunda ordem, ou cibernética dos sistemas observantes, surge no início dos anos 70, diferenciando-se da anterior (cibernética de primeira ordem) pela inclusão do observador nos sistemas estudados. Enquanto a cibernética de primeira ordem não tinha em conta os processos mentais e tinha como objectivo, apenas, descrever os sistemas, a cibernética de segunda ordem, para além desse objectivo, descreve o observador, sendo que o resultado da observação é sempre o resultado da interacção entre o que observa e o que é observado. A cibernética de segunda ordem mostra que a evolução se faz em espiral e não de forma linear (Foerster, 1996, citado por Alarcão, 2006).

A segunda cibernética introduz também a noção de capacidade auto-organizativa dos sistemas, contributo cedido por Maturana e Varela associado ao conceito de autopoiese - os sistemas vivos modificam as suas estruturas não só porque as condições externas se modificam, mas porque estão aptos a criar os elementos que os constituem, no intuito de manter a sua coerência num ambiente em permanente mudança. Os autores referem-se à capacidade que o sistema tem de modificar espontaneamente a sua estrutura aquando da alteração das condições internas e/ou externas do mesmo. Esta propriedade confere ao sistema a estabilidade da sua organização, através da evolução para níveis superiores de complexidade e autonomia, que resulta da sua auto-organização (Relvas, 2006; Alarcão, 2006; e Martins, 2002).

A afirmação da capacidade auto-organizativa do sistema veio conferir um valor próprio à noção de interdependência e de estrutura familiar. Assim, podemos dizer que a família é um sistema sociocultural aberto para o exterior e para o interior, sendo o grau de abertura variável consoante a sua organização. É um sistema auto-organizado com objectivos próprios e a sua estrutura e processos não são apenas o decalque das pressões externas, já que está também sujeita a forças internas e é, por isso, agente do seu próprio desenvolvimento, das suas próprias mudanças, utilizando estratégias e recursos que são distribuídos por todos os seus elementos (Gimeno, 2001 e Relvas, 2006).

Mantendo o equilíbrio dinâmico, este “sistema aberto” que é a família está em interacção dialéctica com outros sistemas devido a duas funções próprias de todo o sistema: a tendência homeostática e a capacidade de transformação. No interface dessas funções está o duplo processo do sistema familiar: a continuidade e o crescimento. A família é, pois, um sistema dinâmico cujo equilíbrio depende do maior ou menor grau de satisfação das suas necessidades básicas e das dos seus elementos, tomados individualmente, bem como da capacidade de adaptação às transformações a que está sujeita. No jogo da individualidade e do sentido colectivo, a família cumpre os seus objectivos e reforça a essência da sociedade. “Socializando os seus elementos e permitindo-lhe um desenvolvimento autónomo, inscrito num sentimento de unicidade familiar, a família cumpre a sua dupla função e desenvolve-se num equilíbrio dinâmico entre abertura e fecho relativamente aos outros sistemas com os quais co-evolui” (Martins, 2002:115).

A saúde da família é, então, o resultado da complementaridade de duas funções: a continuidade no tempo e a articulação no espaço com o ambiente. Isto é, a família é uma realidade que nasce, cresce, reproduz, educa os seus descendentes e gera outras

famílias - dimensão diacrónica ou temporal da família, respeitante ao tempo em que se dá a abertura e o fecho, onde o fechar significa o tempo de manutenção ou conservação e o abrir traduz a adaptação ou evolução para a mudança. Mas, além disso, a família assegura a socialização do indivíduo, articulando-o a uma sociedade e meios concretos - dimensão sincrónica ou espacial, relativa ao espaço das relações do sistema, sub-sistemas e supra-sistemas (Martins, 2002).

O conceito de família como sistema fundamenta que nenhuma família é igual a outra; não existem duas famílias iguais, apesar de todas serem uma família e funcionarem como tal. Este conceito justifica ainda o adjectivo complexidade, uma vez que o sistema família como um todo funciona também como parte de outros sistemas e, para além disso, cada sistema é composto por vários sub-sistemas únicos e complexos, e também pela existência de relações interdependentes complexas. Neste contexto, Gameiro (1992) citado por Relvas (2006) define a família como uma rede complexa de relações e emoções que não podem ser estudadas com instrumentos utilizados para avaliar o indivíduo isoladamente. Acrescenta ainda que o estudo isolado de uma só família não é válido para difundir a magnificência e complexidade relacional deste sistema.

Assim, o sistema família como realidade diferente das pessoas individuais que o constitui, permite que o seu estudo se possa centrar em si mesmo, destacando-se características como a coesão, a satisfação, a adaptabilidade, a comunicação, normas, rituais, entre outras, que constituem no seu conjunto dimensões significativas da análise da família.

2.2 – A Família Doente

A família é um sistema vivo que troca informação e energia com o exterior. Flutuações, tanto internas quanto externas, são normalmente seguidas por uma resposta que leva o sistema de volta a seu estado de constância.

Porém, quando a flutuação se amplia, a família entrará em crise, onde a transformação resulta num diferente nível de funcionamento que torna as alterações possíveis.

Minuchin & Fishman, 1990

Uma das finalidades da família é assegurar a todos os seus membros a satisfação das necessidades materiais e afectivas básicas, permitindo a cada um realizar

progressivamente o máximo das suas potencialidades individuais, assim como permitir a acomodação a uma cultura e a transmissão dessa cultura, assimilando o passado e programando o futuro.

À medida que os membros mais novos de uma família vão crescendo, ela é influenciada pela homeostase dominante de um dos seus membros, condicionando as interações com os restantes. Chega a uma altura em que a criança sai para a escola e com a individualização que acompanha as modificações próprias da puberdade, adolescência e a entrada na vida adulta, a família é forçada a fazer um esforço de adaptação a essas mudanças, de forma a encontrar um novo equilíbrio interno. Se o resultado desta perturbação, na vida interna da família, se traduzir em dificuldades de conseguir rapidamente um novo equilíbrio, poderá instalar-se uma crise familiar que a destabiliza e perturba os respectivos indivíduos e subsistemas.

Ou seja, há mudanças com as quais a família tem que contar, pois são inerentes à evolução do seu ciclo vital. Mas, embora estas reorganizações internas sejam previsíveis, elas constituem sempre momentos de *stress* e, naturalmente, de crise (Martins, 2002). Sem estas mudanças, a evolução e continuidade da família ficariam estagnadas, pois estes momentos de transformação correspondem ao início de diferentes estádios de transição ou fases (Relvas, 2006).

Este tipo de crise, que advém do *stress* que surge das adaptações e reorganizações próprias da evolução da família, é denominado crise natural ou desenvolvimento. Contrariamente, a crise acidental é provocada por algo inesperado, interno ou externo à família, como por exemplo, o processo de doença de um dos elementos, o divórcio, o desemprego, a gravidez indesejada, a prisão de um dos membros, o suicídio, o alcoolismo, a morte ou mesmo a entrada de um novo membro estranho na família (Alarcão, 2006).

É do consenso geral que toda e qualquer mudança causa *stress*, independentemente da carga positiva ou negativa de que se faz acompanhar, ou seja, não é o carácter agradável ou desagradável de um acontecimento que o define como crise, mas sim o carácter de mudança (Alarcão, 2006 e Relvas, 2006).

Assim, o vocábulo crise traduz uma situação de conflito, que pressupõe uma tensão mais ou menos elevada com impacto na família, e que tem uma duração de semanas a meses. No período de crise, o sistema família destabiliza-se e há a necessidade de mudança e reorganização. O termo chinês *crise* agrega então o duplo significado de perigo e oportunidade (Slaikeu, 1984 citado por Saraceno, 1997), e o

termo original grego (*Krino*), tem o significado de destabilização como também de crescimento e de um passo à frente (Gimeno, 2001). Por outras palavras, o sistema pode optar por resistir à mudança, pondo em causa a sua evolução e equilíbrio e, neste caso, a crise é vista como um risco. Ou o sistema pode compreender que a crise exige mudança e transformação e passa a ser uma oportunidade para o crescimento e evolução (Minuchin, 1990).

A flexibilidade do sistema família conduz a que a vivência de flutuações que esta tem como sistema vivo confirmam à crise natural um valor maturativo, e permite ao sistema organizar-se para se adaptar à nova situação. Ritcher (1990) citado por Martins (2002:145) refere:

hoje em dia, certas tensões internas entre cônjuges, bem como entre pais e filhos, não apenas são “mais que normais”, como algumas vezes até são sinal importante de vitalidade intelectual e indicação positiva da saúde familiar. O conceito clássico de harmonia ou desarmonia teve que ser revisto. A ruptura da família é indicada não pela presença de conflitos sérios, ou mesmo explosivos, mas pela incapacidade dos seus membros de lidar com tensões . . .

Por vezes, num momento de crise revivem-se conflitos passados e constata-se a disfuncionalidade e insatisfação familiar, sendo que o sentimento geral é de que a família se encontra à deriva. A angústia e inimizade lideram e têm tendência para distorcer o sistema. Há portanto necessidade de mudanças profundas por parte dos vários membros da família, não há espaço para pequenas mudanças, pois os valores, objectivos, expectativas e papéis são afectados e os que vigoram já não servem (Gimeno, 2001). A crise exige alterações na organização familiar, podendo mesmo haver necessidade de alteração da função económica dos diferentes membros ou até da própria família (Martins, 2002).

As pressões internas da família advêm de momentos de morfogénese do sistema familiar ou de um problema com um dos membros ou sub-sistemas. Mas a família está também sujeita a pressões externas, uma vez que interage com outros sistemas no ambiente em que se encontra inserida. Assim, a família enquanto sistema adaptativo e mutável, estando sujeito a pressões internas e externas, de modo a assegurar o seu desenvolvimento, encontra-se revestida de mais ou menos *stress*.

Minuchin (1990) destaca quatro possíveis causas geradoras de *stress* para uma família: uma interacção “stressante” de um dos membros com forças extra-familiares (ex: um problema profissional); uma interacção geradora de *stress*, do sistema família

com forças extra-familiares (ex: uma catástrofe natural ou uma crise económica); o *stress* que advém de momentos de mudança da família; e o *stress* resultante de problemas particulares.

São as duas últimas fontes de *stress* referidas as que mais se relacionam com este estudo. Quando um indivíduo é afectado por uma doença, não só é uma fonte de *stress* para este, como para todo sistema. O aparecimento da doença supõe sempre a ruptura do equilíbrio anterior do sistema família e uma tentativa de restabelecer a harmonia dentro do contexto. Aparece assim uma nova realidade - a família doente. A doença não afecta somente um membro da família, contagia toda a rede familiar e social. Não existe o doente e os outros, todo o sistema entra numa mesma dinâmica, na tentativa de restabelecer o equilíbrio perdido.

A forma como a doença surge, subitamente ou não, e a gravidade das sequelas, resultam num aumento ou diminuição do *stress* familiar e individual vivido, implicando recursos adaptativos e consequentemente mudanças que geram sentimentos de ansiedade e angústia.

As famílias têm diferentes formas de lidar com a crise resultante da doença de um dos membros. A adaptabilidade que se consegue resulta da forma como a família integra a doença e a crise decorrente, bem como da reestruturação efectuada.

Esta situação pode passar por duas fases. Na primeira, a família organiza-se para responder ao *stress* causado pela situação de doença ou pela ausência do familiar. Na segunda, a família tem que se reorganizar de novo quando o elemento doente retoma a sua função na família. Neste caso, a situação de resposta depende do facto do elemento que regressa poder continuar com as suas tarefas anteriores ou se, pelo contrário, fica limitado e a sua dependência constitui uma fonte de *stress* para aquela família, assim como para o próprio (Martins, 2002).

Muitas famílias lidam eficazmente com as situações “stressantes”, apesar de existirem diferentes níveis de adaptação neste processo. Num primeiro nível, a família tem um suporte capaz de, para com o passar do tempo, se adaptar e reestruturar, mas pode, em situações idênticas de *stress*, mas noutra ciclo da vida, responder inadequadamente. Num segundo nível, surgem as famílias com estruturas capazes de dar respostas a situações de *stress* repetitivas, mas que ficam abaladas perante novas situações, quer de influência externa, quer interna. Por último, encontram-se as famílias com suportes suficientes para responder pronta e eficazmente à situação “stressante”, não deixando de viver uma crise, mas com capacidade de resposta. Contrariamente, existem famílias incapazes de se reestruturar e precisam de apoio apropriado. As

famílias extensas são normalmente as que têm uma boa capacidade organizativa, devido à grande rede de apoio (Martins, 2002). Ou seja, cada família poderá responder de maneira diferente à mesma fonte de *stress* porque possui estruturas e suportes diferentes, para além de se poder encontrar em fases diferentes do ciclo vital.

Duvall (1977) relatado por Martins (2002) aponta como recursos da família: as experiências vividas anteriormente, o comprometimento para com a família, a coesão entre os elementos, a flexibilidade e a capacidade para utilizar recursos da sociedade. Skynner (1990), citado pela mesma autora, refere como fontes de apoio, o afecto e o amor que há entre os membros da família ou mesmo com vizinhos e amigos.

Daí que seja importante analisar as fontes de *stress* e, em cada família, analisar as fontes de suporte porque o desenvolvimento de cada um dos membros e do sistema, na sua totalidade, implica nunca voltar ao ponto de partida, e há situações de crise em que uma mudança na estrutura do sistema é essencial. Ou seja, os momentos de *stress* podem existir e isso não será necessariamente prejudicial para a família. O importante é que esta resolva o conflito ou que crie condições de apoio e de resolução da crise.

Como vimos, o grau de adaptação da família à situação de doença passa pela sua capacidade de mudança, pela maneira como vive e ultrapassa o *stress* causado. O que, conseqüentemente, se reflecte na estrutura e reorganização, o que depende do momento do ciclo vital em que a doença ocorre e qual o membro atingido, aspectos também muito relevantes.

Não é a mesma coisa adoecer o pai, a mãe ou o filho. O pai é geralmente aquele que fornece o apoio económico e por isso a sua incapacidade causará um défice nas entradas e uma possível mudança nas despesas familiares. A mãe oferece principalmente a cobertura emocional e a sua doença abrirá uma ruptura nas relações afectivas do grupo. E a doença do filho, com toda a carga de culpa que muitas vezes acarreta, reactivará procedimentos niveladores de super-protecção que, conseqüentemente, atrofiam o próprio desenvolvimento da família (Cordo, 1992).

A gravidade da doença (leve ou grave, possibilidade de morte próxima ou não) e a sua etiologia (congénita ou adquirida, mental ou orgânica) condicionam igualmente a resposta familiar. E não influi apenas o que a doença é, mas também como a vive o doente, a família e o próprio ambiente social.

Existem, assim, duas realidades: o doente, com as suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais; e a família, os restantes membros são que anseiam

por apaziguar as necessidades do doente. E todas as necessidades do doente devem ser cobertas, mas de uma forma sincronizada. Isto é, não existe uma hierarquia estabelecida de satisfação dessas necessidades, mas existem prioridades. Assim, tem que se ter em conta a situação presente do doente para dar primazia a uma actuação médica, psicológica, social ou espiritual.

Há também que salientar que a família não é onnipotente, a família não pode fazer tudo, nem pode dar solução imediata a todas as necessidades do doente. Assim, há que ter em conta o momento evolutivo da doença e a situação subjectiva do doente para poder prestar a ajuda adequada. Num processo de doença grave haverá, obviamente, que atender à assistência clínica do doente antes de entrar noutras considerações.

A família deve ser o catalisador do processo curativo, criando um ambiente acolhedor e, ao mesmo tempo, libertador das possíveis tensões e conflitos internos do doente. A família deve esforçar-se por educar para viver com saúde, ou seja, viver os valores que a doença não põe em crise: a solidariedade, abrir os seus membros à realidade da doença, da dor e da morte, fazer da doença de qualquer membro da família uma ocasião de aprendizagem e treino e enriquecer-se a partir da experiência da doença.

3 - Emoção, Sentimento e Ambiente

Sentimentos, emoções, estados de espírito e afectos são conceitos que pertencem ao que frequentemente apelidamos de dimensão não cognitiva.

Ao longo desta viagem é necessário distinguir o “saber” do “sentir”, para assim caracterizarmos atitudes e comportamentos.

É por isso que em determinadas situações se diz que é necessário “usar a cabeça”, enquanto que noutras é importante “não esquecer o coração”.

Ou seja, se por vezes surge a necessidade de atendermos à informação objectiva com base em princípios lógicos, noutras circunstâncias urge escutarmos o que sentimos. Será?

O Homem não se satisfaz ao observar o ambiente. Ele absorve-o, interpreta-o, molda-o, para assim se adaptar e projectar nele os seus objectivos e exigências.

Um dos fenómenos que mais se salienta na interacção pessoa/ambiente é o facto de o espaço físico exterior ao indivíduo se tornar num espaço significativo para ele. O estudo do significado tem como marco de referência a análise da experiência emocional. Descrever ou adjectivar uma pessoa ou um lugar é prever que num futuro um certo comportamento é mais provável se as condições se mantiverem. Atribuir um sentimento como resultado da vivência de uma emoção é usualmente fazer uma previsão do comportamento seguinte (Bowlby, 1990).

Ao longo deste capítulo abordaremos conceitos fundamentais ao enquadramento do objecto de estudo e da questão orientadora da pesquisa.

O primeiro ponto deste capítulo aborda inicialmente e de uma forma breve o conceito de emoção na perspectiva de diferentes disciplinas, fazendo ao mesmo tempo uma resenha da evolução do conceito ao longo dos séculos. Posteriormente, é dada a definição do mesmo conceito segundo diversos autores, no entanto é atribuída uma importância fulcral à perspectiva do neurocientista António Damásio. Recorda também a resposta emocional do ponto de vista da fisiologia, apresentando a importância de algumas estruturas cerebrais neste processo. Chega-se assim ao conceito de consciência que posteriormente nos leva à noção de sentimento.

O segundo ponto é dedicado exclusivamente às emoções e às suas características, categorizando as emoções em negativas, positivas e relacionadas com a consciência do “eu”. Este ponto surge para objectivar e especificar o conceito e para facilitar a identificação das emoções observadas na amostra aquando da recolha e análise dos dados.

O terceiro ponto faz referência à interacção do ser humano provido de emoções com um dado ambiente, ou seja, este ponto permite-nos entender a resposta emocional como objecto de estudo na interacção pessoa/ambiente.

3.1

– Da Emoção ao Sentimento

Nos organismos equipados para sentirem emoções, isto é, para terem sentimentos, as emoções também exercem um impacto sobre a mente, à medida que ocorrem no aqui e no agora.

Porém, nos organismos equipados com consciência, isto é, capazes de saber que têm sentimentos, atinge-se um novo nível de regulação . . .

A emoção está vocacionada para a sobrevivência de um organismo, tal como a consciência.

António Damásio, 2004

A questão da afectividade e da emoção tem sido abordada por autores em diferentes áreas do conhecimento: Biologia, Antropologia, Sociologia, Psicologia, Filosofia. Muitos trabalhos enfatizam as alterações orgânicas que acompanham as emoções e as manifestações expressivas, sem considerarem o seu significado social. Outros dão ênfase ao entendimento das manifestações emocionais a partir de elementos culturais. O conceito de emoção mostra-se como algo de difícil definição, sendo utilizado para nos referirmos a todo o conjunto de fenómenos afectivos ou, num sentido mais limitado, como reacção emocional.

Na psicologia, as emoções foram consideradas como excepções e não funções mentais sérias como a percepção, a linguagem, o raciocínio ou a aprendizagem. Mas estudos recentes têm vindo a confirmar que as emoções são o próprio centro da vida mental humana, isto é, são as emoções que definem o que é relevante para nós, ligam-nos aos objectos, às pessoas, ao mundo e à vida. E neste sentido, Goleman (1995:26) menciona que:

as nossas emoções afirmam, guiam-nos, quando temos de enfrentar situações e tarefas demasiado importantes para serem deixadas apenas a cargo do intelecto – perigo, grandes desgostos, persistir na prossecução de um objectivo malogrado todas as frustrações, ligarmo-nos a outro, fundar uma família. Cada emoção representa uma predisposição para a acção; cada uma delas aponta-nos numa direcção que já noutras ocasiões resultou bem, para enfrentar o mesmo tipo de problema.

A Filosofia há muito que demonstra interesse no estudo e na definição das contribuições das emoções para o desenrolar da vida humana e mecanismos de construção do conhecimento.

Na Grécia Antiga, Empédocles (450 a.C.) formou teorias de temperamentos, relacionando os elementos naturais com humores corporais. A invasão do corpo por um destes humores seria a causa de determinado estado de alma. Mais tarde, Robert Burton ampliou e aperfeiçoou esta teoria, publicando a obra *Anatomy of Melancholy* (Märtin & Boeck, 1997).

Na área das ciências da vida, o papel básico e adaptativo das emoções no desenvolvimento humano há muito tempo que é realçado, tendo sido mencionado por Charles Darwin na publicação *A Expressão das Emoções no Homem e nos Animais*, de 1872. Darwin através da observação naturalista, estabeleceu uma relação entre experiências emocionais e componentes biológicos, demonstrando a existência de comportamentos congénitos para as emoções mais importantes, como a alegria, a tristeza, a indignação ou o medo, concluindo que não se encontram completamente sobre controlo voluntário e, para além de ajudarem à comunicação entre as pessoas, também indicam as nossas origens animais e infantis. Observou também que algumas emoções desencadeavam reacções mímicas e anímicas idênticas em todos os indivíduos (Strongman, 2004).

Mas, durante a segunda metade do séc. XIX, quando a Psicologia nasce como disciplina científica, estas teorias biológicas de investigação das emoções ficam relegadas para segundo plano, centrando-se no comportamento observável externamente.

A psicologia deixou de se interessar, a não ser de modo marginal, em estabelecer como e em que medida os processos anímicos, desencadeados pela emoção, são atribuíveis a processos físicos e bioquímicos, dedicando-se antes a estudar, sobretudo, o comportamento que pode ser observado exteriormente (Märtin & Boeck, 1997:13).

Hoje sabe-se que tudo aquilo que sentimos e pensamos é resultado de complexos processos de associação e interacção entre células nervosas, o sistema imunológico e glândulas de secreção interna. Contributo dado pelas neurociências, que também têm demonstrado um interesse crescente na conceptualização da emoção ao procurarem relacionar o que é vivido subjectivamente com o funcionamento humano registado objectivamente.

Neste contexto, Damásio (1995) refere que o que se passa no cérebro são operações mentais que influenciam o corpo e vice-versa. Ou seja, a mente é fruto do cérebro, contrapondo o dualismo mente-corpo de Descartes, no qual a alma (razão pura) é independente do corpo e das emoções. Este filósofo, tal como Aristóteles na

Antiguidade Clássica, considera a experiência da emoção essencialmente um processo cognitivo. Descartes publica em 1649 o livro *Paixões da Alma*, onde analisa as emoções em relação às suas bases neurofisiológicas, dá uma explicação das seis emoções fundamentais — o espanto, o desejo, a alegria, o amor, o ódio e a tristeza, examina os seus aspectos corporais, e ainda demonstra como as seis emoções fundamentais se combinam para produzir as muitas emoções individuais distintas. Mas descreve a natureza das emoções no aspecto pensativo de nós mesmos — ao qual lhe chama alma (Strongman, 2004).

O dualismo cartesiano tem influenciado o pensamento filosófico e a pesquisa científica. Segundo Damásio (1995), a concepção de que a mente é algo separado ou independente do corpo tem levado alguns investigadores a suporem que serão capazes de compreender o que somos biologicamente através da simulação de processos biológicos com computadores que só possuem uma “mente”. Sendo que nesta abordagem não há espaço para a ideia de um corpo modificável em certas circunstâncias que chamamos emoções. De acordo com o autor, a inter-relação entre as emoções e a razão remontam à história evolutiva dos seres vivos. Durante a evolução natural, o estabelecimento de respostas comportamentais adaptativas são moldadas por processos emocionais e a escolha de respostas em determinadas situações reflecte o uso da razão.

A razão não tem qualquer vantagem em funcionar sem a ajuda da emoção. É provável que a emoção ajude a razão, sobretudo nos assuntos pessoais e sociais que envolvem risco e conflito . . . A emoção bem dirigida parece ser o sistema de apoio, sem o qual o edifício da razão não pode funcionar eficazmente (Damásio, 2004:62).

Na psicologia têm sido desenvolvidos vários modelos para conceptualizar as emoções e o desenvolvimento emocional, sendo comum a praticamente todas as teorias actuais o reconhecimento da função adaptativa das emoções no desenvolvimento humano.

Mas a que nos referimos quando falamos de emoções? É frequente no nosso dia-a-dia ouvirmos as pessoas a descreverem o que sentem, a falarem do que as faz emocionar, a comentarem como acham que os outros se estão a sentir, de como sentem um aperto no estômago ou um nó na garganta. Estará a falar-se de emoções em todas estas situações? As emoções fazem de tal forma parte da vida humana e estão tão presentes nos nossos discursos que todos assumimos saber o que são, sem necessidade de definir o conceito para nos expressarmos. Mas se no dia-a-dia não necessitamos de

definir o que é uma emoção para comunicarmos eficazmente, o mesmo não acontece a nível científico, pelo que é necessário criar uma base conceptual para que os investigadores possam discutir e validar os seus estudos.

No entanto, e apesar do papel central das emoções no funcionamento da psique humana ter sido apresentado por diversos autores, nem sempre a sua definição é consensual ou linear. Varia conforme o realce dado pelas diferentes teorias às suas funções específicas e componentes, ao peso dos factores genéticos, legais, ambientais, relacionais, ou mesmo à sua relação com outros sistemas, como o cognitivo, linguístico ou motor. Assim, é frequente encontrar-se alguma confusão no significado das palavras sentimento, emoção e afecto, termos estes que podem significar processos relacionados, mas distintos, e que usualmente são utilizados de forma equivalente, conduzindo-nos a falsas interpretações (Strongman, 2004).

O termo afecto é o de introdução mais recente e corresponde ao conjunto manifesto subjectivo que acompanha as sensações, os sentimentos, as emoções e alguns pensamentos. É, por isso, um conceito mais restrito que emoção, uma vez que não inclui nele todo o aspecto manifesto das emoções, mas apenas o aspecto experiencial; por outro lado, trata-se de um conceito amplo, por compreender também a experiência vivida no decurso dos próprios comportamentos motivados (Habib, 2000). Existem outras definições e teorias há acerca deste conceito, no entanto não nos vamos debruçar sobre o termo afecto, uma vez que não faz parte da nossa problemática. Preocupemo-nos com as emoções e sentimentos.

As emoções, etimologicamente, são impulsos para agir, adaptações que a evolução nos incutiu para enfrentar a vida. A própria raiz da palavra emoção é *motere*, do verbo latino mover, mais o prefixo *e-*, que resulta em *mover para*, sugerindo que a tendência para agir está implícita.

Uma emoção é definida por Izard (1991) como a reunião de conjuntos específicos de processos neuroquímicos, motores e mentais. Sendo que os processos neuroquímicos de uma dada emoção têm algumas características estruturais subjacentes que os distinguem de qualquer outra. Esta evidência verifica-se por representações motoras e mentais, também elas específicas e únicas. Segundo a autora, as emoções constituem um subsistema da personalidade, sendo que esta resulta da complexa interacção de seis grandes sistemas: homeostático, pulsional, emocional, perceptivo, cognitivo e motor (Izard, 1991; Queirós, 1997).

O Oxford English Dictionary (1989) define emoção como uma agitação ou perturbação do espírito, sentimento, paixão, qualquer estado mental excitado ou

veemente. Goleman (1995:28) define-a referindo-se “a um sentimento e aos raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões para a acção”.

Na perspectiva de Damásio (2004), o propósito biológico das emoções é evidente e as emoções não constituem um luxo supérfluo. As emoções são adaptações que integram o mecanismo através do qual os organismos regulam a sua sobrevivência. Vêm dos nossos primórdios mas são um componente de alto nível nos mecanismos de regulação vital, contribuindo na homeostasia. Evitam também a perda de integridade que pressagia a morte e proporcionam-nos fontes de energia, abrigo ou sexo. As emoções fornecem automaticamente ao organismo comportamentos orientados para a sobrevivência.

De acordo com esta teoria, de fundamento neurobiológico, uma emoção é activada como resposta automática a um estímulo e é caracterizada por um conjunto de reacções químicas e neuronais específicas, independentemente do factor aprendizagem e socialização alterarem a sua expressão. A activação de uma emoção, tendo como objectivo a preparação do organismo para se adaptar e para atingir níveis de bem-estar satisfatórios, tem efeitos imediatos na alteração do estado corporal e nas estruturas cerebrais a que corresponde (Damásio, 2004).

A emoção é a combinação de um processo avaliatório mental, simples ou complexo, com respostas disposicionais a esse processo, na sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao próprio cérebro (núcleos neurotransmissores no tronco cerebral), resultando em alterações mentais adicionais (Damásio, 1995:153).

Os conceitos referentes às relações sistema nervoso e emoção têm a sua origem em teorias apresentadas há centenas de anos por James (1884) e Lange (1885) citados por Habib (2000), que favoreciam a ideia de que a emoção equivale à percepção das modificações somáticas e viscerais que ocorrem na sequência da percepção do estímulo emocional. Salienta-se aqui o papel determinante das vísceras e músculos voluntários no desencadear da emoção. Uma reacção de natureza mais ou menos reflexa, devido à intervenção do sistema nervoso autónomo. De acordo com os autores, a fuga provocada pela percepção de uma ameaça é acompanhada por diversas sensações somáticas, como tremores, pânico, taquicardia, e é a sensação destas modificações que cria o sentimento de medo.

Nos finais do séc. XX, Damásio salienta o papel dos impulsos límbicos vindos das vísceras como sinais intuitivos que nos guiam, e chama-lhes balizadores somáticos. Afirma que aquando da percepção de um evento inesperado, forma-se um conjunto de

imagens mentais e verificam-se modificações em diferentes regiões do corpo. Há uma série de alterações relativamente ao funcionamento das vísceras, musculatura esquelética e glândulas endócrinas. Consequentemente, o cérebro liberta moduladores péptidos. O sistema imunológico altera-se. O ritmo de actividade dos músculos lisos nas paredes das artérias pode aumentar ou diminuir, resultando em palidez ou rubor. (Damásio, 1995). Ou seja, os indicadores somáticos são uma espécie de alarme automático que nos alerta para um potencial perigo gerado por um comportamento. Estes balizadores afastam-nos de escolhas que a experiência diz ser prejudicial, mas também nos podem alertar para boas oportunidades (Goleman, 1995). Estes indicadores somáticos ajudam-nos a clarificar um problema e a determinar a sua importância. Abrem-nos um caminho (Märtin & Boeck, 1997).

Em meados do séc. XX, os neurofisiologistas Cannon e Bard (1928) citados por Strongman (2004) contestaram a ideia de James e Lange, demonstrando que o seccionamento das vísceras e do sistema nervoso não modificava o comportamento emocional e que o cérebro possuía um sistema afectivo específico, no qual o hipotálamo tinha o papel principal. Estas ideias foram desenvolvidas por James Papez (1937) citado por Habib (2000), que tendo observado a existência de conexões entre o hipotálamo e o córtex arcaico olfativo, descreveu um circuito neurónico que hoje tem o seu nome e a propósito do qual formulou a hipótese de se tratar da base anatómica das emoções.

Nos dias de hoje, a ciência que se preocupa em perceber a conjugação do espírito e das emoções centra-se em compreender particularmente as interacções entre três estruturas do cérebro: o sistema límbico, o hipotálamo e o neocórtex ou córtex cerebral.

Com a aparição dos primeiros mamíferos surgiu o sistema límbico, que desempenha um papel fundamental na nossa vida anímica e ao qual se pode chamar o centro emocional do cérebro. O sistema límbico é constituído por um grande enredado de estruturas, núcleos e conexões fibrosas. As estruturas mais importantes são o córtex límbico e a sua periferia, o conjunto do hipocampo e a amígdala. O hipocampo e o córtex cerebral armazenam os conhecimentos, e é através do hipocampo que o neocórtex comunica com o hipotálamo. A amígdala é dotada para os assuntos emocionais, é a receptora das informações provenientes dos cinco sentidos que lhe dão a percepção do exterior e a do próprio corpo. Ela é o centro de tudo: informa outras áreas do cérebro, escuta as mensagens, reage aos pensamentos, às imagens e encontra-se ligada a todas as funções vegetativas, nervosas e humorais que intervêm no equilíbrio do organismo (Habib, 2000).

As emoções e as memórias fluem então da amígdala e do hipocampo para os corpos mamilares através do fórnix. Daqui seguem para o núcleo anterior do tálamo, via fascículo mamilotalâmico, e do tálamo para o cingulus, irradiando-se para o neocórtex colorindo emocionalmente a experiência cognitiva. Do neocórtex esses estímulos voltam novamente para o cingulus, retornando à amígdala e hipocampo. Deste modo é modulada a resposta emocional. Este circuito também está envolvido na formação dos sonhos e da experiência inconsciente. De facto, a mente inconsciente não é nenhuma realidade abstracta ou conceptual, mas fisiologicamente, é a elaboração da vida ou dos estímulos que ela oferece organizados no sistema Límbico-Hipotalâmico (Habib, 2000).

Um importante centro coordenador das funções cerebrais é o chamado diencéfalo, uma região formada pelo tálamo e pelo hipotálamo. O primeiro consiste numa massa cinzenta que processa a maior parte das informações destinadas aos hemisférios cerebrais e é uma grande estação de elaboração dos sentidos. O Hipotálamo, por sua vez, regula a função de abastecimento do sistema endócrino e processa inúmeras informações necessárias à constância do meio-interno corporal. A importância do hipotálamo é inversamente proporcional ao seu tamanho. Ocupando menos de 1% do volume total do cérebro humano, o hipotálamo contém muitos circuitos neuronais que regulam funções vitais que variam com os estados emocionais, como por exemplo a temperatura, os batimentos cardíacos, a pressão sanguínea e a sensação de sede ou fome. O hipotálamo controla também todo o sistema endócrino através de uma glândula com a qual comunica - a hipófise. Deste modo, o hipotálamo é um dos grandes responsáveis pela homeostasia (Habib, 2000).

Com a chegada dos mamíferos superiores na escala evolutiva, desenvolveu-se, finalmente, a terceira unidade cerebral: o neocórtex ou cérebro racional, uma rede complexa de células nervosas altamente diferenciadas, capazes de produzirem uma linguagem simbólica, permitindo ao homem desempenhar tarefas intelectuais como a leitura, a escrita e o cálculo matemático. Aos instintos, impulsos e emoções juntou-se, desta forma, a capacidade de pensar de forma abstracta e para além do instante presente, a capacidade de compreender as relações globais existentes, e a de desenvolver um eu consciente e uma vida emocional complexa. Os lóbulos pré-frontais e frontais assumem um papel especial na assimilação neocortical das emoções. Como gestores das nossas emoções, arcam duas importantes tarefas: em primeiro lugar, moderam as nossas reacções emocionais, travando os sinais emitidos pelo sistema límbico. Em segundo, desenvolvem planos de actuação concretos para situações emocionais. Enquanto a

amígdala proporciona os primeiros socorros, o lóbulo pré-frontal ocupa-se da delicada coordenação das nossas emoções (Märtin & Boeck, 1997).

A complementaridade do sistema límbico, hipotálamo e neocórtex significa que todos eles são parceiros de parte incerta na vida mental. Quando interagem bem, a inteligência emocional aumenta, acontecendo o mesmo à capacidade intelectual. As emoções têm importância no que respeita à razão. Na oscilação do sentimento e do pensamento, a capacidade emocional guia-nos, trabalhando em conjunto com a mente racional, autorizando, ou não, o pensamento. Da mesma maneira que o cérebro pensante desempenha um papel decisivo nas nossas emoções, excepto nos momentos em que as emoções fogem ao controlo e o cérebro emocional predomina.

Possuímos, então, dois cérebros, duas mentes e dois tipos diferentes de inteligência: racional e emocional. A forma como conduzimos a vida é determinada por ambas – não é só o quociente de inteligência que conta, mas também a inteligência emocional (Goleman, 1995).

O cérebro emocional e racional formam um todo inseparável. Sendo que, para observarmos e absorvermos o que nos rodeia, necessitamos de inteligência racional, planificadora e do universo das emoções. Martin & Boeck (1997:31) referem que “apenas a coordenação da capacidade de sentir com a de pensar proporciona ao ser humano o seu amplo leque de possibilidades de expressão, único na natureza”. Normalmente, as regiões do cérebro emocional e racional trabalham em conjunto de forma harmoniosa, sendo as emoções importantes para a razão e os pensamentos importantes para a emoção. Mas, quando uma emoção se torna muito intensa, a razão deixa de ter sentido, sendo a emoção a controlar.

O reconhecimento das próprias emoções é a chave para o sucesso da capacidade emocional. Só quem compreende os sinais emocionais sabe classificá-los e aceitá-los, e pode controlar as suas emoções e explorá-las profundamente. A porta de acesso ao mundo emocional é a atenção, a percepção e a consciência do próprio mundo interior com o objectivo de não se deixar dominar por ele. Muitos indivíduos desenvolvem estratégias de repressão e evasão para disfarçar ou dar outro sentido às emoções desagradáveis ou inaceitáveis, sendo que só permitem o acesso à consciência a determinadas emoções, anulando outras (Märtin & Boeck, 1997).

Damásio (2004) defende que perceber a consciência é perceber a emoção, pois são indissociáveis. Acredita-se hoje que a emoção integra a razão, sendo que os níveis mais baixos da estrutura neurológica da razão são os mesmos que regulam o

processamento das emoções e sentimentos, e ainda as funções do corpo necessárias à sobrevivência.

A consciência é a percepção pelo organismo do seu próprio ser e do seu ambiente. A consciência permitiu à evolução do homem uma série de criações que não seriam possíveis sem ela: a consciência moral, a religião, a organização social e política, as artes, as ciências e as tecnologias. A consciência é a função biológica crítica que nos permite perceber os opostos, tais como a tristeza e a alegria, sentir a dor ou o prazer, chorar a morte ou o amor que se perdeu (Damásio, 2004).

A consciência é o que nos permite uma vida apurada, para o bem e para o mal. É a função biológica que nos permite conhecer tudo acerca de necessidades básicas, como a fome a sede ou o sexo, ou acerca de outras necessidades mais complexas como as lágrimas, o riso, o pensamento, o sentimento, a palavra, o som, a felicidade e o deslumbramento.

A consciência, no seu plano mais simples e básico, permite-nos reconhecer o impulso irresistível para conservar a vida e desenvolver um interesse por si mesmo. A consciência, no seu plano mais complexo e elaborado, ajuda-nos a desenvolver um interesse por outros si mesmos e a cultivar a arte de viver (Damásio, 2004: 24).

A consciência permite que os sentimentos sejam conhecidos, promovendo deste modo o impacto interno da emoção e permitindo que a emoção permeie o processo de pensamento através do sentimento.

Damásio diferencia emoção de sentimento, sugerindo que o termo sentimento deve ser reservado para a experiência mental e privada de uma emoção, enquanto o termo emoção designa o conjunto de respostas que a constituem (Damásio, 2004). “É através dos sentimentos que são dirigidos para o interior e são privados, que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacto na mente” (Damásio, 2004:56).

Acrescenta no seu último livro que a emoção e o sentimento são irmãos gémeos, mas a emoção nasce primeiro, seguida pelo sentimento, e que o sentimento se segue sempre à emoção como uma sombra, apesar da intimidade e aparente simultaneidade. Os sentimentos são a expressão do florescimento humano ou do sofrimento humano, na mente e no corpo e são, geralmente, revelações do estado da vida dentro do organismo. As emoções e as várias reacções com ela relacionadas estão alinhadas com o corpo, enquanto os sentimentos estão alinhados com a mente. Os pensamentos desencadeiam as emoções e as modificações do corpo, enquanto as emoções se transformam nos

fenómenos mentais a que chamamos sentimentos. O sentimento de uma emoção é uma ideia do corpo quando este é perturbado pelo processo emocional (Damásio, 2003).

Com o intuito de melhor explicar a diferença entre emoção, sentimento e consciência de que se está a viver uma emoção ou sentimento, Damásio propõem três fases ao longo deste *continuum*: o estado de emoção, que pode ser desencadeado e executado de forma não consciente; o estado de sentimento, que pode ser representado de forma não consciente; e o estado de sentimento tornado consciente, isto é, conhecido pelo organismo que experimenta tanto a emoção como o sentimento. A consciência tem que estar presente para que os sentimentos possam influenciar o sujeito que os tem, para além do aqui e agora imediato (Damásio, 2004).

Ou seja, os outros não podem observar os nossos sentimentos, mas nós, ao tomarmos consciência deles, podemos ter a percepção dos mesmos. É o processo de sentir que alerta o organismo para o problema que a emoção começou a resolver. Como Damásio referiu, “sentir os sentimentos prolonga o alcance da emoção, ao facilitar o planeamento das formas de respostas adaptativas, originais e feitas à medida da situação” (Damásio, 2004: 325).

Os sentimentos estão relacionados com as emoções. Todas elas originam sentimentos, mas nem todos os sentimentos têm origem nas emoções. Damásio (1995:159) refere que:

à medida que as alterações no seu corpo vão tendo lugar, fica a saber da sua existência e pode acompanhar continuamente a sua evolução. Apercebe-se de mudanças no seu estado corporal e segue o seu desenrolar durante segundos ou minutos. Este processo de acompanhamento contínuo, esta experiência do que o corpo está a fazer enquanto pensamentos sobre conteúdos específicos continuam a desenrolar-se, é a essência daquilo a que chamo um sentimento. Se uma emoção é um conjunto de alterações no estado do nosso corpo associadas a certas imagens mentais que activaram um sistema cerebral específico, a essência do sentir de uma emoção é a experiência dessas alterações em justaposição com as imagens mentais que iniciaram o ciclo.

O autor refere ainda que existem diversos tipos de sentimentos e divide-os em três grupos. Ao primeiro grupo chama os sentimentos de emoções universais básicas, que está sustentado em emoções, considerando as mais universais a felicidade, tristeza, cólera, medo e nojo. Ao segundo grupo chama sentimentos de emoções universais subtis e baseia-se em variantes das cinco do primeiro grupo: a euforia e o êxtase são variantes da felicidade, a melancolia e a ansiedade derivam da tristeza, o pânico e a timidez derivam do medo. Trata-se da ligação entre um conteúdo cognitivo e uma variação num perfil pré-organizado do estado do corpo. O terceiro grupo de variedade é

chamado de sentimento de fundo. Provém de estados somáticos e não emocionais e corresponde aos estados do corpo que ocorrem entre as emoções. É a nossa imagem da paisagem do corpo, quando esta não se encontra agitada pela emoção. (Damásio, 1995).

A experiência emocional e o sentimento são o fundamento da nossa personalidade, são o que nos torna únicos, o que temos de mais íntimo, o que dá às nossas acções e pensamentos a magia, a razão de ser, ligando-nos aos outros, ao mundo e a nós mesmos. As emoções e sentimentos são verdadeiras entidades capazes de assegurar o estabelecimento de relações interpessoais. A aplicação inconsciente ou intencionada das emoções e sentimentos proporciona dimensão humana às nossas vidas e torna compreensivo aos outros as nossas actuações sociais e profissionais.

A ausência de emoções torna os indivíduos sem cor, apáticos, desconsolados. São pessoas que não têm como exprimir os seus sentimentos e parecem até nem terem sentimentos, devendo-se isto ao facto de não conseguirem exprimir a emoção. A insipidez emocional chama-se alexitimia (Goleman, 1995).

3.2 – O Carácter das Emoções

Podemos não falar das nossas emoções, mas a maioria das vezes as pessoas que nos são mais chegadas sabem exactamente como nos sentimos.

Pois as emoções e os estados de espírito manifestam-se em expressões na nossa face, nas atitudes, nos gestos e no timbre da voz.

Martin & Boeck, 1997

A controvérsia acerca das características das emoções e a busca de definições que delineiem limites claros com outros fenómenos psicológicos e sociais fez-se acompanhar de diversas tentativas de distinguir as emoções e de clarificar as suas características, funções e tendências de acção. Apesar das divergentes teorias variarem no valor que atribuem às diferentes componentes emocionais, ao carácter mais inato ou adquirido, interno ou relacional das emoções, é aceite que os fenómenos emocionais têm processos de base que explicam a sua emergência, expressão e funções. Existe também acordo de que as emoções não têm todas exactamente as mesmas características e que existem traços particulares que as permitem categorizar.

Damásio subdivide as emoções em primárias, secundárias e de fundo. As primárias são as inatas ou universais, como a alegria, a tristeza, o medo, a cólera, a surpresa e a aversão; as secundárias ou sociais incluem a vergonha, o ciúme, a culpa e o orgulho, e surgem de acordo com um processo que consiste na tomada de consciência

de determinada pessoa ou situação e estão associadas ao processo de socialização das relações interpessoais; as emoções de fundo referem-se ao bem-estar ou mal-estar, à calma ou tensão. São condições de natureza interna, geradas por processos fisiológicos ou por interações do corpo com o ambiente, ou por ambas, que causam as respostas que constituem as emoções de fundo. Os processos de regulação da vida podem causar emoções de fundo, assim como os processos de conflito mental que conduzem à satisfação ou à inibição de motivações. Apesar de serem mais dirigidas para o interior, as emoções de fundo são observáveis pelos outros através da velocidade e desenho dos nossos movimentos, do tom de voz, dos movimentos oculares e contracção dos músculos faciais (Damásio, 2004).

Strongman (2004) apresenta alguns teóricos (Leeper 1948, Izard 1991, Lewis 1993) que partilham a opinião de que o desenvolvimento emocional dá-se pela diferenciação dos estados emocionais, que dependem da maturidade da socialização e da aprendizagem cognitiva. Defendem que a criança nasce com emoções bipolares – aflição e prazer, e que o interesse surge entre as duas. Cerca dos três meses aparecem a alegria, a tristeza e a aversão. A raiva surge entre os dois e os quatro meses. Entre os sete e os oito meses as crianças começam a demonstrar medo, o que exige maior desenvolvimento cognitivo e aptidão para comparar um estímulo com outro. Durante os primeiros seis meses surge a surpresa. Aos dois anos e meio desenvolve-se a auto-consciência objectiva aberta à emergência de uma nova categoria de emoções, aquelas que dizem respeito à consciência do “eu” – o embaraço, a inveja e a empatia, a que se segue o orgulho, a vergonha e a culpa.

De acordo com Izard (2002) as emoções primárias - interesse, alegria, surpresa, cólera, nojo, desprezo, medo, angústia, vergonha, culpa e tristeza - são fundamentais para a motivação humana. Emergem cedo no desenvolvimento do indivíduo, são inatas e transculturais, e permanecem como uma parte estável no leque das emoções humanas. São consideradas independentes, pois apesar de serem frequentemente activadas pela avaliação ou interpretação cognitiva, operam também em resposta a outros activadores não cognitivos.

Goleman (1995) salienta que existem centenas de emoções, assim como combinações, variações, mutações e tonalidades e que por isso se continua a debater que emoções é que podemos considerar primárias ou como as devemos categorizar. Refere que alguns teóricos propõem famílias básicas de emoções, tais como:

- Ira: fúria, ultraje, ressentimento, cólera, exasperação, indignação, vexação, acrimónia, animosidade, aborrecimento, irritabilidade, hostilidade e no extremo ódio e violência patológicos.

- Tristeza: dor, pena, desânimo, desalento, melancolia, autocomiseração, solidão, abatimento, desespero e quando patológica transforma-se em depressão profunda.

- Medo: ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror e no extremo fobia e pânico.

- Prazer: felicidade, alegria, alívio, contentamento, satisfação, delícia, divertimento, orgulho, prazer sensual, excitação, êxtase, agrado, euforia, gratificação, bom-humor, arrebatamento, entusiasmo e no extremo, mania.

- Amor: aceitação, amizade, confiança, bondade, afinidade, devoção, adoração, fascinação, ágape.

- Surpresa: choque, espanto, assombro, admiração.

- Aversão: desprezo, desdém, troça, repugnância, nojo, desagrado, repulsa.

- Vergonha: culpa, embaraço, desgosto, remorso, humilhação, arrependimento, mortificação e contrição.

Neste sentido, apesar de nenhuma das emoções poder ser categorizada como iminente positiva ou negativa, e uma vez que os seus efeitos e as suas causas dependem de aspectos intra-individuais e da interacção individuo/ambiente, por conveniência decidimos dividir as emoções em: emoções negativas, emoções relacionadas com a consciência do eu e emoções positivas. E, neste contexto, apresentar o resumo das características de algumas das emoções mais estudadas, centrando-nos essencialmente nos seus objectivos, no tipo de acções que tendem a desencadear, na apreciação que o individuo faz do estímulo em relação ao seu self, no impacto relacional da expressão emocional e, em algumas características, apresentar estratégias para as superar.

Relativamente às emoções negativas, a raiva ou cólera figura entre as emoções mais estudadas, pois constitui parte integrante da agressão, da hostilidade e da violência, que são tão negativas para a sociedade. Izard (1991) considera que a raiva tem como objectivo proporcionar à pessoa energias para a defesa, para a persecução de um objectivo. Na raiva há uma tendência para a acção, um movimento impulsionador no sentido de se conquistar o desejado. É activada quando o indivíduo percebe algum tipo de obstáculo ou entrave à persecução dos seus objectivos, sendo que, quando tal

acontece, verifica-se uma grande activação motora (Strongman, 2004). A raiva e o comportamento agressivo são reacções de luta fundamentais e instintivas, assumidas quando um perigo nos ameaça. Normalmente são provocadas por factores de ordem social: problemas de relação ou interacção com desconhecidos que não respeitam as normas de conduta nem as escalas de valores normais (Märting & Boeck, 1997).

Com a raiva, o sangue flui para as mãos, tornando mais fácil segurar numa arma ou bater num inimigo. O ritmo cardíaco aumenta e uma descarga de hormonas como a adrenalina gera uma onda de energia suficientemente forte para permitir uma acção vigorosa (Goleman, 1995). Embora possa estar associada à agressão, a raiva está também associada ao estabelecimento de uma posição de dominância numa relação e mesmo à prevenção de comportamentos agressivos, quando funciona como um sinal regulador para a forma como as relações estão a ser estabelecidas, podendo permitir alterar os seus padrões de funcionamento.

Existe uma série de estratégias que podem ser utilizadas contra a raiva ou comportamentos agressivos, sendo muito eficazes quando se consegue sanar a tempo a indignação, antes de desencadear na totalidade a sua força devastadora. São elas: a introspecção, dar uma interpretação positiva à situação e realizar actividades físicas ou técnicas de relaxamento e distracção (Märting & Boeck, 1997).

Ao contrário da raiva, que é uma emoção caracterizada por grande mobilização de energia, o activar da tristeza tende a estar associado a uma inibição e um enfraquecimento da actividade cognitiva, podendo reflectir-se em distanciamento ou inércia. A tristeza e os estados de espírito depressivos são reacções de adaptação a mudanças ou perdas, em particular aquelas para as quais não se arranja sentido. O facto de se conseguir suportar melhor ou pior este tipo de cargas depende em grande parte da quantidade de amor-próprio, dos ideais, da visão que se tenha do mundo e do apoio da família e dos amigos (Märting & Boeck, 1997).

Embora a tristeza possa ser considerada uma emoção negativa e tenha aspectos negativos notórios, tem também um lado positivo, pois uma vida sem tristeza teria menos cor do que uma vida onde se pode senti-la, embora por vezes seja doloroso. Izard (1991) refere que a tristeza é menos tensa do que muitas outras emoções negativas. É uma experiência composta por desânimo, desencorajamento, solidão e isolamento, promovendo a reflexão. A tristeza é uma emoção que concentra a atenção no si mesmo e constitui uma indicação de que a pessoa precisa de ajuda. Esta emoção pode levar o indivíduo a avaliar as fontes dos problemas, a procurar suporte social e a favorecer o estreitamento das relações com os outros (Strongman, 2004). É uma emoção chave para

o desenvolvimento da capacidade de empatia, isto porque a inibição comportamental e a inércia que a acompanham favorecem e dão lugar para que o indivíduo se coloque na perspectiva do outro.

A tristeza e a depressão estão ligadas à diminuição do nível de aminas (noradrenalina, dopamina, serotonina), levando a transtornos do sono, perdas de apetite, esgotamento, indiferença e retraimento perante as pessoas e as actividades. O metabolismo diminui, assim como a capacidade do sistema imunológico (Märting & Boeck, 1997).

As estratégias contra a tristeza dependem de cada situação de partida, da frequência e da intensidade da depressão de que se sofre. As pessoas que só de vez em quando têm uma crise emocional e sabem a causa, o melhor é deixarem-se levar pelas lembranças e pensamentos e fazer planos para os dias que se seguem. Outras estratégias são a reavaliação, ou seja, tentar ver as coisas noutra perspectiva, e a distração (Märting & Boeck, 1997).

O medo é certamente uma das emoções mais estudadas e actualmente surge intimamente relacionado com a ansiedade, figurando sempre nas listas das emoções básicas. O seu objectivo parece ser o de proteger a integridade física e psicológica da pessoa, motivando-a para se libertar ou fugir de situações potencialmente perigosas ou ameaçadoras. Para que o medo seja activado, é necessário que o indivíduo percepcione a ameaça. E uma vez activado, a principal tendência de acção é a fuga, enquanto que a sua expressão despoleta, normalmente, comportamentos de protecção por parte de outros (Strongman, 2004). O medo serve para preparar o corpo para a fuga, a imobilização ou o ataque. Há uma excitação do sistema simpático que conduz à secreção de adrenalina, ao aumento da frequência cardíaca e da glicemia. As pupilas dilatam-se e toda a atenção é concentrada no perigo que enfrentamos (Märting & Boeck, 1997). Para facilitar a fuga, o sangue circula para os músculos esqueléticos das pernas, descorando a face e produzindo a sensação de frio (Goleman, 1995).

Existem também estratégias para dominar o medo, eliminar a ameaça ou tentar a tranquilização. Lazarus (1966) denomina a acção como superação “instrumental” e o controlo das emoções como superação “orientada às emoções”. Na superação instrumental, o medo é um indicador de que algo está mal, devendo por isso incitar-nos a reflectir. Na superação orientada para as emoções, o indivíduo pode fazer uma reavaliação da situação dando uma interpretação mais positiva à ameaça. Ou recorre à dessensibilização, isto é, a pessoa medrosa por natureza tenta evitar as situações para as quais acha que não se sente à altura. Tenta aprender a viver com o estado de excitação

do medo e enfrenta as situações que produzem tal emoção. Analisando-as mentalmente, expõe-se de forma consciente e sistemática a esses estímulos. À medida que isto vai sendo conseguido, o medo vai cedendo e a pessoa começa a dessensibilizar-se (Märting & Boeck, 1997).

A ansiedade só pode ser compreendida se forem tidos em conta alguns dos seus aspectos cognitivos, isto porque um dos aspectos básicos da ansiedade parece ser a incerteza, ao contrário do medo, onde o objecto é real, externo, objectivo e conhecido. As origens da ansiedade são obscuras e ambíguas para o sujeito. No entanto, a ansiedade pode ser motivadora e parece ser um aspecto inevitável da condição humana, sendo sem dúvida uma emoção negativa que pode ser muito perturbadora (Strongman, 2004). Apresenta-se sob duas formas: a cognitiva, ou pensamentos preocupados; e a somática, os sintomas fisiológicos da ansiedade, como a sudorese, a taquicardia e a tensão muscular (Goleman, 1995).

A ansiedade é a emoção mais ligada à chegada da doença e à maneira como decorre o processo de cura. Quando esta emoção nos ajuda a preparar para enfrentar um perigo é útil e benéfica. Mas, na maioria das vezes, é desproporcionada, instalando-se face a situações com as quais temos mesmo de viver. Crises repetidas de ansiedade revelam elevados níveis de *stress* (Goleman, 1995).

Em qualquer parte do mundo a expressão de aversão, outra emoção negativa, é igual e tende a estar na base da rejeição, algo que nos ofende o paladar ou o olfacto, ou mesmo psicologicamente, remetendo o indivíduo para longe de objectos ou pessoas desagradáveis. Izard (1991) analisa a aversão como estando fundamentalmente relacionada com a eliminação de alimentos contaminados, cuja experiência se desenvolve quando as cognições necessárias para apreciar e compreender também já se desenvolveram.

Outros autores (Rozin, Haidt e McCauley, 1993) citados por Strongman (2004), classificam esta emoção como uma das poucas exclusivamente humanas, que surgiu como uma rejeição muito útil de maus gostos mas que se desenvolveu muito para além disso. A aversão está ligada à ordem moral, constituindo uma importante parte da socialização. A expressão facial da aversão é o lábio superior repuxado para os lados e o nariz levemente franzido (Goleman, 1995).

Outras emoções como o embaraço, o orgulho, a timidez, a vergonha e a culpa estão centralmente ocupadas com o eu, com as nossas cognições acerca do eu, com a

forma como o eu se relaciona com os outros e é por eles considerado. Ou seja, são emoções que tendem a ter um carácter mais social.

Izard (1991) salienta que a timidez, embora pareça ter características de constância, aparentemente não dispõe de um padrão universal de expressão. Tem um valor adaptativo ao proteger a pessoa de ir mais além em ambientes novos e, por isso, possivelmente inseguros. No seu extremo, tal como qualquer outra emoção, pode ser desajustada, embora pareça ter aspectos positivos e negativos. É activada por um súbito e intenso despertar do eu que domina inteiramente a consciência (Strongman, 2004).

A vergonha implica, normalmente, uma avaliação negativa do eu próprio e a sua principal função parece ser a preservação do respeito e apreço do indivíduo por si próprio, chamando a atenção para as suas falhas e os pontos em que pode evoluir e melhorar. Esta emoção pode assumir funções relevantes na regulação das relações e na interiorização e adopção de padrões e normas sociais, na medida em que tende a promover a conformidade social e a aceitação das responsabilidades pelos actos pessoais. Embora a vergonha tenha o seu lado positivo, pode também ter muitas consequências negativas, particularmente na vida íntima, pois os encontros amorosos estão claramente ligados à intimidade e à exposição do eu. Nesta conjuntura, o embaraço é quase sinónimo de vergonha, mas ocorre especialmente em situações de insucesso social e é menos intenso, por isso não implica uma tão grande ruptura do pensamento e da linguagem (Strongman, 2004).

A culpa é a emoção chave no desenvolvimento da responsabilidade pessoal e social dos fenómenos da consciência, ajudando a pessoa a atingir os padrões de comportamento estabelecidos numa relação ou sociedade. O activar desta emoção conduz o indivíduo a desenvolver esforços para corrigir os seus erros ou desvios das condutas socialmente estabelecidas. Izard (1991) sugere que a culpa e a vergonha ocorrem frequentemente em simultâneo, sendo uma possível diferença entre ambas o facto de a vergonha implicar principalmente avaliações dos outros, e a culpa uma auto-avaliação (Strongman, 2004).

O orgulho é também considerado uma emoção social que tem como objectivo a manutenção do respeito e valor próprio e que assenta numa avaliação positiva que o indivíduo faz de si mesmo (Strongman, 2004).

As emoções positivas não têm sido, em geral, tão bem exploradas como as emoções negativas. As emoções positivas são simplesmente para serem aproveitadas, em vez de terem de ser suportadas, ao passo que nas emoções negativas o objectivo é

libertarmo-nos delas, ou pelo menos reduzir o seu impacto. Talvez por isso, os psicólogos, e não só, tenham gasto o tempo em tentativas para compreender mais as emoções negativas do que as positivas.

Quando se pensa em emoções positivas, normalmente a alegria ou a felicidade destacam-se de imediato. Estas emoções tendem a favorecer uma maior abertura do indivíduo às experiências que o rodeiam. A alegria envolve uma sensação de confiança e contentamento, e frequentemente inclui uma sensação de poder ser amado. Através das expressões de alegria as pessoas podem comunicar abertamente na relação com os outros e fomentar a aproximação. Izard (1991) classifica a alegria como um estado que se segue a várias experiências, mais do que como um resultado directo de uma acção. É provável que o indivíduo sinta alegria quando o *stress* ou uma emoção negativa desaparece. Numa perspectiva evolutiva, o seu objectivo é ajudar a mantermo-nos como seres sociais (Strongman, 2004).

Entre as principais modificações biológicas provocadas pelo bem-estar conta-se uma actividade acrescida de um centro do cérebro que inibe os sentimentos negativos e favorece um aumento da energia disponível, bem como um acalmar daqueles que geram pensamentos de preocupação. Não há, porém, qualquer alteração fisiológica, a não ser uma calma que faz o corpo recuperar mais rapidamente da excitação biológica provocada pelas emoções perturbadoras. Esta configuração oferece ao corpo uma tranquilidade geral, bem como uma disponibilidade e um entusiasmo para desempenhar tarefas e prosseguir uma grande variedade de objectivos (Goleman, 1995).

Quanto à surpresa, esta caracteriza-se por um estado transitório, tipicamente relacionado com um acontecimento súbito e inesperado que momentaneamente domina a consciência. Esta emoção é desencadeada por uma inovação ou um aumento súbito na estimulação e está associada a situações agradáveis. A sua principal função é preparar o sujeito para algo novo. Quando a situação é desagradável, a surpresa surge frequentemente associada ao medo (Torres e Guerra, 2003). O arquear das sobrancelhas provocado pela surpresa permite o alargamento do campo visual e a entrada de mais luz na retina, oferecendo mais informação sobre o acontecimento inesperado (Goleman, 1995).

O interesse (emoção positiva) motiva a aprendizagem, o desenvolvimento de competências e o envolvimento do ser humano no ambiente. As causas desta emoção são inúmeras, variando com as características da pessoa, nomeadamente a personalidade e a idade. No geral, o desencadear desta emoção advém da novidade da situação,

podendo também estar na base a atenção e a curiosidade em relação a algo (Torres e Guerra, 2003).

Foram descritas as emoções que têm sido mais estudadas. De um modo geral, ao reflectir sobre as características de cada uma das emoções, podemos depreender que, ao contrário das emoções negativas que tendem a restringir os comportamentos das pessoas, direccionando-as para actuações muito específicas, as emoções positivas têm a qualidade de alargar a abertura das pessoas às experiências que as rodeiam e a manifestar os seus efeitos a longo prazo, pelo desenvolvimento de competências e recursos pessoais que fortalecem o indivíduo e o preparam para eficazmente lidar com os desafios da adaptação.

3.3 – As Emoções e o Ambiente

O estudo das dimensões afectivas na relação sujeito/ambiente constitui um corpus de conhecimento caracterizado pela pluralidade de ofertas técnico-metodológicas, a diversidade de resultados e a permanente necessidade de integração teórica e explicativa.

Corraliza, 2002

É indiscutível que o ambiente, seja ele natural ou artificial, tem um impacto emocional no indivíduo. O ambiente pode ter profundos efeitos emocionais, que por vezes são extremamente difíceis de descrever quando atingem o encanto do magnífico, ou o contrário.

O ser humano constrói o seu ambiente de acordo com o significado que lhe atribui, projecta valores, expectativas e objectivos que darão sentido ao seu comportamento. De acordo com Corraliza (2002:59) “um dos processos mais relevantes da interacção indivíduo/ambiente está constituído por aquele através do qual o espaço físico se converte num espaço significativo para o indivíduo”. O significado do ambiente resulta do impacto emocional que tem sobre o indivíduo e afecta o resto dos sistemas de acção do mesmo (cognitivo e comportamental). Este impacto determina o grau e o sinal (positivos ou negativos) de envolvimento do sujeito no mesmo.

A maior parte dos objectos e das situações conduzem a alguma reacção emocional, independentemente de ser fraca ou forte e, felizmente para nós, é fraca na maior parte das vezes, mas está sempre presente. A emoção e o mecanismo biológico que lhe é subjacente são os companheiros obrigatórios do comportamento, consciente ou não. Um certo grau de emoção acompanha forçosamente o pensamento sobre nós próprios ou sobre o que nos envolve (Damásio, 2004).

Numa perspectiva especificamente ambiental, Mehrabian (1980) considera que as reacções emocionais representam o centro da resposta humana a qualquer tipo de ambiente. Esta resposta emocional está afectada pela estimulação de um ambiente sobre o indivíduo, assim como pela taxa média de informação incluída numa configuração espacial. As informações sobre o impacto emocional do ambiente (Mehrabian, 1980) e sobre respostas emocionais sugeridas por uma situação, cedem dados sobre a relação entre a taxa média de informação e activação, assim como sobre a consistência das dimensões restantes. Desta forma, Mehrabian conclui que os lugares avaliados positivamente produzem maiores sentimentos de prazer que de desgosto, os considerados mais activos produzem maior nível de activação que de não activação, e os considerados mais potentes produzem um sentimento maior de submissão que de dominação (Mehrabian, 1980). Sintetizando, o autor considera estas três dimensões como a base essencial para a descrição da resposta emocional em ambientes quotidianos.

Ulrich (1995) considera que as respostas emocionais ao ambiente actuam como motivadores alterações de activação que provocam o comportamento. As emoções positivas fortes sustentam o comportamento de forma adaptativa ou podem levar a um restabelecimento fisiológico através da sensação de agrado, interesse ou pela inibição de pensamentos causadores de *stress*.

É, portanto, na problematização das relações entre organismo e ambiente que a emoção emerge como objecto de estudo. O organismo, o eu próprio e o sujeito só podem ser definidos a partir das suas interacções e da inter-funcionalidade ou cruzamento do emocional com o racional. Assim, as emoções assumem um lugar de destaque nas concepções dos autores acerca do organismo em interacção com o ambiente, do indivíduo em interacção social e cultural.

As emoções são fenómenos psicofisiológicos curtos que têm uma componente adaptativa em relação às modificações do ambiente. Em termos psicológicos, as emoções alteram a atenção, mudam certos comportamentos e activam redes associativas relevantes na memória. As emoções influenciam directamente as percepções através dos sentidos, afectando os processamentos de informação e as acções subsequentes. O comportamento humano é, assim, fortemente determinado pelas emoções (Damásio, 1995; Izard, 1991).

A experiência emocional faz parte de um circuito no qual entram em jogo as possíveis esferas de acção de uma pessoa num dito ambiente e uma caracterização diferenciada das possíveis dimensões através das quais o ambiente influencia o comportamento do sujeito. Daqui deduz-se o que Litle (1976) citado por Corraliza

(2002) denominou de “experiência ambiental” com três dimensões básicas: o ambiente como fonte de estimulação, como fonte de informação ou como âmbito para a acção. Ou seja, o ambiente pode ser considerado como uma fonte de estimulação que exige concentração do organismo singular. Pode também ser considerado como um conjunto estruturado de informação que o indivíduo organiza, armazena e recupera em função das exigências que surgem, quando coloca em acção os seus objectivos e desejos. E pode ainda ser o cenário onde o sujeito se desenvolve.

O ambiente é fonte de estimulação, mas não só, tal como o indivíduo é um receptor de estimulação, mas também não é só um “receptor passivo de estimulação”. Pelo que Kaplan insiste na necessidade de estudar simultaneamente tanto a actividade do sujeito em função da estimulação ambiental, como as características do ambiente em função da acção do próprio indivíduo (Corraliza, 2002)

É necessário clarificar os processos iniciais da relação emocional entre o ambiente ou parte dele e o indivíduo, pelo que interessa focar a relação que a pessoa estabelece entre o estímulo ambiental e os outros com os quais pode compará-lo. Ou seja, o indivíduo valoriza emocionalmente um espaço em função do tipo de relação que tem com o estímulo ambiental ou a capacidade para detectar similaridades ou diferenças com outros estímulos. Assim, o que estabelece o impacto emocional de determinado ambiente é o tipo de relação que o indivíduo pode estabelecer com ele, e a comparação que pode estabelecer com as características de outro ambiente diferente. O processo de percepção da pessoa que não só percebe o estímulo, como se apercebe do mesmo.

De acordo com Berlyne (1994) citado por Corraliza (2002) o ambiente está formado por um agregado de estímulos cuja incidência e o impacto no indivíduo depende de três tipos de propriedades: psico-físicas, que regulam a intensidade de estimulação do ambiente; ecológicas, relacionadas com o conteúdo e os elementos que fazem parte desse complexo ambiental; e colectivas, que descrevem comparativamente as qualidades de um estímulo ambiental, reflectindo sobretudo as características da relação entre a pessoa e o estímulo.

As propriedades ecológicas e colectivas são as mais importantes porque têm influência no grau e nível de implicação do indivíduo com o ambiente, e também na percepção emocional sobre o mesmo. Caracterizam-se pelo estímulo que provoca implícita ou directamente uma resposta comparativa e baseiam-se nas semelhanças e diferenças, compatibilidades e incompatibilidades, entre os elementos que formam um estímulo (Corraliza, 2002). Têm como propriedades: a novidade e transformação de um

estímulo (resultado da comparação de um estímulo actual com outro previamente experimentado); a complexidade (refere-se ao modelo resultante da junção de elementos que formam um estímulo e incide sobre o significado do ambiente construído pelo indivíduo, estando relacionada com as diferentes características dos elementos que formam o ambiente); a surpresa (refere-se à não correspondência entre as características de um estímulo presente e as expectativas prévias que a pessoa tenha sobre ele; é produzida pela presença de elementos significativos do ambiente não previstos); e o conflito (que resulta da activação de respostas simultâneas e contraditórias) (Corraliza, 2002).

O interesse crescente suscitado pelo estudo sobre o ambiente demonstra a importância que se atribui ao reconhecimento não só da influência do quadro físico, mas também ao valor psicológico e social de um lugar, de um bairro, de um meio de trabalho, etc., apreendida precisamente através da especificidade da relação mantida com ele (Fisher, 1994).

O homem crê no ambiente e influencia-o. Por sua vez, o ambiente, ou uma parte do mesmo, influencia a pessoa, causando emoções que conseqüentemente afectam ou comutam comportamentos no indivíduo, já que durante a maior parte da vida, fixamos-nos a lugares, espaços e ambientes simbólicos (Corraliza, 2002). “Os espaços tornam-se locais quando estão ligados a pessoas, ganham significado psicológico e implicam no decurso de actividades” (Barracho, 2001:20)

Hall (1986) citado por Barracho (2001) refere que o espaço depende da organização sensorial e cultural na qual o indivíduo se inclui. Os estímulos sensitivos chegam ao cérebro através das vias aferentes e posteriormente são processados, sendo que este processo está dependente da carga emocional que lhe atribuímos. Se analisarmos o fenómeno, num plano neuropsicológico, podemos distinguir três momentos: fase de exploração e de selecção; a fase de compreensão, transmissão e tratamento da informação; e por último, a fase de integração dos dados recolhidos. A informação autêntica captada do ambiente é, então, vivida como tal, e comparada com as representações memorizadas e interiorizadas no mundo intelectual.

O significado do ambiente é um conjunto de conceitos que possibilitam a pessoa compreender “o que é para ela um lugar”, sendo o processo de construção do significado uma parte de uma estruturação mais global de percepção e interpretação do ambiente. Ittelson (1973) citado por Corraliza (2002), sugere que a percepção dá-se a diferentes níveis que se encontram relacionados. O primeiro é a resposta afectiva, registada em termos de valorização; o segundo corresponde à resposta de orientação,

continuando por uma actividade de categorização, seguida de uma tarefa de sistematização e, finalmente, de manipulação.

No primeiro nível, o impacto emocional directo da situação dirige frequentemente as estratégias de relação e intercâmbio que o sujeito mantém com o ambiente. O autor afirma que “a incidência do impacto afectivo, gradualmente é apagada e polida principalmente pela familiaridade, mas as suas consequências são indeléveis”. Ou seja, a valorização emocional e a atribuição de qualidades afectivas a aspectos físicos em que a pessoa se desenvolve, resulta em que as variáveis espaciais e físicas se transformem, em função do envolvimento do indivíduo, num ambiente de significado simbólico. Assim, os elementos objectivos do ambiente convertem-se num conjunto de elementos significativos (Corraliza, 2002:62,63).

O ambiente age sobre o Homem que, por sua vez, opera sobre os factores espaciais que o determinam. São os alicerces da natureza da relação que facilitam explicar o valor do espaço e a direcção do comportamento. Pode-se, portanto, abordar qualquer relação no espaço, tanto pela perspectiva da influência que este exerce sobre o indivíduo, como pela influência que o indivíduo exerce sobre o espaço. Os grupos, os indivíduos e as instituições, paulatinamente criados e modificados no e pelo espaço, formam-no e transformam-no por sua vez, através das suas actividades.

4 – As Emoções do Sistema Família no “Microecossistema” Cuidados Intensivos

Uma UCI carregada de aparelhos de medida e avaliação das principais funções vitais, pode ser ao mesmo tempo o lugar onde se morre na mais absoluta solidão humana.

Serrão, 1987 (citado por Castro 1998)

... a pessoa e o ambiente envolvente são identificados como uma unidade caracterizada pelos intercâmbios ser humano-ambiente, e pelo impacto de um no outro. A pessoa-ambiente constitui um tipo de unidade funcional com uma existência concreta.

D. Orem., 1995

O ambiente hospitalar influencia de forma directa ou indirecta o bem-estar de todos os seus utilizadores, desde profissionais de saúde aos doentes e familiares, pelo que este espaço organizacional deve responder às necessidades inerentes dos diferentes grupos de utilizadores. Assim, ao interferirmos no ambiente hospitalar estamos com certeza a influenciar comportamentos, numa perspectiva de interacções e influencias entre o homem e o ambiente.

A Ecologia Humana dedica-se ao estudo destas inter-relações humanas, inter-relações homem-meio e as suas consequências, mas não se limita a estas, considerando igualmente o estudo das relações existentes entre os indivíduos de uma comunidade.

A essência de comunidade como conjunto de pessoas estabelece a existência de relações entre os seus membros, aparecendo como característica destas colectividades o conceito de organização.

O grupo estabelece relações que considera apropriadas para alcançar a harmonia nele mesmo e conseguir que este seja auto-suficiente, isto é, elege a organização que lhe é útil, e que passa, num nível inferior, pela criação de unidades funcionais básicas cuja relação prioritária é a cooperação e formam o suporte de unidades de maior complexidade, que no seu conjunto, ou genericamente se conhece por organização. Estas unidades funcionais básicas de diferente natureza: familiar, religiosa, económica, política, sindical, etc., assim como a inter-relação entre elas, são utilizadas como instrumento para a adaptação, de maneira que cada população elege a organização que lhe seja mais operativa na sua adaptação ao meio, sendo que o maior ou menor grau de complexidade da mesma estará em relação com o grau de evolução do tamanho do grupo (Hawley, 1999).

A relação interactiva população/ambiente produz-se através de um conjunto de técnicas, em forma de procedimentos e utensílios, ambos de invenção humana, cuja sofisticação e perfeccionismo estão determinados pelo grau de evolução intelectual do grupo e também pelo tipo de modificação a realizar. Assim, a Ecologia Humana adopta a organização que resulta mais adequada, utilizando o aparato tecnológico mais apropriado para reestruturar e actuar sobre o ambiente.

Em prol da evolução das sociedades a que temos assistido e das necessidades das comunidades, as respostas no que respeita à prestação de cuidados de saúde têm que ser ajustadas, quer em termos científicos, tecnológicos, de humanização, de personalização e de participação no cuidar.

A organização hospitalar enquanto nicho organizacional tem que se adaptar às novas exigências da envolvente, articular-se e competir pelos recursos e pela preferência dos seus utilizadores, adoptando um modelo de gestão de recursos mais racional e de qualidade (Figueiredo, 2005).

Assim, para compreender o impacto que um determinado ambiente provoca no clima social, organizacional e terapêutico é imprescindível compreender como é que o homem interage com o ambiente em estudo. Sendo o nosso objecto de estudo o ambiente hospitalar, mais especificamente o microambiente cuidados intensivos, e de acordo com a questão de partida e porque o nosso trabalho se insere no âmbito da disciplina de Ecologia Humana, importa-nos procurar investigar como é que a família do doente internado em cuidados intensivos interage com este ambiente.

Como é evidente, as relações que se estabelecem entre a população e o ambiente envolvente, assim como as que co-existem entre os membros do grupo que formam o ecossistema humano, surgem e decorrem toda uma série de crenças em forma de conhecimentos, atitudes e habilidades conhecidas como cultura, que supõem e expressam as relações entre os homens e o seu ambiente. De maneira que a população humana, ambiente, organização social e tecnologia são as quatro variáveis que constituem o ecossistema humano, definido como produto da dita interacção. A adaptação cultural e colectiva são a forma definitiva de adaptação humana.

Outras razões que fundamentam a adaptação colectiva e cultural conseguida através da organização da população fazem referência à interdependência dos homens, no seio da comunidade. A relação “tipo” dos existentes na natureza é a dependência, a submissão de cada um dos seres vivos às condições de um meio externo, e no caso do homem, que se adapta ao meio colectivamente, através da comunidade e das relações de interdependência que existem na mesma, não existe outra possibilidade.

Desde que o homem nasce que está indefeso para enfrentar a realidade do mundo, porque é imaturo para ter uma vida autónoma que lhe permita satisfazer de forma independente as suas necessidades para a sobrevivência, pelo que a sua vida fica subordinada aos cuidados recebidos por outros seres humanos, no início a mãe, pai e outros parentes, no âmbito da família. Esta realidade permite dizer que a sobrevivência do homem é colectiva até ao ponto de que, somente através da aprendizagem cultural no seio do seu grupo e com a ajuda simultânea dos seus semelhantes, dos que depende, é capaz de adquirir conhecimentos e habilidades que lhe facilitam a sobrevivência e paulatinamente reduzem a sua dependência, de maneira a que pode chegar a satisfazer as suas necessidades de forma autónoma e pode viver com uma certa independência, que nunca chega a ser absoluta.

Definitivamente, a sobrevivência humana é um assunto colectivo e não individual. Não se pode partir do indivíduo, da pessoa, só da população como um conjunto de indivíduos, que na realidade se manifesta em grupos entre os quais se destaca a família e a comunidade.

A família é um núcleo onde cada membro que o integra se interrelaciona, e está permeável à influência do ambiente, logo a hospitalização de um dos seus membros cria uma situação de crise e destabilização que se repercute em todas as suas componentes. Ou seja, sendo a família a primeira célula social no processo de saúde/doença dos seus elementos, todo o processo patológico que afecta um dos seus integrantes altera de forma geral a estabilidade de que usufruíam, obrigando-os a ajustarem-se à nova situação. Esta crise vivida pelo sistema família poderá ser mais ou menos sentida consoante o papel social do indivíduo que adoece, a idade, o sexo e a própria estrutura familiar (Bueno, 2003).

As UCI, em geral, são lugares onde a tecnologia e a eficácia prática predominam sobre as relações pessoais. São espaços fechados e regulados pelos profissionais de saúde, significando que “os de dentro” - doentes e profissionais de saúde - mantêm pouco contacto – quer físico, emocional e de comunicação – com “os de fora” – familiares ou amigos do doente – e estes não têm facilidade para aceder ao interior da unidade.

Assim, o internamento do doente na U.C.I. supõe uma barreira física e psicológica na interacção família/doente. E este isolamento do doente e família tem repercussões para ambos e de forma indirecta influencia negativamente todo o sistema. O doente e a sua família encontram-se em situação de desespero, saudade e impotência;

angustiados pelo medo do futuro e da dor. Muitas vezes estes sentimentos são exacerbados pelo alto grau de complexidade técnica que os rodeia e a falta de comunicação com o pessoal de saúde como conclui Sanchez (1996), no estudo que efectuou para detectar as expectativas e sentimentos da família, face à UCI.

A família do doente internado em cuidados intensivos passa por uma situação muito difícil que provoca ansiedade e preocupação. Existem vários estudos efectuados que descrevem as necessidades dos familiares dos doentes internados em UCI e os níveis de ansiedade de que padecem. Destacando-se como necessidades principais aquelas relacionadas com o alívio da ansiedade, mais informação, ser aceite pela equipa da UCI, ter capacidade para estar com o familiar na UCI e ter explicações sobre o equipamento que está a ser usado no seu familiar (Velez, 2002).

Outro factor gerador de *stress* emocional intenso é o facto destes serem responsáveis pela tomada de decisões em nome do doente acerca da instauração, manutenção ou suspensão de medidas terapêuticas, de diagnóstico ou mesmo de suporte vital. Sabe-se que os transtornos emocionais, como a ansiedade e a depressão dificultam a capacidade dos seres humanos para enfrentar situações difíceis e actuar adequadamente, contudo estas alterações têm sido pouco estudadas nos familiares dos doentes críticos.

A relação da família com a unidade restringe-se aos horários de visita e ao momento de informação médica e de enfermagem. O médico, na maior parte das unidades, é quem lidera a relação com os familiares. Mas a equipa de enfermagem tem um papel relevante para esclarecer dúvidas, aconselhar os membros da família no que diz respeito às atitudes que devem adoptar com o doente e encorajá-los a superar os medos. Os profissionais de saúde devem ter consciência de que quando se relacionam com o indivíduo gravemente doente, têm que ter atenção a toda a sua família e esta deve ser encarada como uma unidade em crise e, portanto, é também ela alvo de cuidados.

A equipa multidisciplinar deve estar ciente de que o internamento numa UCI agrava a ansiedade e sentimentos de impotência vividos por esta família, pois o ambiente das UCI é muito específico - desde o equipamento de alta tecnologia como os monitores, ventiladores e outros equipamentos mecânicos de cabeceira, ao ruído dos alarmes que se faz sentir na sala, ao tempo de visita que é muito restrito e também o estado físico do doente que é particularmente preocupante para todos.

O ambiente constitui uma causa do comportamento, contudo os ambientes também afectam o comportamento de um outro modo, através da percepção ou do

significado atribuído ao lugar (“setting”), como por exemplo, a disposição dos mobiliários que pode sugerir diferentes graus de intimidade, a cor e a decoração que afectam de alguma forma os estados emocionais. Podemos dizer que estes factores fazem parte das variáveis do ambiente de constituição físico-química que influenciam a vida dos organismos num determinado espaço, ou seja, factores abióticos. Segundo Gappell (1995) citado por Figueiredo (2005), o bem-estar físico e emocional do homem é influenciado essencialmente por seis elementos ambientais: luz, cor, som, aroma, textura e espaço, sendo que estes exercem forte impacto no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos.

Entre os diferentes utilizadores do espaço cuidados intensivos surgem diferentes percepções, o que pode estar relacionado com as diferentes funções e utilizações. Factores psicológicos e cognitivos como as experiências passadas memorizadas, as representações, os julgamentos, as decisões ou as escolhas armazenadas temporariamente, desempenham um papel primordial na percepção do ambiente (Gärling e Golledger, 1989 citado por Figueiredo, 2005). Os familiares e visitas são muito vulneráveis ao ambiente hospitalar, pois têm temporariamente pouca competência devido às alterações do seu estado emocional.

A orientação dos serviços de saúde deve incorporar a atenção à família como um elemento chave no cuidado ao doente. Os doentes com um bom suporte social expressam menos *stress* e manifestam melhores níveis de saúde, pois beneficiam significativamente com o contacto frequente ou prolongado com os familiares em termos de ajuda, de cuidados e de suporte, muito embora nalgumas situações as visitas possam aumentar o *stress*. O acompanhamento por parte dos familiares obriga a soluções de desenho que incluam acomodações para permanecer à noite, áreas de visitas, de espera, de alimentação, jardins exteriores ou espaços sociais que possibilitem a interacção social (Ulrich, 1995).

O ambiente hostil das UCI, repleto de estímulos nocivos, e o facto de não considerar a família como uma componente importante no envolvimento com o doente, despoleta nele medo e ansiedade que se manifestam, muitas vezes, sob a forma de reacções de agressividade. Para o doente, a participação da família nas actividades pressupõe, na maioria das vezes, um alívio da sua angústia, sentimentos de impotência, frustração e ansiedade. Ou seja, o estado emocional do doente depende também da sua família, portanto, proporcionar o apoio à família ajuda igualmente o doente.

Promover a saúde em cuidados intensivos envolve o cuidado de enfermagem ao doente crítico e à sua família, exigindo do enfermeiro inovação, antecipação, intuição,

sensibilidade, sempre acrescidos de cientificidade (Santoro, 2000 citado por Morais, 2002).

A UCI é um lugar frequentemente intenso e esmagador para os doentes e suas famílias. Ao abordar tanto as necessidades dos doentes como das suas famílias, o hospital pode criar um ambiente favorável e confiar às famílias o reconhecimento de que são parte integrante dos cuidados e recuperação do doente (Kvale, 2005: 2).

CAPÍTULO III

MÉTODOS E MATERIAIS

1 – Tipo de Estudo

Qualquer trabalho de investigação é orientado com base no seu objecto de estudo, o qual irá determinar as opções metodológicas a tomar. A fase metodológica permite-nos passar da teoria à prática, sendo um conjunto de operações que se desenvolvem para efectuar o trabalho prático, e que nos diz como trabalhar a fase conceptual (Almeida & Pinto, 1966).

Ao pretendermos saber quais as emoções sentidas pela família do doente internado em cuidados intensivos no encontro com este ambiente, optámos por realizar um estudo exploratório-descritivo de abordagem quanti-qualitativa, uma vez que se os objectivos são:

- Identificar as emoções sentidas pela família do doente internado na UCI, face ao ambiente físico e à equipa multidisciplinar;
- Analisar as emoções sentidas pela família do doente internado na UCI;
- Descrever a relação da família do doente, com o ambiente UCI, à luz da concepção de sentimentos e emoções;
- Saber a opinião da família do doente internado na UCI acerca da preparação feita antes de entrar na unidade.

Escolheu-se a metodologia qualitativa porque esta preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo *et al.*, 2000). A metodologia qualitativa procura uma compreensão particular da realidade estudada e não se preocupa com generalizações, princípios e leis. O foco da sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, procurando a compreensão dos fenómenos estudados (Martins & Bicudo, 1989).

Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva, pois não recolhem dados ou provas com o objectivo de confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente. Em oposição, as abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando (Bogdan & Biklen, 1994).

Simultaneamente, utilizaremos o método de investigação quantitativo, uma vez que é um processo sistemático de colheita de dados que em estudos organizacionais permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes num universo, através de

uma amostra que o represente estatisticamente (Denzin & Lincoln, 2005; Neves, 1996; Hayati *et al.*, 2006).

Optou-se por utilizar as duas metodologias, usufruindo, por um lado, da vantagem de poder explicitar todos os passos da pesquisa e, por outro, da oportunidade de prevenir a interferência da subjectividade nas conclusões obtidas (Neves, 1996).

Vamos proceder à triangulação de metodologias, ou seja, triangulação inter-métodos, que se refere à comparação dos dados colhidos por abordagens quantitativas e qualitativas, ou seja, é adoptar métodos diferentes para a análise de uma mesma questão ou objecto de estudo. Pode-se fazer a triangulação com a combinação alternada ou a utilização simultânea dos dois métodos para responder à questão de pesquisa. Portanto, as abordagens podem ser complementares e adequadas para minimizar a subjectividade e aproximar o investigador do objecto de estudo, respondendo às principais críticas das abordagens qualitativa e quantitativa respectivamente, proporcionando maior fiabilidade aos dados (Hayati *et al.*, 2006; Patton, 2002; Fortin, 2003).

De acordo com o tipo de investigação formular-se-ão questões ou hipóteses. Se se trata de um estudo exploratório ou descritivo, traçam-se questões de investigação e no caso de estudos correlacionais e experimentais enunciam-se hipóteses (Fortin, 2003). Optámos por não delinear hipóteses, uma vez que este se trata de um estudo exploratório-descritivo, onde o intuito é responder à pergunta de partida - *Quais as emoções sentidas pela família do doente internado em cuidados intensivos, no encontro com este meio ambiente? (Um caso particular da UCI do CHBA)* – através da consecução dos objectivos delineados.

2 – População e Amostra

A determinação da amostragem na pesquisa social pode ser dividida, segundo Carmo (1998), em dois grandes grupos: a amostragem probabilística e a não probabilística. Dentro deste último grande grupo existe a amostragem acidental, na qual o pesquisador utiliza um grupo de indivíduos que são facilmente acessíveis e que estão presentes num determinado local. Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado. Este tipo de amostragem tem a vantagem de ser simples de organizar e pouco dispendiosa. No entanto, pode acontecer o enviesamento, pois nada indica que as primeiras 30 ou 40 pessoas contactadas sejam representativas da população alvo. Esta técnica limita a generalização dos resultados (Fortin, 2003).

Assim, a população alvo deste estudo é constituída pelos familiares dos doentes internados nos cuidados intensivos do CHBA que entram em contacto com este ambiente para visitar os seus entes queridos. Sendo a amostra constituída pelos familiares que entraram em contacto com a UCI do CHBA no período em que decorre o estudo, à excepção dos familiares de nacionalidade estrangeira devido aos instrumentos de colheita de dados.

A escolha desta UCI deve-se ao facto de actualmente nos encontrarmos a exercer funções neste local, pelo que assim permite-nos estar próximos da população em estudo, facilitando a recolha de dados, e perante os resultados do estudo, propor também alterações no ambiente da UCI em questão.

3 – Instrumentos de Colheita de Dados

A selecção dos métodos e das técnicas a serem utilizados na pesquisa científica estão directamente relacionados com o problema a ser estudado e com o tipo de população com que se vai entrar em contacto (Lakatos *et al.*, 1992).

Os instrumentos de colheita de dados que utilizaremos são: a entrevista e o questionário. E serão aplicados após o consentimento do Conselho de Administração, Comissão de Ética, Director de Serviço e Enfermeiro Chefe da UCI do CHBA, aos quais se enviou um requerimento. Em anexo colocamos a carta de autorização para aplicabilidade dos instrumentos de colheita de dados (Apêndice E).

3.1 – A Entrevista

Utilizaremos a entrevista porque, no plano das técnicas de recolha de dados, nos parece ser consistente e adequada relativamente ao fenómeno que nos propomos a estudar. Uma entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas, dirigida por uma delas, com o objectivo de obter informações sobre a outra, de acordo com Moser e Kalton (1971) citado por Bell (2004:137):

Um entrevistador habilidoso consegue explorar determinadas ideias, testar respostas, investigar motivos e sentimentos, coisa que o inquérito nunca poderá fazer. A forma como determinada resposta é dada (o tom de voz, a expressão facial, a hesitação, etc.) pode transmitir informações que numa resposta escrita nunca revelaria. As respostas a questionários devem ser tomadas pelo seu valor facial, mas uma resposta numa entrevista pode ser desenvolvida e clarificada.

A entrevista é uma técnica de recolha de dados bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, como acerca das suas explicações ou razões a respeito de coisas precedentes.

As entrevistas qualitativas variam quanto ao grau de estruturação. Algumas, embora relativamente abertas centram-se em tópicos determinados ou podem ser guiadas por questões gerais. Mesmo quando se utiliza um guião, as entrevistas qualitativas oferecem ao entrevistador uma amplitude de temas considerável que lhe permite levantar uma série de tópicos, e oferecem ao sujeito a oportunidade de moldar o seu conteúdo (Bogdan & Biklen, 1994).

Da análise que fizemos sobre os vários tipos de entrevistas existentes (não estruturada, semi-estruturada e estruturada) e tendo em conta os nossos objectivos, chegámos à conclusão que a mais apropriada é a entrevista semi-estruturada. Este tipo de entrevista, apesar da existência de uma grelha de temas previamente definida, concede ao entrevistado liberdade para abordar os temas com a profundidade que pretender, bem como expressar as suas percepções, crenças e sentimentos (Ghiglione & Matalon, 1993).

A entrevista tem como vantagens possibilitar a obtenção de uma maior percentagem de respostas, permitir ao investigador abordar assuntos sensíveis através do contacto humano, clarificar respostas, aumentar a objectividade das observações e permitir a captação imediata da informação desejada.

Foi elaborado um guião da entrevista, abordando os temas a serem tratados durante a mesma (Apêndice C). Este guião serve para orientar o entrevistador durante a entrevista mas, apesar das perguntas já estarem traçadas, se o investigador sentir necessidade de fazer novas perguntas ou anular perguntas delineadas, tem liberdade para isso.

Pretende-se realizar as entrevistas necessárias até atingir a saturação dos dados, pelo que julgamos que entre 6 e 10 entrevistas será o suficiente. Estas decorrerão num período entre 1 de Março e 25 de Agosto na UCI do CHBA. A colheita será efectuada numa sala de reuniões da referida unidade, mantendo sempre a privacidade dos intervenientes.

Após a apresentação pessoal aos participantes e referenciados os objectivos do estudo, solicitar-se-á a gravação da entrevista, assegurando a total confidencialidade das informações divulgadas. Pois, tal como referem Bogdan & Biklen (1994) as entrevistas longas são difíceis de captar de forma completa. Quando um estudo envolve entrevistas extensas, ou quando a entrevista é a técnica principal do estudo recomendamos que use um gravador. Chamaremos transcrições às entrevistas dactilografadas. As transcrições são os principais “dados” de muitos estudos de entrevista.

3.2 - O Questionário

Um questionário é um instrumento de colheita de dados que exige respostas escritas por parte dos participantes pertencentes à amostra. Ao contrário da entrevista, o

questionário é usualmente preenchido pelos inquiridos, sem auxílio (Fortin, 2003). Por isso, aquando da elaboração do inquérito por questionário, é necessário um cuidado extremo na forma como se formulam as perguntas, uma vez que não há forma de esclarecer dúvidas no momento da inquirição (Carmo, 1998).

O questionário traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Têm a função de organizar, normalizar e controlar os dados, de tal forma que os detalhes procurados possam ser colhidos de uma maneira rigorosa. Este instrumento não permite ir tão em profundidade como a entrevista, mas permite um melhor controlo dos artificialismos (Fortin, 2003).

A elaboração do questionário é uma fase crucial e qualquer erro, insegurança ou ambiguidade terão repercussões à posteriori, aquando do momento de retirar conclusões. O conteúdo do questionário pode reger-se por questões de facto ou opinião, fechadas, abertas ou mistas, ou seja, estruturado, livre ou semi-estruturado, respectivamente.

As questões fechadas limitam o inquirido às questões formuladas, sem que ele tenha possibilidade de as alterar ou de precisar o seu pensamento. São mais fáceis de compreender, preencher, tratar, interpretar e quantificar. Em contrapartida, os riscos de enviesamento são maiores. Contrariamente, as questões abertas não são de resposta fixada de antemão, o sujeito tem liberdade para responder nos modos e termos que pretender, no espaço reservado para o efeito. Este tipo de questões ajusta-se à abordagem de temas delicados e são essenciais quando é difícil prever o elenco de respostas possíveis. As questões mistas fazem-se de respostas mais ou menos previstas, como nas questões fechadas, mas os inquiridos podem optar por explorar mais a resposta. De acordo com o referido, o questionário escolhido para este estudo é do tipo semi-estruturado ou misto.

Quando se elabora um questionário, a linguagem afirma-se como uma componente sensível e decisiva. O investigador tem de ser ágil e pretender que todos os sujeitos compreendam de igual forma as questões formuladas. As questões devem ser claras, concisas e precisas, sem que seja necessário complementos ou esclarecimentos adicionais, para que as respostas sejam adequadas. Logo, a linguagem deve ser adequada à população em estudo.

O investigador deve também estar desperto para o facto de existirem diversas questões que suscitam sentimentos e reacções nos sujeitos que vão diminuir a qualidade

e validade dos resultados. Assim, deve-se detectar as questões susceptíveis de serem acompanhadas desses efeitos e despersonaliza-las.

A sequência do questionário é também muito importante devido ao conhecido efeito de contágio que a resposta a uma questão pode exercer nas seguintes.

Após uma exaustiva pesquisa bibliográfica em várias bibliotecas nacionais e nos motores de busca nacionais e internacionais mais conhecidos, verificou-se que existem várias escalas de avaliação das emoções, no entanto constatou-se que grande parte destes instrumentos não se adequava ao âmbito desta investigação. Apenas se considerou utilizar uma escala construída em 1988 por Watson, Clark e Tellegen denominada Positive Affect Negative Affect Scales (PANAS) validada em Portugal por Galinha e Ribeiro (2005) e disponível na revista *Análise Psicológica*, tendo sido o restante questionário elaborado presentemente.

Optou-se por realizar um questionário semi-estruturado constituído por três partes, adaptado às características e particularidades da população em estudo, aos objectivos e à problemática delineada, sendo que posteriormente serão avaliadas as qualidades psicométricas do instrumento (Apêndice D). A primeira parte permite a recolha de dados sócio-demográficos e faz-se de perguntas fechadas e abertas.

Na segunda parte utiliza-se a escala referida, a PANAS, que é um instrumento que surge da necessidade de desenvolver medidas breves, fáceis de administrar e válidas, para avaliar as emoções positivas e negativas. Assim, os autores desenvolveram duas medidas com 10 itens, que incluem uma lista de emoções positivas e outra de emoções negativas, sendo estas 20 emoções as mais representativas do léxico emocional dos portugueses. Optámos por utilizar esta escala, pois vai-nos permitir recolher dados acerca das emoções positivas e negativas que os participantes sentem em relação aos cuidados intensivos em geral, ou seja, em relação ao ambiente cuidados intensivos.

A terceira parte constitui-se de uma escala elaborada a partir do enquadramento teórico previamente efectuado e pretende recolher dados acerca das emoções positivas e negativas dos participantes em relação a estímulos do ambiente cuidados intensivos em particular. Ou seja, pretendemos saber quais as emoções que esta população experimental face: ao local de espera dedicado a estes; à cor da unidade de cuidados intensivos; ao ruído e iluminação da sala de cuidados intensivos; ao horário das visitas estabelecido para estes na unidade de cuidados intensivos; aos dispositivos que

circundam o seus entes queridos; ao apoio prestado pelos enfermeiros; e à preparação efectuada antes de estes entrarem na sala de cuidados intensivos.

Assim, elaboramos uma escala com 49 itens, Escala dos Sentimentos e Emoções da Família em Ambiente de Cuidados Intensivos, que designaremos pelo acrónimo - ESEFACI-49. A escala é então constituída por 49 afirmações que representam:

- sentimentos e emoções (positivos e negativos) face a diversos estímulos do ambiente cuidados intensivos (4 itens que representam a raiva [1, 5, 10, 22]; 7 itens que representam o bem-estar [6, 32, 34, 35, 36, 37, 46]; 3 itens que representam a ansiedade [3, 24, 25]; 6 itens que representam o medo [4, 8, 19, 20, 21, 23]; 10 itens que representam a tristeza [13, 14, 17, 30, 33, 43, 44, 45, 47, 48]; 4 itens que representam o embaraço [9, 16, 18, 28]; 2 itens que representam a aversão [26, 27]; e 3 itens que representam a surpresa [38, 39, 40]);

- a opinião dos participantes face aos cuidados intensivos – 10 itens (2, 7, 11, 12, 15, 29, 31, 41, 42, 49)

Pede-se ao inquirido que responda, assinalando com um *x*, sendo que para cada afirmação existem cinco possibilidades de resposta apresentadas numa escala tipo *Likert*. Os participantes avaliam a extensão em que experimentaram cada emoção durante a visita aos cuidados intensivos, numa escala de 5 pontos de intensidade: de *discordo totalmente* a *concordo totalmente*.

Pretende-se que este instrumento de colheita de dados seja entregue directamente aos familiares aquando da visita à UCI, durante o internamento do doente. Este instrumento será aplicado a todos os familiares, à excepção de pessoas de nacionalidade estrangeira, que entrarem em contacto com a UCI do CHBA, até se atingir uma amostra de 60 familiares.

4 – Tratamento dos Dados

4.1 – Estudo Qualitativo

Os documentos recolhidos - o registo integral dactilografado das entrevistas (Apêndice F) - constitui o material empírico para a investigação qualitativa. A análise destes dados permite-nos responder às questões de investigação, sendo que para isso utilizaremos a técnica de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que permite descrever de uma forma objectiva, sistemática e qualitativa o que é dito e escrito, isto é, o conteúdo manifesto das comunicações. Mas segundo Cartwright (1953) citado em Carmo (1998), a análise de conteúdo permite também descrever toda a componente simbólica (conteúdo latente), tendo por objectivo fazer a sua interpretação.

Esta análise pode compreender dois tipos de conteúdo, o conteúdo manifesto e o conteúdo latente. Dependendo do objectivo do investigador, da sua disciplina de pertença e do problema que o investigador pretende examinar, assim irá privilegiar o conteúdo manifesto ou o conteúdo latente de uma comunicação.

Segundo L'Ecuyer citado por Gauthier (2003) a significação do sentido oculto (conteúdo latente) não eliminará e não substituirá nunca a significação do sentido descoberto (conteúdo manifesto). A análise do conteúdo manifesto pode ficar-se por aí, mas a análise do conteúdo latente, a análise do não dito, não pode ter valor se não assentar numa excelente análise do que é dito, isto é, numa análise completa e detalhada do conteúdo manifesto.

A análise de conteúdo deve obedecer a regras claras e precisas para que todos os que investigam o mesmo conteúdo cheguem aos mesmos resultados, ou seja, deve ser uma análise objectiva. O conteúdo deve ser sempre categorizado em função dos objectivos a atingir (Berelson, 1954 citado por Bardin, 1977), ou seja, é uma técnica que procura arrumar num conjunto de categorias de significado o conteúdo manifesto e o conteúdo latente, nos mais diversos tipos de comunicações.

Em 1993, Gravitz citado por Carmo (1998), define a análise de conteúdo fazendo surgir a noção de forma e de estrutura, ou seja, a análise de conteúdo é orientada para a formalização das relações entre os temas. Permite assim relacionar aspectos literais e aspectos sociológicos, traduzindo a estrutura dos textos; é a análise de conteúdo entre o texto descrito e analisado em relação a certas características e os factores que determinam essas características. É a inferência que permite a passagem da descrição à

interpretação, enquanto atribuição de sentido às características do texto analisado que foram levantadas, enumeradas e organizadas (Bardin, 1979 citado por Vala, 1986). Se a descrição (enumeração resumida após o tratamento das características do texto) constitui a primeira etapa de realização numa análise de conteúdo e se a interpretação (significado atribuído a essas mesmas características) é a última etapa, a inferência é o procedimento intermédio que permite a passagem, explícita e controlada, da descrição para a interpretação (Carmo, 1998).

Para estes autores, a análise de conteúdo não se propõe a estudar a língua ou o discurso em si mesmo, mas caracteriza as suas condições de produção. Trata-se da análise de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de categorização, resultado de uma relação dinâmica entre as condições da produção da análise. Isto é, o analista coloca os dados num novo contexto que constrói com base nos objectivos e no objecto da pesquisa (Vala, 1986).

A análise de conteúdo, como qualquer outra técnica detém vantagens e inconvenientes que lhe são únicos, pois embora as suas vantagens façam dela uma das mais importantes técnicas de investigação das ciências sociais, a análise de conteúdo não se faz comportar sem alguns inconvenientes.

Esta técnica é vantajosa na medida em que permite trabalhar sobre correspondência, entrevistas abertas, mensagens dos meios de comunicação, uma vez que tem como objecto uma comunicação reproduzida num suporte material, permitindo um controle posterior do trabalho de investigação. A análise de conteúdo é apropriada para tratar material não estruturado. Esta vantagem significa que um investigador pode analisar textos algum tempo depois de terem sido produzidos por um emissor, que utiliza uma lógica e categorias que não são as do investigador. Permite igualmente analisar dados de forma metódica e sistemática sem que isto prejudique a profundidade do trabalho e a criatividade do investigador (Landry, 2003).

Quanto aos seus inconvenientes, os mais importantes são o facto de a codificação dos dados por pessoas levar muito tempo, particularmente se a unidade de análise for complexa. Um outro inconveniente é o facto de nem sempre ser fácil determinar a fiabilidade e a validade dos dados (Landry, 2003).

O desenho da investigação de uma análise de conteúdo organiza-se do mesmo modo que qualquer outro desenho de investigação. Segundo Carmo (1998), este tipo de análise divide-se nas seguintes etapas:

- definição dos objectivos e quadro de referência teórico;
- a constituição do *corpus*;
- a definição das categorias;
- a definição das unidades de análise;
- a quantificação dos dados (não obrigatório);
- e a interpretação dos resultados obtidos.

Qualquer técnica de investigação, na análise de conteúdo, pressupõe que sejam definidos objectivos e um enquadramento teórico.

Seguidamente procede-se à constituição do *corpus* do trabalho que, segundo Bardin (1977), deve obedecer às seguintes regras:

- a exaustividade – deve sempre ser feito um levantamento completo do material passível de ser utilizado;
- a representatividade – os documentos seleccionados devem ser um reflexo fiel do universo maior;
- a homogeneidade – os documentos devem referir-se a um tema e possuir outras técnicas;
- a pertinência – os documentos escolhidos devem ser adequados aos objectivos da pesquisa.

Desta forma, o *corpus* de análise é constituído por todo o material recolhido do terreno, pelo que o *corpus* de análise por nós seleccionado é composto pela transcrição das entrevistas realizadas (E).

Depois de transcritas as entrevistas, o passo seguinte foi proceder a uma leitura exaustiva deste material empírico, confrontando os eixos teóricos de análise, com vista à elaboração de uma grelha de codificação do material empírico, para origem à produção de um novo discurso com base na desmontagem de um discurso (Vala, 1986).

A fase seguinte foi então a definição das categorias. Segundo Grawitz (1993), citado por Carmo (1998), uma categoria é uma rubrica significativa, em função das quais será classificado o conteúdo e eventualmente quantificado.

Também Hogenraad, citado por Vala (1986), define categoria como um número de sinais da linguagem que representam uma variável na teoria analista.

As categorias são classes que caracterizam de uma mesma forma a variedade das unidades de análise ou dos seus elementos, ou seja, correspondem às questões que se colocam às unidades de análise ou a alguns dos seus elementos constituintes (Landry, 2003).

As categorias podem ser definidas à priori, à posteriori, ou através da combinação destes dois processos. O investigador optará por categorias à priori quando a interacção entre o quadro teórico de partida, os problemas concretos que visa estudar e o seu plano de hipóteses permitem a formulação de um sistema de categorias. O que lhe interessa é a detecção da presença ou ausência dessas categorias no corpus (Vala, 1986). As categorias à posteriori não são definidas antecipadamente pelo investigador, é um tipo de análise exploratória (Carmo, 1998). Na definição de categorias à posteriori devemos ter em atenção alguns princípios, tais como:

- Realizar leituras sucessivas dos textos;
- Ter em atenção os objectivos da investigação;
- As categorias não devem ser numerosas, nem em número insuficiente;
- As categorias não devem ser demasiadamente pormenorizadas, nem demasiado englobantes;

No nosso estudo, de acordo com o enquadramento teórico, com a questão em estudo e com o guião estruturado para a realização das entrevistas, identificámos as seguintes categorias à priori:

- o significado de cuidados intensivos;
- emoções face ao ambiente cuidados intensivos;
- opinião do familiar acerca da UCI do CHBA;

Segundo Carmo (1998: 255) as *“categorias definidas à priori podem levar a que não se tenha em consideração aspectos importantes do conteúdo”*. Pode então haver necessidade de definir categorias à posteriori, no entanto, isto deve ser feito de uma forma cuidadosa e após repetidas leituras do corpus, tendo sempre presente os objectivos do trabalho. O nosso processo de categorização resultou da combinação de categorização à priori e à posteriori. À priori, com base nos objectivos do estudo e revisão bibliográfica efectuada, foram definidas categorias e sub-categorias. Tendo depois surgido, após a análise da informação obtida, a necessidade de existirem sub-categorias à posteriori.

As categorias devem possuir características tais como: exaustividade, exclusividade, homogeneidade, produtividade, objectividade e pertinência. A exaustividade permite integrar todo o conteúdo que se resolveu classificar nas categorias consideradas (Carmo, 1998). Devem ser exclusivas, devendo os mesmos elementos pertencer a uma e não a várias categorias. As categorias devem ser

apresentadas objectivamente, ou seja, diferentes investigadores devem classificar os diversos elementos que seleccionaram dos conteúdos em análise nas mesmas categorias. Estas devem ser pertinentes, devendo estar relacionadas com os objectivos teóricos e empíricos do investigador e com o conteúdo que está a ser classificado (Carmo, 1998). Deve-se também ter em conta a homogeneidade das categorias, não se misturando diversos critérios de classificação. As categorias devem ser produtivas, oferecendo a possibilidade de uma análise fértil, criadora de um discurso novo (Amado, 2000).

Seguidamente, deve-se proceder à identificação das unidades de registo. A unidade de registo é definida como a mais pequena unidade de significação, é a fracção mínima do conteúdo que se considera necessário para a análise (Carmo, 1998). Corresponde à identificação dos elementos do texto que possuem um “sentido completo” neles mesmo (Landry, 2003). Segundo Bardin (1977) é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial. No presente estudo decidimos que a unidade de registo seria a unidade formal, que segundo Carmo (1998: 256) é “a palavra, a frase, uma personagem, um qualquer item”.

Como unidade de contexto foi considerada a totalidade da entrevista. A unidade de contexto possibilita apreender o significado exacto da unidade de registo. É o segmento mais largo de conteúdo que se examina quando caracterizamos uma unidade de registo. Depende do tipo de unidade de registo que se escolhe (Vala, 1986), por exemplo, se a palavra for considerada a unidade de registo, a unidade de contexto poderá ser a frase.

Conforme a dimensão da unidade de contexto seleccionada, pode surgir de modo mais ou menos acentuado a intensidade e a extensão de uma unidade de registo (Bardin, 1997). Segundo Carmo (1998), a unidade de contexto constitui um suporte importante da validade e fidelidade do trabalho.

O passo seguinte, preconizado por Carmo (1998), é a quantificação, sendo esta fase opcional, segundo o mesmo. Como tal decidimos não contemplar esta fase no nosso trabalho e, portanto, não apresentaremos unidades de enumeração.

Finalmente procede-se à interpretação dos resultados obtidos, sendo esta fase essencial para o atingir dos objectivos propostos.

Tendo em conta tudo o que foi dito, realizamos uma grelha de análise que ilustra a relação entre as categorias e as sub-categorias (Figura 4.1). Após a identificação das categorias e das sub-categorias procedemos à recolha das unidades de registo necessárias para as fundamentar, tendo em conta o seu significado e representação.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
<p>SIGNIFICADO DE CUIDADOS INTENSIVOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lugar onde a tecnologia e a eficácia prática predominam; - Espaço fechado e regulado pelos profissionais de saúde; - Lugar onde se internam os doentes em risco de vida;
<p>EMOÇÕES FACE AO AMBIENTE CUIDADOS INTENSIVOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medo - Ansiedade - Tristeza
<p>OPINIÃO DO FAMILIAR ACERCA DO AMBIENTE DA UCI DO CHBA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação dos Enfermeiros; - Ambiente físico; - Preparação para entrar na sala de cuidados intensivos;

Figura 4.1 - Categorias e sub-categorias definidas à priori.

4.2 – Estudo Quantitativo

No que concerne ao estudo quantitativo, foram efectuados 60 questionários a familiares de doentes internados na UCI do CHBA. Seguidamente foi efectuada uma base de dados onde foram introduzidas as variáveis em estudo. Posteriormente, através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 15.0, procedeu-

se à verificação da consistência interna das escalas utilizadas, e à estatística descritiva dos dados.

O SPSS é um software para Windows que permite a análise estatística e tratamento dos dados, sendo vocacionado para as Ciências Sociais. A última versão disponível, no início do ano 2008, é a versão 16.0, no entanto qualquer versão superior a 11.0 não apresenta diferenças substanciais.

Quanto à análise de consistência interna das escalas utilizadas, esta foi feita com o coeficiente Alpha de Cronbach e indicou-nos que estamos em presença de duas escalas com coeficientes que podem ser considerados como muito bons, como se observa no Quadro 4.1.

Quadro 4.1

Consistência Interna das Escalas PANAS e ESEFACI-49

Escala	Cronbach's Alpha	N de Itens
PANAS	,823	20
ESEFACI-49	,866	49

Foi a partir da utilização destas duas escalas que procedemos ao restante tratamento dos dados, de modo a dar resposta à nossa pergunta de partida.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

1 – Caracterização da Amostra

1.1. – Amostra do Estudo Qualitativo

Para a realização das entrevistas foi utilizada uma amostra de 7 familiares de doentes internados na UCI do CHBA, sendo que 6 são do sexo feminino e um é do sexo masculino.

A idade dos entrevistados varia entre os 41 e os 69 anos. E os graus de parentesco destes para com os doentes internados é de Esposa (E1 e E4), Marido (E7), Filha (E2 e E5), Mãe (E6) e Amiga (E3).

Quanto às profissões dos inquiridos constatámos: quatro reformados (E1, E4, E6 e E7), um cozinheiro (E5), um técnico de turismo (E2), e um educador de infância (E3). Sendo que as habilitações literárias vão desde o ensino básico 1º ciclo (E1, E4 e E6), ensino básico 2º ciclo (E5) até ao ensino superior (E2, E3 e E7).

Quanto ao contacto que estes familiares estabeleciam com os seus entes, antes do internamento, a nossa amostra constitui-se por quatro familiares que residiam com o seu ente e que por isso estabeleciam um contacto diário (E1, E4, E6 e E7). E os restantes entrevistados tinham um contacto mais esporádico com o seu ente, de uma vez por semana (E2 e E5) até duas vezes por mês (E3).

Estas entrevistas realizaram-se aleatoriamente não existindo preocupação quanto ao número de dias de internamento na UCI, mas constatou-se que: dois entrevistados tinham o seu ente internado há dois dias (E3 e E7)); dois entrevistados tinham o seu familiar internado há quatro dias (E1 e E2); um inquirido tinha o seu familiar internado há sete dias, mas veio transferido de outra UCI, onde já se encontrava há cerca de 20 dias (E6); havia um entrevistado cujo familiar se encontrava internado há 25 dias (E4); e outro entrevistado com o seu familiar internado há 30 dias (E5).

1.2 – Amostra do Estudo Quantitativo

Trata-se de uma amostra predominantemente constituída por inquiridos do sexo feminino - que representam 62% do total de inquiridos - enquanto o sexo masculino só se encontra representado por 38% do total, conforme se pode constatar na Figura 5.1.

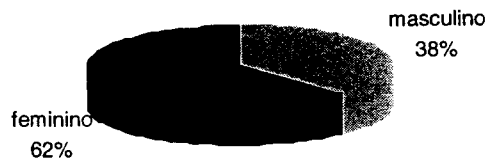


Figura 5.1 - Género

A média de idades destes familiares é de 47,9 anos, (desvio padrão de 13,2 anos), o familiar mais novo tinha 19 anos e o mais idoso 76 anos. A distribuição dos sujeitos por escalão etário pode ser visualizada na Figura 5.2, o escalão etário modal encontra-se no intervalo 41-50 anos e integra 30,5% dos inquiridos.

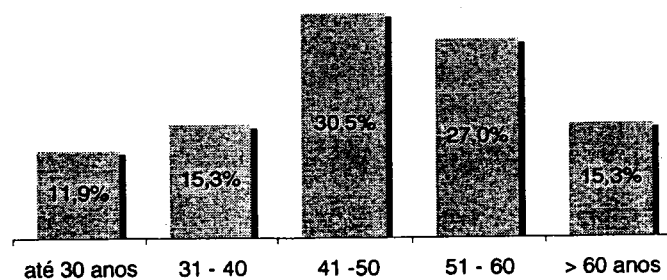


Figura 5.2 – Distribuição por escalões etários

Relativamente às habilitações literárias dos familiares, o nível predominante corresponde ao ensino secundário (30%), mas destaca-se ainda os sujeitos com habilitações de nível superior (25%) e os com o 1º ciclo (25%), como demonstra a Figura 5.3. Ao nível profissional detectamos que 13,6% da nossa amostra desempenha funções na área da saúde, ao passo que os restantes 86,4% trabalham noutras áreas.

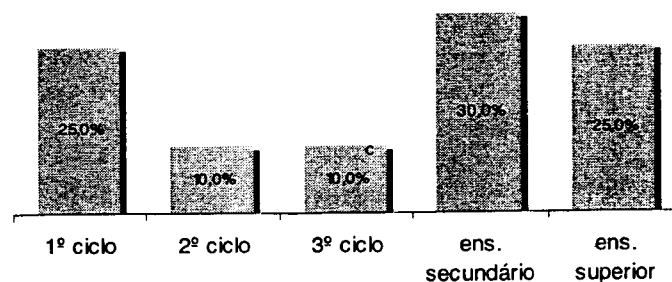


Figura 5.3 – Habilitações literárias

O grau de parentesco que mais predomina nos sujeitos que visitam os doentes internados na UCI (Quadro 5.1) são cunhados, sogros, genros, noras e tios (21,7%), seguindo-se depois os filhos (18,3%), cônjuges ou namorados (16,7%) e pais (11,7%).

Quadro 5.1
Grau de Parentesco do Familiar com o Doente Internado na UCI

	Frequência	Percentagem
cônjuge/namorado(a)	10	16,7
mãe/pai	8	13,3
irmão/ã	7	11,7
filho(a)	11	18,3
neto(a)/avô(ó)	5	8,3
Cunhado(a)/sogro(a)/genro/nora/tio	13	21,7
amigo(a)	6	10,0
Total	60	100,0

As estatísticas descritivas relativas aos dias de internamento no hospital, dias de internamento na UCI e número de visitas efectuadas pelo familiar à UCI podem ser observadas no Quadro 5.2. A média de dias de internamento dos doentes alvos da visita no hospital cifra-se em 10 dias e a média de dias de internamento na UCI em 7 dias. Sete são também, aproximadamente, o número médio de visitas dos familiares aos doentes internados até ao dia de preenchimento do questionário.

Quadro 5.2
Estatísticas Descritivas Relativas: Dias de Internamento do Doente no Hospital e UCI e Número de Visitas Efectuadas pelo Familiar à UCI

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Dias de internamento do doente no hospital	1	41	10,93	8,338
Dias de internamento do doente na UCI	1	22	6,95	6,071
Número de visitas efectuadas pelo familiar	1	30	6,78	6,249

2 – Significado de Cuidados Intensivos

Uma UCI é um espaço do sistema hospital que apresenta características totalmente diferentes dos outros microecossistemas que o formam. Tem um ambiente cuja dinâmica impõe acções complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante gerando medo, ansiedade, tristeza, entre outras emoções, não só no doente e nos profissionais de saúde mas também no sistema família, de acordo com diversos autores (Maruiti e Galdeano; Siqueira *et al.* (2006), Albístur *et al.* (2000) e Corrêa *et al.* (2002). Ou seja, o internamento de um doente numa UCI rompe bruscamente com o modo de viver do doente e de todos os seus familiares. Pelo que é importante saber de forma a podermos humanizar o ambiente envolvente e de acordo com o nosso objecto de estudo, o que os familiares entendem por cuidados intensivos.

2.1 - Lugar Onde a Tecnologia e a Eficácia Prática Predominam

A UCI é com certeza um dos poucos espaços do hospital que nunca dorme, encontrando-se sempre iluminado, sempre ruidoso, sendo por isso considerado por muitos como “um templo por excelência da moderna medicina tecnológica”. E na actualidade esta vertente do cuidar, toda esta tecnologia, obriga a um vasto saber e “a uma cultura médica renascentista” (João Lobo Antunes citado por Côte-Real (2007:115). Um dos entrevistados concorda com este conceito, como se pode verificar nas seguintes unidades de registo:

“Para mim... uma UCI é um local onde existem máquinas, tecnologia, enfermeiros e médicos experientes para tratar as pessoas que se encontram entre a vida e a morte. É um sítio onde se consegue ter tudo mais controlado... existem aqueles computadores que assim que alguma coisa está mal, apitam para alertar os enfermeiros e os médicos.” (E7)

“Mas... ainda bem que isto existe, se não a minha esposa já tinha falecido... se não fosse este pessoal e aquela maquinaria... não sei... não sei se ela ainda cá estava...” (E7)

Debruçando-nos sob os resultados quantitativos podemos verificar que grande percentagem da nossa amostra discorda que o ambiente da UCI seja um ambiente caótico ou agressivo, no entanto, uma percentagem considerável dos indivíduos sente medo aquando dos alarmes sonoros dos equipamentos e revela sentir-se triste devido à panóplia de material que envolve os seus entes queridos. No Quadro 5.3, podemos

observar as estatísticas descritivas relativas às afirmações acerca do ambiente tecnológico da UCI.

Quadro 5.3

Estatísticas Descritivas Relativas ao Ambiente Tecnológico da UCI

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
41 - Considero que os cuidados intensivos têm um ambiente caótico	Freq.	42	15		3		60
	%	70,0	25,0		5,0		100,0
12 - Os cuidados intensivos têm um ambiente agressivo	Freq.	30	12	12	5	1	60
	%	50,0	20,0	20,0	8,3	1,7	100,0
23 - Tive medo quando os alarmes dispararam	Freq.	13	11	11	18	3	56
	%	23,2	19,6	19,6	32,1	5,4	100,0
8 - Durante a visita ao meu familiar os alarmes dos monitores dispararam e senti medo	Freq.	13	11	11	16	6	57
	%	22,8	19,3	19,3	28,1	10,5	100,0
45 - Senti-me triste perante os fios, tubos e máquinas que envolvem o meu familiar	Freq.	3	10	8	24	15	60
	%	5,0	16,7	13,3	40,0	25,0	100,0

A tecnologia o saber dos profissionais de saúde e a própria dinâmica de trabalho da unidade, apesar de benéficos, pois só através destes meios ou destas características é possível lutar contra a morte, conduzem os familiares a sentimentos de medo, ansiedade e insegurança. No entanto, os familiares, apesar de temerem este ambiente tecnológico, vêm-se obrigados a “entregar” os seus entes queridos àqueles que detêm um saber específico para actuar neste momento. Estes resultados vão de encontro ao que refere Corrêa (2002), num estudo realizado acerca das concepções dos enfermeiros relativamente aos familiares dos doentes da UCI.

2.2 - Espaço Fechado e Regulado Pelos Profissionais de Saúde

Ao cortar bruscamente com o anterior modo de vida do doente, incluindo as suas relações e funções, o internamento na UCI altera também toda a sua dinâmica familiar. E esta situação torna-se ainda mais complicada quando o familiar de um doente se depara com um serviço fechado, onde as rotinas, horários e tempos de visita são rígidos

e regulados pelos profissionais de saúde. Alguns dos entrevistados esboçaram este sentimento:

“e os familiares sentem um bocado isto, de chegar aqui às 18h com uma ansiedade... Devia haver mais feedback entre os cuidados intensivos e a família.” (E2)

“... mas, para nós, familiares, é muito complicado gerir a ansiedade de tantas horas sem saber o que se passa aqui dentro.” (E7)

A família desconhece o que sucede com o seu familiar dentro da UCI e está expectante. Sendo que essa expectativa muitas vezes não se centra tanto no entrar e ver o seu ente querido, mas mais no encontro com a informação clínica acerca do doente. Ou seja, a humanização do cuidado de enfermagem na UCI vai para além do permitir ou não a visita do familiar, devendo incluir o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda, na qual a equipa de enfermagem tem a função de identificar as necessidades dos familiares. Quanto mais cedo a interacção (enfermeiro/família) ocorrer, melhor será para a família e, conseqüentemente, para o doente.

Apesar dos familiares entrevistados verbalizarem sentirem falta de contacto ou informação clínica nas horas que mediam os tempos de visita, ao olharmos para os dados quantitativos podemos constatar que quando questionados quanto à possibilidade da sua interacção em determinados cuidados ao seu doente, a maioria (40%) responde que não sabe, e 36,7% refere discordar. Também é evidente no Quadro 5.4, que os familiares concordam plenamente com os horários e tempos de visita.

Quadro 5.4

Estatísticas Descritivas Relativas aos Horários e Tempo de Permanência e Contacto com o Doente na UCI

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
10 - Quando me informaram do horário das visitas senti-me enraivecido/a	Freq.	35	9	10	3	3	60
	%	58,3	15,0	16,7	5,0	5,0	100,0
14 - Quando me informaram do horário da visita senti-me desanimado	Freq.	26	12	12	7	2	59
	%	44,1	20,3	20,3	11,9	3,4	100,0
22 - Não compreendo o horário das visitas nos cuidados Intensivos, isso deixa-me irritado/a	Freq.	33	15	9	2	1	60
	%	55,0	25,0	15,0	3,3	1,7	100,0

(continua)

(v.g. Quadro 5.4) (continuação)

42 - Sinto-me bem com o horário das visitas e compreendo	Freq.	7	3	12	28	10	60
	%	11,7	5,0	20,0	46,7	16,7	100,0
47 - Os familiares deveriam participar em determinados cuidados ao doente, esta distância deixa-me triste	Freq.	13	9	24	11	3	60
	%	21,7	15,0	40,0	18,3	5,0	100,0
48 - Os familiares deveriam de ter o direito a permanecer mais horas junto do seu familiar, este isolamento causa-me desânimo	Freq.	11	14	20	12	3	60
	%	18,3	23,3	33,3	20,0	5,0	100,0

2.3 - Lugar Onde se Internam os Doentes em Risco de Vida

O internamento numa UCI caracteriza-se pela admissão de doentes cuja vida está ameaçada, necessitando por isso de cuidados altamente qualificados. “São locais onde a força da vida e da morte estão em constante luta” (Côrte-Real, 2007:115). Este é o significado de cuidados intensivos mais comum entre os entrevistados, como se pode verificar nas unidades de registo seleccionadas:

“Porque as pessoas aqui estão entre a vida e a morte...” (E2)

“Os cuidados intensivos são para ajudar as pessoas que precisam muito... pessoas que estão numa situação muito grave.” (E4)

“Para mim cuidados intensivos é quando uma pessoa está bastante mal e precisa daqueles cuidados!” (E6)

“Significa que ela está mesmo muito mal... que corre sérios riscos de vida e que por isso teve que vir transferida para aqui.” (E7)

O internamento de um ente querido em cuidados intensivos é quase sempre um momento difícil para a família, levando-a a vivenciar sentimentos de incerteza quanto ao presente e futuro do seu familiar. Estes sentimentos também põe em causa as suas próprias perspectivas de vida. Emergem muitas questões no seio de uma família a vivenciar esta crise: “haverá cura?”, “ficarão sequelas?”, “poderá morrer?”, “será que ele nos compreende?”, “estará em sofrimento?”.

É neste momento de crise, ao enfrentar a situação dolorosa de internamento de um familiar em cuidados intensivos, que a família se depara com a possibilidade da morte. Ou seja, o momento do internamento na UCI é uma facticidade que faz a morte tornar-se numa possibilidade muito próxima e concreta. É por isso que muitos dos

familiares inquiridos consideram os cuidados intensivos um local triste (53,5%) e sentem medo (66,7%) perante o confronto de que o seu ente querido irá ser internado neste local, despoletando uma grande ansiedade (71,6%), como nos indica o Quadro 5.5.

Quadro 5.5

Estatísticas Descritivas Relativas aos Sentimentos Vivenciados Face ao Internamento na UCI

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
7 - Considero os cuidados intensivos um local triste	Freq.	6	8	13	16	15	58
	%	10,3	13,8	22,4	27,6	25,9	100,0
19 - Quando soube que o meu familiar estava internado nos cuidados intensivos tive medo	Freq.	11	4	5	25	15	60
	%	18,3	6,7	8,3	41,7	25,0	100,0
24 - Sinto-me muito ansioso/a em relação ao internamento do meu familiar	Freq.	6	6	5	32	11	60
	%	10,0	10,0	8,3	53,3	18,3	100,0
33 - Quando tive conhecimento de que o meu familiar estava nos cuidados intensivos senti-me muito triste	Freq.	5	5	4	25	21	60
	%	8,3	8,3	6,7	41,7	35,0	100,0

2.4 – Lugar Seguro

Em certas situações percebemos que a família sente-se segura por deixar o seu familiar neste ambiente bem equipado, pelo que decidimos criar esta sub-categoria. Esta ideia advém de que nos cuidados intensivos o doente pode ser melhor cuidado. Neste sentido, podemos afirmar que os familiares vivenciam sentimentos ambíguos em relação aos cuidados intensivos: lugar estranho, que amedronta, mas que oferece segurança nos cuidados ao doente grave. As unidades de registo que se seguem fazem-nos deprender isso:

“O significado dos cuidados intensivos é muito bom...porque... quando não há remédio noutro lado, está aqui para resolver os assuntos. Vejo os cuidados intensivos como um recurso... o último recurso. Quem tem a sorte de viver, vive! Quem tem os dias acabados, não podem fazer milagres! Ninguém pode fazer milagres, daquilo que não pode ser...” (E1)

“Eu penso que é aqui que o doente é melhor assistido no hospital, fico mais descansada do que esteja lá em baixo nas urgências, de facto se não for assistido pelo melhor aqui dificilmente será noutra sitio. É a noção que eu tenho...” (E2)

“... o facto de existirem pessoas a necessitarem deste tipo de cuidados e haver resposta para eles eu acho que é excelente.” (E3)

“(...) é bom que as pessoas tenham um sítio para estar assim...” (E3)

“os cuidados intensivos... é... será uma assistência permanente ao doente, 24 sobre 24 horas.” (E3)

“Para mim é o local onde está uma pessoa que tem assistência permanente, durante as 24 horas.” (E5)

Os enfermeiros são os primeiros responsáveis pela prestação de cuidados minuciosos e qualificados, pois acompanham o doente de forma contínua, nas 24 horas, vigiando e permitindo manter as funções básicas da vida. E sim! A gestão dos recursos tecnológicos e médicos disponíveis numa UCI é complexa. Mas é necessário não perder de vista a perspectiva humana e dar importância ao conhecimento sócio-cultural do ambiente ao qual pertence a pessoa doente, pois a maior parte das famílias com as quais lidamos diariamente vive um grande momento de crise, por toda a situação de doença e ainda acrescido pela quantidade de emoções desencadeadas pelo ambiente da UCI.

Como podemos ver, apesar de todos os sentimentos negativos que um internamento nos cuidados intensivos despoleta, os familiares sentem-se seguros e consideram que a UCI, de todo o ecossistema hospital, é o local que tem mais recursos disponíveis para oferecer aos seus doentes, sendo que 93,4% dos familiares inquiridos concorda com a afirmação de que “neste local se faz tudo por tudo pelos doentes”, e contudo alguns conseguem sentir-se tranquilos (33,3%) (Quadro 5.6)

Quadro 5.6

Estatísticas Descritivas Relativas à UCI como um Local Seguro

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
29 - Os cuidados intensivos são um local onde se faz tudo por tudo pelos doentes	Freq.	2	1	1	13	43	60
	%	3,3	1,7	1,7	21,7	71,7	100,0
36 - Quando tive conhecimento que o meu familiar estava internado nos cuidados intensivos mantive-me calmo/a e tranquilo/a	Freq.	11	18	10	20	1	60
	%	18,3	30,0	16,7	33,3	1,7	100,0

3 - Emoções sentidas face ao ambiente cuidados intensivos

Como percebemos, o doente não é o único a sofrer com a doença e com a hospitalização. Todo o sistema família compartilha a angústia, o medo e o sofrimento deste momento. Sendo assim, é importante que o profissional de saúde dispense atenção aos familiares com o objectivo de facilitar o enfrentar desta nova experiência, esclarecendo dúvidas, observando reacções e comportamentos, e especialmente compreendendo os seus sentimentos. É neste sentido que surge esta categoria, de modo a podermos identificar as emoções sentidas pelos familiares dos doentes internados na UCI do CHBA, aquando do encontro com este ambiente. Quanto aos familiares entrevistados, as emoções sentidas relativamente ao ambiente cuidados intensivos que sobressaem dos seus discursos são: o medo, a ansiedade, a tristeza, a raiva, a aversão, o interesse e a indiferença. Apesar das mais experienciadas terem sido a tristeza, a ansiedade, o medo e o interesse, foram definidas como sub-categorias à posteriori: raiva, aversão, interesse e indiferença.

Quanto à análise quantitativa, as estatísticas relativas às respostas dos sujeitos na escala de avaliação das emoções dos familiares no primeiro encontro com o ambiente cuidados intensivos (PANAS) podem ser observadas no Quadro 5.7. Nela se realçam em cinza-claro as respostas modais em cada uma das perguntas. Indica-se também a respectiva média e desvio-padrão. Os sentimentos mais vivenciados pelas visitas no primeiro encontro com o ambiente cuidados intensivos foram o interesse (média=3,65), o nervosismo (média=3,37) e a perturbação (média=2,97).

3.1 – Medo

O medo é uma emoção comum a todos os seres vivos. Traduz-se pela inquietude que se sente com a ideia de um perigo real ou imaginário, significando ainda receio, terror, temor, apreensão e susto (Dicionário da Língua Portuguesa, 2001). Quando um familiar é confrontado com a notícia de que o seu ente querido irá ou está na UCI, este tem tendência a associar este internamento à morte e consequentemente tem medo. Sendo que esta ideia e este sentimento têm tendência a acentuar-se quando os familiares visitam o doente e se deparam com uma pessoa rodeada de equipamento técnico, envolta em cabos de monitores e outros dispositivos que a tornam irreconhecível.

Quadro 5.7
Estatísticas Descritivas da Escala PANAS

		nada/muito ligeiramente	um pouco	Moderadamente	bastante	Extremamente	Total	Média	Desvio Padrão
Interessado	Freq.	8	4	5	27	16	60	3,65	1,31
	%	13,3	6,7	8,3	45,0	26,7	100,0		
Perturbado	Freq.	12	11	11	19	7	60	2,97	1,34
	%	20,0	18,3	18,3	31,7	11,7	100,0		
Excitado	Freq.	34	8	10	7	1	60	1,88	1,17
	%	56,7	13,3	16,7	11,7	1,7	100,0		
Atormentado	Freq.	15	11	12	17	5	60	2,77	1,33
	%	25,0	18,3	20,0	28,3	8,3	100,0		
Agradavelmente Surpreendido	Freq.	18	10	12	16	4	60	2,63	1,34
	%	30,0	16,7	20,0	26,7	6,7	100,0		
Inspirado	Freq.	31	14	11	4		60	1,80	0,97
	%	51,7	23,3	18,3	6,7		100,0		
Nervoso	Freq.	7	10	11	18	14	60	3,37	1,33
	%	11,7	16,7	18,3	30,0	23,3	100,0		
Assustado	Freq.	18	8	10	16	8	60	2,80	1,46
	%	30,0	13,3	16,7	26,7	13,3	100,0		
Caloroso	Freq.	17	12	15	12	4	60	2,57	1,28
	%	28,3	20,0	25,0	20,0	6,7	100,0		
Trémulo	Freq.	20	20	3	11	6	60	2,38	1,38
	%	33,3	33,3	5,0	18,3	10,0	100,0		
Repulsa	Freq.	51	2	5	2		60	1,30	0,77
	%	85,0	3,3	8,3	3,3		100,0		
Entusiasmado	Freq.	35	13	6	5	1	60	1,73	1,06
	%	58,3	21,7	10,0	8,3	1,7	100,0		
Orgulhoso	Freq.	46	7	4	3		60	1,40	0,83
	%	76,7	11,7	6,7	5,0		100,0		
Irritado	Freq.	42	9	4	4	1	60	1,55	1,00
	%	70,0	15,0	6,7	6,7	1,7	100,0		
Encantado	Freq.	46	7	6	1		60	1,37	0,74
	%	76,7	11,7	10,0	1,7		100,0		
Remorsos	Freq.	51	6	2	1		60	1,22	0,58
	%	85,0	10,0	3,3	1,7		100,0		
Culpado	Freq.	52	6	1	1		60	1,18	0,54
	%	86,7	10,0	1,7	1,7		100,0		
Determinado	Freq.	13	13	14	15	5	60	2,77	1,28
	%	21,7	21,7	23,3	25,0	8,3	100,0		
Activo	Freq.	18	13	15	8	6	60	2,52	1,32
	%	30,0	21,7	25,0	13,3	10,0	100,0		
Amedrontado	Freq.	22	11	10	13	4	60	2,43	1,36
	%	36,7	18,3	16,7	21,7	6,7	100,0		

As seguintes unidades de registo, elucidam-nos:

“Pensei que realmente a coisa estava preta! Como se costuma dizer. Quando realmente os médicos...os médicos não... quando me telefonaram para casa a dizer que ele estava pior... que ele vinha para aqui, eu pensei sempre se confirma aquilo que eu tinha em mente.” (E1)

“Sente-se assim um arrepio, não é? Por ver estas máquinas e as pessoas todas entubadas...” (E2)

“Senti que o pior estava para acontecer... e depois quando cá vim e a vi... este pensamento ainda se tornou mais forte.” (E7)

Atribuímos a esta sub-categoria a denominação medo, pois esta é a emoção básica por nós explorada na fase conceptual, mas analisando os dados quantitativos podemos verificar que a nomenclatura mais correcta seria nervosismo, um estado emocional que pertence à emoção básica medo, de acordo com Goleman (1995). Salientamos esta ideia, porque, como podemos observar, nenhum dos entrevistados nos refere directamente que sente medo, mas transmitem-nos através das frases transcritas nervosismo, preocupação e receio, perante o internamento na unidade de cuidados intensivos. Os dados quantitativos revelam-nos exactamente isto, porque da lista de emoções oferecidas, muitos dos familiares indicam-nos que se sentem nervosos (53,3%) no primeiro encontro com o ambiente cuidados intensivos, mas também nos informam que não se sentem assustados (43,3%), nem experimentam a sensação de medo (55%), como podemos visualizar no Quadro 5.7.

Estes dados são ainda confirmados com o facto dos familiares nos responderem que não sentem medo de entrar na UCI (66,7%), mas que quando entram sentem medo (44,1%), ou seja, podemos depreender que o sentimento subjacente não é de todo o medo, mas um estado mais leve desta emoção – o nervosismo (Quadro 5.8). De acordo com a teoria apresentada, a experiência de medo leva o indivíduo a fugir da situação que considera ameaçadora, e isto não se verifica.

Quadro 5.8
Estatísticas Descritivas Relativas ao Medo

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
4 - Entrei na sala de cuidados intensivos e fiquei com medo	Freq.	13	13	7	19	7	59
	%	22,0	22,0	11,9	32,2	11,9	100,0
20 - Tenho medo de entrar na sala de cuidados intensivos	Freq.	24	16	7	13		60
	%	40,0	26,7	11,7	21,7		100,0

A UCI é um local assustador para muitos familiares de doentes aqui internados porque é um espaço bastante mistificado pela maioria das pessoas que não trabalham

em ambiente hospitalar, e a falta de informação e acompanhamento durante a visita à unidade pode ser um factor gerador destes sentimentos. A expressão de sentimentos pessoais é algo muito complicado, e se o indivíduo se encontra numa situação de crise, mais dificuldade tem em expressar os seus sentimentos. Assim, é imprescindível o estabelecer de uma relação de empatia e de confiança por parte dos profissionais de saúde com estas pessoas. O processo de desabafo dos sentimentos será facilitado e consequentemente os profissionais poderão mais facilmente ajudar o familiar a ultrapassar estas emoções negativas.

3.2 – Ansiedade

A ansiedade é a emoção mais ligada ao processo de doença. Um dos aspectos que caracteriza esta emoção é a incerteza, tornando-a numa emoção negativa que pode ser bastante perturbadora. Como podemos ver nas seguintes unidades de registo, o que parece gerar esta emoção nos familiares dos doentes internados na UCI é a incerteza e preocupação quanto à situação clínica do seu ente querido.

“Eu enquanto estive à espera... e enquanto ia a entrar, eu não sabia de coisa nenhuma... eu ia ansiosa para o ver... mais nada... ia ansiosa para o ver, para ver qual era o estado dele.” (E1)

“A minha cabeça anda aérea ... ai não tenho cabeça para nada! Para nada!” (E1)

“E... quando acordo penso no assunto e ... o dia a dia pois é a mesma coisa.” (E1)

“Aquilo que ali está não sai nem um momento da minha ideia.” (E1)

“Com a ânsia de ver a pessoa... como é que se encontra, como não se encontra!” (E1)

“(...) eu, sempre que o meu telefone toca fico ansiosa, porque penso sempre que pode ser do hospital... e a pessoa fica na expectativa.” (E2)

“(...) e sempre com ansiedade...” (E2)

“Ele estava nas urgências e depois teve que vir para aqui, eu senti muita ansiedade e muita tristeza.” (E4)

“Eu enquanto estive à espera e quando ia no corredor ia ansiosa, não sabia como o ia encontrar. Queria vê-lo!” (E4)

“É claro que sinto uma grande tristeza e ansiedade em relação a esta situação...” (E7)

“Vinha muito ansioso para a ver, para saber o que se passava.” (E7)

Ou seja, o factor que parece ser desencadeante desta emoção e, consequentemente, perturbador, é a falta de informação sobre o estado clínico do doente nas horas que intervalam os tempos de visita, como podemos perceber nas frases transcritas. Compreendemos que ao procurar informações do doente, a família continua a manifestar a preocupação da possibilidade de morte iminente.

A ansiedade deve-se ainda à pressão sentida pelos familiares durante todo o tempo de internamento do seu ente querido que advém das alterações que se verificam na estrutura e funções da família, que só por si são perturbadoras (Velez, 2002).

Estes dados coincidem com os dados quantitativos, uma vez que um dos estados emocionais mais vivenciados pelos familiares foi a perturbação (média=2,97) (Quadro 5.7).

Na escala ESEFACI-49 podemos confirmar o quão ansiosos os familiares se sentem face a este internamento (Quadro 5.9).

Quadro 5.9
Estatísticas Descritivas Relativas à Ansiedade

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
3 - Enquanto aguardava, sentado no local de espera, para entrar nos cuidados intensivos senti-me ansioso/a	Freq.	1	4	6	29	19	59
	%	1,7	6,8	10,2	49,2	32,2	100,0
24 - Sinto-me muito ansioso/a em relação ao internamento do meu familiar	Freq.	6	6	5	32	11	60
	%	10,0	10,0	8,3	53,3	18,3	100,0

3.3 – Tristeza

A tristeza tende a estar associada a uma inibição e um enfraquecimento da actividade cognitiva, podendo reflectir-se em distanciamento ou inércia. Ou seja, os familiares sentem-se tristes e impotentes quando tomam consciência que na situação de doença em cuidados intensivos não têm como ajudar ou colaborar na mais pequena actividade.

“Eu tive que ter forças... tive que ter forças para entrar... aaa... pois, eu tive que arranjar forças...” (E1)

“E então eu disse assim... pobrezinho! Pobrezinho do meu marido... nunca pensei que chegasse a esta situação...” (E1)

“... tristeza.” (E2)

“tristeza e de impotência, de não poder ajudar... de não poder fazer nada...” (E2)

“(...) é claro fiquei triste quando tomei conhecimento de que isto estava a acontecer...” (E3)

“Muita tristeza.” (E4)

“Senti muita tristeza por todos quantos ali estavam deitados, muita, muita tristeza!” (E4)

“Uma tristeza muito grande, ela tem tido tanta coisa! E ela veio para aqui de urgência, eu senti logo que as coisas não estavam bem! E para ela estar aqui tanto tempo é porque não está mesmo nada bem!” (E5)

“É claro que sinto uma grande tristeza e ansiedade em relação a esta situação...” (E7)

Observando o estado emocional tormento ou dor - que pertence ao estado da emoção básica tristeza (Goleman, 1995) - podemos confirmar que, face aos cuidados intensivos, 36,6% dos familiares refere exprimentar de forma intensa esta emoção (Quadro 5.7). 46 dos inquiridos referem também que se sentem tristes perante a informação de que o seu ente querido se encontra internado em cuidados intensivos (Quadro 5.10).

Quadro 5.10

Estatísticas Descritivas Relativas à Tristeza

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
33 - Quando tive conhecimento que o meu familiar estava nos cuidados intensivos senti-me muito triste	Freq.	5	5	4	25	21	60
	%	8,3	8,3	6,7	41,7	35,0	100,0

A pessoa internada faz parte do sistema familiar e o internamento na UCI é um evento de crise tanto para o doente como para a família. Os profissionais de saúde devem, por isso, avaliar as necessidades físicas e psicológicas de ambas e incorporá-las

nas necessidades levantadas. A informação fornecida ao familiar é muito importante, principalmente para que este conheça o espaço UCI, os procedimentos com os doentes e o trabalho dos profissionais de saúde na unidade. O familiar precisa de estar seguro de que o doente receberá toda a assistência de que necessita e de que neste espaço as rotinas, as regras, as restrições e os horários de visita fazem sentido.

3.3 – Raiva

A raiva é também considerada uma emoção negativa mas com esta há uma tendência para a acção, um movimento impulsionador no sentido de se conquistar o desejado. Apenas um entrevistado expressou esta emoção e consegue-se depreender não só através desta unidade de registo mas em todo o seu discurso que este familiar vê o internamento na UCI como o estar num espaço onde o sofrimento e a possibilidade de morte é grande.

“e ao mesmo tempo senti uma revolta, uma raiva... ela não merecia isto... ela é uma pessoa tão boa...” (E7)

Mas o familiar em questão, ao verbalizar esta emoção (que normalmente vem acompanhada de uma força e energia de acção), apesar de referir ser sua vontade ajudar a fazer qualquer coisa em prol do seu ente querido, ele sente-se impotente perante o espaço UCI e todas as rotinas e regras inerentes, transportando a responsabilidade para Deus e para os profissionais de saúde que ali trabalham.

“Senti que agora eu não a podia ajudar em nada, como tantas as vezes o fiz... agora ela estava entregue a Deus e aos enfermeiros e médicos que aqui trabalham...” (E7)

Ao deparar-se com aquele ambiente estranho e com o aparato tecnológico, a família sente-se impotente e reconhece que não tem forma de ajudar o seu doente a recuperar. Vai então em busca e deposita toda a responsabilidade naqueles que podem, de certo modo, manipular a vida do seu ente querido para o salvar.

Através dos dados quantitativos podemos afirmar que a raiva e outros estados desta emoção básica - a irritação, por exemplo - não são experienciados pela maioria dos visitantes da UCI do CHBA, como se pode observar nos Quadros 5.7 e 5.11.

Quadro 5.11
Estatísticas Descritivas Relativas à Raiva

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
1 - Quando fui informado que o meu familiar estava nos cuidados intensivos fiquei enraivecido/a	Freq.	32	8	8	9	3	60
	%	53,3	13,3	13,3	15,0	5,0	100,0
5 - Vi o meu familiar deitado na cama de cuidados intensivos e fiquei com raiva	Freq.	37	14	5	3	1	60
	%	61,7	23,3	8,3	5,0	1,7	100,0

3.5 – Aversão

É preciso coragem para entrar numa UCI. Alguns familiares, ao entrarem pela primeira vez em contacto com este ambiente, sentem-se incomodados com toda a informação que têm de reter. Alguns sentem-se mal fisiologicamente e saem imediatamente; outros sentem-se mal psicologicamente e não retêm a informação verbal que lhes está a ser fornecida; há aqueles que desviam o olhar dos seus entes queridos transfigurados pelos tubos e catéteres e se concentram nas folhas de registo de enfermagem que se encontram aos pés da cama do doente; há ainda quem solicite de imediato a presença de um enfermeiro perto de si. Ou seja, é um ambiente que choca bastante os que cá entram, quer seja pela carga negativa que a própria situação de visita encerra, quer seja pela quantidade de estímulos ambientais novos a que estão sujeitos. As seguintes unidades de registo tentam transparecer a emoção aversão sentida por alguns visitantes:

“Chocou-me bastante vê-lo ligado às máquinas naquele estado. Chocou-me bastante!” (E1)

“Fez-me muita impressão...” (E3)

A UCI é uma unidade fechada, isto é, uma unidade que facilita a coordenação das actividades dos profissionais que ali trabalham e que restringe o acesso a outras pessoas. A planta física e os equipamentos característicos despertam curiosidade a todos que entram neste território. A estrutura física da UCI, associada às condições dos doentes (normalmente críticas), à intensa actividade da equipa de saúde, faz com que algumas pessoas considerem que estas unidades têm um ambiente hostil.

Contudo, no trabalho quantitativo, a repulsa - estado emocional que pertence à emoção aversão - foi uma das emoções menos experienciadas pelos inquiridos (Quadro 5.7). Este valor está de acordo com o que se obteve na pergunta “sinto aversão ao ambiente dos cuidados intensivos”: 78,3% dos familiares não experencia esta emoção perante o ambiente dos cuidados intensivos (Quadro 5.12).

Quadro 5.12
Estatísticas Descritivas Relativas à Aversão

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
27 - Sinto aversão ao ambiente dos cuidados intensivos	Freq.	33	14	6	4	3	60
	%	55,0	23,3	10,0	6,7	5,0	100,0

3.6 – Interesse

O interesse é uma emoção positiva que motiva a aprendizagem, o desenvolvimento de competências e o envolvimento do ser humano no ambiente. Como um dos entrevistados referiu que o ambiente dos cuidados intensivos lhe despertava curiosidade e interesse, decidimos criar esta sub-categoria à posteriori.

“tive muita curiosidade, porque eu gosto de perceber o que se passa.” (E3)

Parece-nos que, no contexto, esta emoção proporciona ao familiar sentimentos de segurança e conforto. Ao querer inteirar-se da situação do doente, quer com a informação que lhe é fornecida pelos profissionais, quer utilizando outras fontes de informação, este familiar fica consciente da situação clínica do seu ente.

Esta foi a emoção mais experienciada pela nossa amostra quantitativa, já que 71,7% dos sujeitos refere ficar interessado aquando do primeiro impacto com os cuidados intensivos (Quadro 5.7).

3.7 – Indiferença

Indiferença é uma experiência emocional negativa que não foi contemplada na fase conceptual, uma vez que a maior parte dos autores que se dedica ao estudo das

emoções não lhe atribui grande relevo. No entanto decidimos criar esta sub-categoria porque dois dos entrevistados experimentam esta emoção perante o ambiente dos cuidados intensivos, como se pode verificar nas transcrições que se seguem:

“Não senti nada de especial. Para mim, este é outro local do hospital, é mais um!”(E5)

“Nada.” (E6)

“A mim os cuidados intensivos não me chocam nada. É um sitio que infelizmente tenho frequentado bastante, o meu marido teve cá duas vezes. Acho que é como qualquer outro sitio do hospital.” (E6)

Indiferença é uma palavra que deriva da palavra latina *indifferentia* e que, de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (2001), se refere a despreendimento, frieza, insensibilidade ou apatia. No nosso entender, esta emoção advém do facto de os familiares se encontrarem familiarizados com o ambiente UCI, uma vez que o E5 tem tido um contacto diário com este ambiente desde há 30 dias. Assim como o E6, cujo ente querido se encontrava internado nesta UCI há sete dias apenas, mas fora transferido da UCI do Hospital Distrital de Faro, onde se encontrava há já 20 dias. Para além disso, o familiar já tinha estado em contacto com este ambiente no internamento de um outro familiar directo. Ou seja, podemos afirmar, com base em Corraliza (2002), que o impacto afectivo de um dado ambiente é gradualmente “apagado” pela familiaridade que se tem com o mesmo, ou seja, a valorização emocional de um dado aspecto físico varia em função do envolvimento do indivíduo com esse ambiente.

A seguinte unidade de registo, apesar de não nos denunciar o sentimento de indiferença, confirma a ideia de Corraliza:

“Pela primeira vez, talvez tenha ficado mais, agora como já conhecia...” (E2)

Em termos quantitativos, não podemos avaliar este estado emocional, uma vez que as escalas utilizadas não contemplam nenhum item que o permita fazer.

4 – Opinião do familiar acerca do ambiente da UCI do CHBA

O cuidar em enfermagem deve extrapolar a técnica. Mas quando o cuidado se dá num ambiente que exige alta tecnicidade, como acontece numa UCI, o cuidar pode tornar-se mecânico. A alta complexidade de equipamentos e tecnologia favorece um comportamento pouco comprometido com os sentimentos dos doentes e respectivos familiares por parte da equipa, resultando na desvalorização dos sentimentos e emoções perante a situação de crise. Assim, torna-se evidente a importância desta categoria para que saibamos a opinião daqueles que diariamente visitam o ambiente UCI acerca do ambiente físico envolvente e do ambiente relacional.

A escala ESEFACI-49 foi criada para percebermos as emoções sentidas pelos familiares que visitam a UCI e para sabermos qual a sua opinião acerca deste ambiente. Assim, à semelhança da escala anterior, realçamos as respostas modais em cada uma das perguntas (Apêndice G). Em termos modais, as respostas mais valorizadas foram: *Os cuidados intensivos têm um ótimo aspecto, em termos de condições de higiene e instalações; Os enfermeiros apoiam muito os familiares, isso faz-me sentir bem; Sinto-me muito ansioso/a em relação ao internamento do meu familiar;* o que nos permite desde já perceber qual a opinião dos familiares face à UCI do CHBA.

Sendo que das 49 afirmações, as cinco com média mais elevada e as cinco com média mais baixa foram as que de seguida se listam (Quadro 5.13).

Quadro 5.13

Médias e Desvio-padrão da Escala ESEFACI

	Média	Desvio Padrão
29 - Os cuidados intensivos são um local onde se faz tudo por tudo pelos doentes	4,57	0,89
49 - Os cuidados intensivos têm um ótimo aspecto, em termos de condições de higiene e instalações	4,57	0,53
32 - Falei com os enfermeiros tranquilamente	4,15	0,86
3 - Enquanto aguardava sentado no local de espera para entrar nos cuidados intensivos senti-me ansioso/a	4,03	0,93
37 - Os enfermeiros apoiam muito os familiares, isso faz-me sentir bem	4,00	0,94

(continua)

(v.g. Quadro 5.13) (continuação)

	Média	Desvio Padrão
21 - Tenho medo de tocar no meu familiar	1,48	0,77
9 - Tenho vergonha de conversar com o meu familiar	1,42	0,85
15 - A unidade de cuidados intensivos é um serviço muito barulhento	1,40	0,62
41 - Considero que os cuidados intensivos têm um ambiente caótico	1,40	0,74
17 - Fiquei triste com a prestação dos enfermeiros	1,30	0,70

4.1 – Prestação dos Enfermeiros

A assistência de enfermagem deve atender às necessidades dos doentes e também às carências dos familiares, ajudando-os a compreender, a aceitar e a enfrentar a doença, o tratamento e as consequências que esta nova situação impõe à vida familiar. Nas seguintes unidades de registo podemos observar a opinião que os inquiridos têm acerca do apoio prestado pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde da UCI do CHBA:

“Pois eu não sei... Não tenho nada a reclamar... têm-me tratado impecavelmente, e acho que têm feito tudo o que está ao vosso alcance!” (E1)

“Eu acho que a equipa desta unidade é extremamente atenciosa, desde auxiliares, enfermeiros e médicos, todos são extremamente atenciosos (...)” (E2)

“Eu só tenho bem, bem, bem a dizer dos cuidados intensivos!” (E4)

“... acho que melhor que o que está é difícil fazer!” (E4)

“Não tenho mesmo nada a apontar, mesmo do hospital de Portimão, eu não tenho nada, nada a apontar!” (E6)

Das transcrições podemos retirar que os entrevistados sentem-se bem com o apoio prestado pela equipa de saúde. Contudo, sobressai uma crítica negativa quanto ao apoio prestado via telefone, uma vez que é regra desta UCI não facultar informações telefónicas, à excepção de casos em que o doente não tem familiares próximos que se desloquem à UCI para o visitar, inteirar-se da sua situação clínica e transmitir à restante família.

Os dados tratados estatisticamente confirmam os dados qualitativos, como se pode observar no Quadro 5.14, os familiares referem sentirem-se bem face ao apoio prestado pela equipa de enfermagem (81,6%). É uma das afirmações com média mais elevada (Quadro 5.13, item 37).

Quadro 5.14

Estatísticas Descritivas Relativas à Prestação dos Enfermeiros

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
37 - Os enfermeiros apoiam muito os familiares, isso faz-me sentir bem	Freq.	3		8	32	17	60
	%	5,0		13,3	53,3	28,3	100,0

4.2 - Ambiente Físico

Tanto a exposição ao ruído, como a iluminação da sala ou o simples acto de olhar em volta e observar toda aquela maquinaria são hoje factores stressantes para internados e visitantes devido ao aumento gradual do número de aparelhos numa UCI. Há uma sobrecarga de estímulos visuais e auditivos que impedem uma integração razoável e um entendimento coerente de todo o processo. As seguintes unidades de registo denunciam isso:

“O aparato, as máquinas têm que existir! Pois senão não se consegue fazer serviço.”(E1)

“... mas a higiene daqui... eu dizia sempre lá às enfermeiras “não se compara nada com Portimão! Em Portimão a gente entra na porta e já é um cheirinho a limpeza!”. E a organização, isto aqui é muito organizado!” (E6)

“Vê-la em coma, com todos aqueles tubos e máquinas... as máquinas a alarmar... que aflição... que sofrimento!” (E7)

“... a imagem da minha mulher naquele estado não me sai da cabeça... o som das máquinas... tudo é motivo para eu chorar...” (E7)

No entanto podemos salientar que os entrevistados, apesar de perturbados com todos os estímulos ambientais a que estão sujeitos dentro de uma sala de cuidados intensivos, compreendem que são necessários para o controlo da doença dos entes queridos. É também salientado por um entrevistado as condições de higiene e limpeza que caracterizam a unidade, tornando o ambiente um pouco mais agradável e acolhedor. É uma das afirmações mais valorizadas pela nossa amostra quantitativa (média=4, 57), como se pode observar no Quadro 5.13 (item 49) e Quadro 5.15.

Em relação ao local de espera para entrar nos cuidados intensivos, iluminação, ruído, estrutura física (sala aberta), temperatura e cor da UCI do CHBA, os familiares

inquiridos parecem sentirem-se confortáveis, como se pode observar no Apêndice G (nos itens 2; 15; 16, 18, 43, 44; 31; 11, 34; respectivamente).

Quadro 5.15

Estatísticas Descritivas Relativas ao Ambiente Físico

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
49 - Os cuidados intensivos têm um óptimo aspecto em termos de condições de higiene e instalações	Freq.			1	24	35	60
	%			1,7	40,0	58,3	100,0

4.3 - Preparação para Entrar na Sala de Cuidados Intensivos

Para introduzir o leitor nesta sub-categoria, nada melhor que um excerto da Enfermeira Mestre Isabel Côrte-Real (2007:115, 116):

Em algumas UCI o responsável por acompanhar o familiar no horário da visita limita-se a chamá-lo na hora da entrada. Quantas vezes percebemos que o familiar está perdido, procurando de cama em cama o seu doente, tendo muitas vezes dúvidas se está a localizar a pessoa certa. Vai encontrá-la rodeada de equipamento técnico, envolta em cabos de monitores e outros equipamentos que a tornam irreconhecível. Esta situação para quem não recebe a menor preparação, é muito difícil. A maioria dos familiares sem orientação tem dificuldade em se aproximar do seu doente, não sabe se pode ou não tocar-lhe, se pode ou não falar com ele.

As seguintes frases transcritas revelam-nos o que os entrevistados pensam acerca da preparação efectuada antes de entrarem na sala de cuidados intensivos da UCI do CHBA:

“... chocou-me bastante... bastante! Chocou-me bastante ... quando abalei daqui no sábado à tarde... eu larguei-me num pranto (chora)... e disse deixem-me chorar que eu não me aguento...” (E1)

“Chocou-me imenso... em especial a situação dele.” (E1)

“Aí... fiquei muito chocada... fiquei muito chocada...” (E1)

“Não, não! Porque é assim, a gente quando não está ao corrente de coisa nenhuma vai!(...) Por exemplo, ali fora está um senhor... que quando a mulher entrou esta manhã explicou-lhe o caso, e ele disse: “Eu não vou!” Por isso é assim, a gente a ver com os nossos olhos é sempre melhor! Quanto a mim é!” (E1)

“(...) para quem não está muito habituado sente-se assim... é um bocado chocante.” (E2)

“Eu penso que uma pessoa quando entra nas urgências ou nos cuidados intensivos já sabe que a situação não é boa, portanto acho que já está minimamente preparada. Mas, se calhar outras pessoas não estão preparadas para entrar e necessitam de uma conversa que as prepare para o impacto, depende também da capacidade de cada um em gerir as emoções.” (E2)

“Eu acho que para pessoas que nunca passaram por este tipo de situações ou pessoas com mais idade, pessoas mais susceptíveis deveriam ponderar e ter uma conversa com elas antes de entrarem de modo a prepará-las e elas poderem decidir se estão preparadas para entrar ou não.” (E3)

“A mim não me explicaram inicialmente como o meu marido estava, mas à minha filha explicaram tudo, que provavelmente ele ia ter que ser ligado ao ventilador, porque ele no primeiro dia não teve, e a minha filha disse-me tudo! Eu quando entrei não sabia o que ia ver, quando me aproximei e vi, senti uma grande tristeza de ver o meu marido numa situação destas!” (E4)

“Mas a pessoa que acompanha a gente, até lá dentro, ajuda-nos muito...” (E4)

“Eu acho que uma pessoa quando vai ao S.O., ou aos cuidados intensivos já imagina que as coisas não estão propriamente bem, e que o aparato é outro!” (E5)

“Eu entrei acompanhado por uma Sr^a Auxiliar... vim sem saber nada, como estava ou não estava.” (E7)

“Eu acho que uma pessoa nunca se sente preparada para entrar num sítio destes... isto é um sítio que ninguém imagina como é na realidade... só os que cá vêm diariamente sabem o que isto é! Infelizmente.” (E7)

Podemos afirmar que as opiniões se dividem. Se uns acham que é importante efectuar uma preparação prévia antes da entrada no ambiente cuidados intensivos, outros pensam que essa conversa de preparação só iria aumentar a ansiedade e o medo em entrar. De acordo com a autora referida, não é suficiente permitir a entrada do familiar na unidade, deve-se prepará-lo e acompanhá-lo durante toda a visita de modo a identificar e esclarecer as dúvidas, como também é importante observar as reacções e comportamentos com o intuito de compreender os seus sentimentos.

Através do tratamento estatístico dos dados, não conseguimos concluir se os familiares que visitaram a UCI se sentiam ou não preparados para entrar neste ambiente. Visualizando o Quadro 5.16, verificamos que 50% refere concordar com a afirmação *antes de entrar nos cuidados intensivos conversaram comigo e explicaram-me tudo*, contra 31,7% que não concorda. Mas com a afirmação *antes de entrar nos cuidados intensivos conversaram comigo e prepararam-me para o que ia ver*, a maioria não

concorda (41,6%), contra 38,3 % que concorda. Perante a frase *deveriam ter-me explicado o que eu ia ver, como era a sala de cuidados intensivos, para eu ir preparado*, 50,9% dos inquiridos concorda. Ou seja, podemos depreender que também nesta amostra as opiniões se dividem, mas constata-se que cerca de metade dos sujeitos sente que não entrou preparada para o que ia ver.

Quadro 5.16

Estatísticas Descritivas Relativas à Preparação para Entrar na Sala de Cuidados Intensivos

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
38 - Antes de entrar nos cuidados intensivos conversaram comigo e explicaram-me tudo	Freq.	6	13	11	22	8	60
	%	10,0	21,7	18,3	36,7	13,3	100,0
39 - Antes de entrar nos cuidados intensivos conversaram comigo e prepararam-me para o que ia ver	Freq.	8	17	12	15	8	60
	%	13,3	28,3	20,0	25,0	13,3	100,0
40 - Deveriam ter-me explicado o que eu ia ver, como era a sala de cuidados intensivos, para eu ir preparado/a	Freq.	12	5	12	22	8	59
	%	20,3	8,5	20,3	37,3	13,6	100,0

4.4 – Horário da Visita e Informação

Esta é uma sub-categoria que não tínhamos definido à priori, mas decidimos criá-la após a análise de conteúdo das entrevistas realizadas porque vários familiares referiram estes temas, salientando a falta de informação clínica fornecida via telefone. Contudo, há um familiar que faz referência ao tema dos horários da visita e decidimos incluí-lo nesta categoria.

Sem cadeiras próprias para os familiares, logo sem um convite para uma visita prolongada, a entrada dos familiares é permitida durante um curto período de tempo e em horários pré-estabelecidos. O mesmo acontece com a informação clínica, cujo fornecimento está sujeito a normas e a regras. Neste âmbito, os entrevistados esboçam as seguintes opiniões:

“poderíamos ter, por exemplo, um gabinete de apoio neste tempo, por exemplo agora vou para casa e só venho amanhã às 13h30m, até essa hora vou ficar extremamente ansiosa, será que acordou, não acordou? Piorou, não piorou? A pessoa fica... impotente sem fazer nada, e sem saber, portanto... penso que se a pessoa pudesse telefonar para cá às 8h, 9h da manhã a perguntar se acordou e como é que está?

Acho que devia haver uma pessoa para fazer isto, são muitas horas que a pessoa está sem notícias.” (E2)

“(…) mas acho que devia haver este elo de ligação neste espaço de tempo que nós estamos ausentes.” (E2)

“(…) É isso, eu se pudesse alterar alguma coisa, alterava na parte da informação.” (E3)

“... eu até não tenho razão de queixa, mas por exemplo no caso da minha amiga a dificuldade que ela tem sentido em comunicar com as pessoas estando à distância, por exemplo ela falar com um médico pelo telefone... não é, pois ela não tem mesmo como estar cá, devido à distância, há um problema geográfico (...)” (E3)

“Talvez alterasse o método das visitas, embora eu compreenda que o objectivo é uma dedicação total aos doentes que precisam...” (E7)

Através dos dados quantitativos podemos depreender que os familiares concordam com os horários estabelecidos para as visitas, pois 63,4% refere compreender esta norma (Quadro 5.17). Quanto à informação clínica, podemos concluir que os familiares necessitam de ser informados, já que a emoção mais experienciada foi exactamente o interesse pelo ambiente que envolve o familiar e de que forma é que ele está a reagir a tal envolvimento.

Quadro 5.17

Estatísticas Descritivas Relativas ao Horário das Visitas

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
42 - Sinto-me bem com o horário das visitas e compreendo	Freq.	7	3	12	28	10	60
	%	11,7	5,0	20,0	46,7	16,7	100,0

Por regra, nesta unidade a informação clínica não se faculta via telefone porque um doente em cuidados intensivos é um doente altamente instável, cujas condições clínicas variam de minuto para minuto. O que agora é uma informação verdadeira, num curto espaço de tempo pode ser uma informação falsa. Por isso considera-se que este não é um assunto para explicar via telefone. Para além disso, os profissionais de saúde não sabem quem realmente se encontra do outro lado da linha.

Alguns estudos efectuados internacionalmente acerca do cuidado humanizado em UCI referem que há que alterar os horários de visita de forma a serem mais flexíveis (Maruiti e Galdeano, 2006). Há que repensar as dimensões organizacionais, políticas e

sociais em relação à família com intuito de qualificar a prática em cuidados intensivos, sem utopias deslocadas do contexto de trabalho, mas evitando negar as necessidades que envolvem o doente/família (Corrêa *et al.*, 2002).

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A definição de Ecologia sugerida por W. P. Taylor no livro *What is Ecology and What Good is it* (1936) citado por Cortés (2002) é “o estudo de todas as relações de todos os organismos com todos os seus meios. Obrigando-nos por isso a posicionarmos numa perspectiva holística e considerar o ambiente como a totalidade dos diferentes meios específicos que rodeiam os seres”.

Por sua vez, citado por Roca Alfonso (1992), Lemaire define ambiente como o conjunto de factores físicos, químicos, biológicos e sociais capazes de exercer um efeito directo ou indirecto, imediato ou a longo prazo sobre os organismos vivos e as actividades humanas, num dado momento. Ou seja, o autor define o ambiente como um conjunto de circunstâncias e componentes externos da mais complexa natureza, que de maneira isolada ou interconectados, exercem algum tipo de influência, positiva ou negativa, sobre os organismos vivos e sobre as suas actividades. Mas, se considerarmos um ser ou outro, nem todos esses factores (componentes e circunstâncias) irão ter a mesma importância. A sua relevância será determinada pelo grau de necessidade que o organismo tenha dele ou a implicação do ser vivo com esse factor. Isto é, cada espécie e cada tipo de vida vai responder de maneira diferente aos diversos factores ambientais, assim como aos factores ecológicos do meio onde se encontra inserido.

Neste estudo, o que procuramos saber é o que os seres humanos, no papel de familiares, sentem face à diversidade de circunstâncias e estímulos externos a que estão sujeitos no envolvimento com o ambiente cuidados intensivos. Claro que as respostas encontradas, à semelhança do que afirmou Lemaire, dependem de familiar para familiar, dependem do grau de parentesco que esse familiar tem com o doente internado e dependem também do significado que este ambiente tem para os familiares. Ou seja, o grau de implicação e envolvimento que o familiar tem com o ambiente cuidados intensivos é decisivo.

Nos últimos tempos, os avanços tecnológicos permitiram um desenvolvimento das UCI e um conseqüente aumento do número de equipamentos disponíveis nestas salas. A tal ponto que hoje é possível prolongar e salvar vidas em circunstâncias extremamente complexas. Contudo, este ambiente de alta tecnologia pode levar a uma mecanização do cuidar por parte dos profissionais de saúde, dando privilégio às técnicas e equipamentos e relegando para segundo plano, de forma inconsciente, a humanização dos cuidados, nomeadamente no que diz respeito ao relacionamento com o doente e família. No entanto, a população que interage com este ambiente – UCI do CHBA – intimida-se perante os equipamentos, tubos e dispositivos que envolvem o seu familiar mas reconhecem a sua necessidade no objectivo a que se propõem estes espaços - salvar

os doentes em risco de vida - e consideram, por isso, este um local seguro, onde se faz tudo pela vida dos doentes alvo destes cuidados. Contrariamente, Albístur *et al.* (2000) no seu estudo acerca das opiniões, expectativas e sentimentos dos familiares que visitam a UCI, conclui que 77% considera que “é o lugar onde se internam os pacientes em risco de vida” e apenas 3% o considera “o lugar onde se faz tudo por tudo pelos doentes”.

Uma situação de doença só por si é destabilizadora do sistema família, uma vez que há um sub-sistema que deixa de exercer o seu papel e sai do seu nicho ecológico natural. E porque a família é o habitat ecológico espiritual para a vida humana, aqui as pessoas valem desnudadamente pelo que são e são valorizadas incondicionalmente. No hospital, este membro da família está entregue aos que lá trabalham, às normas e rotinas da instituição. Todos os sentimentos negativos que nascem duma situação de doença com internamento hospitalar são agravados e intensificados quando se trata de um internamento em cuidados intensivos, seja porque este internamento é indicativo de que a situação do doente é grave, seja devido às barreiras físicas que são criadas pelos horários e tempos de visita.

As famílias compreendem os horários e tempos de visita porque percebem que só assim é possível o debruçar permanente e contínuo para com aqueles que amam. Por outro lado, apesar de se sentirem bastante apoiados pelos enfermeiros, dizem sentir falta de informação, essencialmente nas horas que medeiam os tempos de visita, sugerindo a existência de um gabinete de apoio à família que pudesse facultar informação 24 horas por dia. Referem que esta falta de informação é geradora de uma grande ansiedade e perturbação.

A ansiedade foi uma das emoções mais sentidas pelos familiares que visitaram a UCI do CHBA, tais como o medo, o interesse e a tristeza. Estatisticamente, a emoção predominante foi a emoção positiva interesse, que vai de encontro à necessidade apontada pelos familiares - o interesse em informação clínica, o interesse em que se explique de forma perceptível o que realmente está acontecer com os doentes. Qualitativamente, depreendemos que as emoções que acompanham diariamente estes familiares são a ansiedade, que se manifesta sob a forma de perturbação, e a tristeza. Denota-se que o estado emocional perturbação advém também da insegurança que preenche estas famílias quando entram e quando saem da UCI. À entrada porque não sabem qual a informação e o estado clínico em que vão encontrar o seu familiar. À saída porque sabem que só no próximo dia voltarão a ter informação e contacto com o seu ente querido. A tristeza está mais relacionada com o sentimento de dor e impotência que

causa o internamento em cuidados intensivos, onde os familiares não colaboram na mais pequena actividade e não têm como ajudar a apaziguar o sofrimento em que vêem o seu ente querido. No entanto, quando confrontados com a possibilidade de participarem em determinados cuidados ao doente, a maioria refere não concordar. Refira-se que uma investigação levada a cabo por Maciel e Souza (2006) concluiu que 58,7% dos doentes internados numa UCI gostariam de ter um acompanhante que participasse em determinados cuidados.

Vários são os artigos que referem a importância de uma preparação prévia do indivíduo para entrar no ambiente cuidados intensivos (Côrte Real, 2002; Maruiti e Galdeano (2006), mas não se encontram estudos que provem que uma boa preparação para entrar na UCI tenha influência nas necessidades e sentimentos da família. As famílias que visitam a UCI do CHBA estão divididas no que respeita a esta problemática. Se uns até concordam que deve ser efectuada uma conversa prévia com a família de modo a prepará-la para o confronto com o ambiente altamente mecanizado onde se encontra o seu ente querido, outros pensam que este factor só irá aumentar o grau de ansiedade e medo que estes familiares experimentam. Quanto às estatísticas efectuadas neste âmbito, também são pouco reveladoras, uma vez que metade dos sujeitos afirma que antes de entrar tudo lhe foi explicado. No entanto, aproximadamente a mesma percentagem de indivíduos refere não ter sido preparado para o que encontrou na sala de cuidados intensivos. Ainda assim, pensamos que a preparação prévia da família – informações acerca da situação clínica do doente, explicações sobre os objectivos do ambiente UCI e sua constituição - permite-lhe uma maior capacidade para avaliar positivamente o ambiente e significado da UCI. Ou seja, com preparação prévia o familiar consegue desenvolver estratégias de defesa a determinados sentimentos como a ansiedade e o medo. Também Wallace-Barnhill (1989: 1417) afirma que:

... frequentemente podem ficar surpresos e chocados ao ver alguém que amam e que agora parece estar tão enfermo. Nesse momento, a equipa tem a oportunidade de oferecer, de forma peculiar, apoio à família e ao doente. Explicando e descrevendo o equipamento e o aspecto do doente à família, antes que esta chegue à beira do leito, a equipa pode prepará-la para essa experiência frequentemente difícil. Durante a explicação, a equipa pode usar o toque para desenvolver um sentimento de confiança e apoio com a família. À beira do leito, a equipa pode tocar o doente enquanto conversa com ele e com o membro da família, para demonstrar que o toque é seguro. Deve pegar na mão do membro da família e tocar no braço, na face, no ombro ou na mão do doente, a equipa pode ajudar a iniciar o comportamento de toque e a reduzir o medo. O processo de actuar como um modelo para a família é uma excelente forma de reduzir a ansiedade desta e a do doente e de ajudá-los a sentirem-se mais à vontade num ambiente estranho.

Podemos então afirmar que a resposta à nossa questão inicial - *Quais as emoções sentidas pela família do doente internado em cuidados intensivos, no encontro com este meio ambiente (Um caso particular da UCI do CHBA)?*- foi respondida, através da consecução dos objectivos traçados: identificar as emoções sentidas pela família do doente internado na UCI, face ao ambiente físico e à equipa multidisciplinar; analisar as emoções sentidas pela família do doente internado na UCI; descrever a relação da família do doente, com o ambiente UCI, à luz da concepção de sentimentos e emoções; e saber a opinião da família do doente internado na UCI acerca da preparação feita antes de entrar na unidade.

Através da triangulação dos dados recolhidos concluímos que os familiares que interagem com esta UCI ao serem informados que o seu ente querido se encontra internado neste local, vivenciam um sentimento de medo, mas quando interagem com este ambiente afloram e intensificam-se os sentimentos de interesse, medo, ansiedade e tristeza. Ficam tristes e nervosos quando sujeitos às circunstâncias e factores externos deste ambiente, ficam perturbados quando não têm notícias do que está a acontecer dentro da UCI. Daí o despertar do sentimento de interesse. Pensam ser este um local onde se internam os doentes em risco de vida e consideram-no seguro, pois permanece a ideia de que a tecnologia e os recursos humanos altamente qualificados que compõem o espaço permitem que se faça o possível e o que parece impossível aos seus doentes. Concordam com os horários e tempos de visita, mas sentem interesse, necessitam de informação, de explicações clínicas, sobre o espaço físico e também sob forma de preparação para entrar neste ambiente que lhes é estranho.

Os resultados obtidos não são passíveis de ser generalizados à população em causa e são apenas representativos da amostra utilizada. A técnica de amostragem que utilizámos foi a amostragem acidental e, por isso, nada nos garante que os indivíduos que interagiram com o ambiente cuidados intensivos durante o tempo em que decorreu o trabalho de campo sejam representativos da população alvo, assim como nada nos diz que os resultados seriam exactamente os mesmos se aplicássemos os mesmos instrumentos de colheita de dados à mesma amostra noutra ocasião. Podemos então afirmar que os resultados desta investigação não possuem validade interna ou externa.

Interessa citar outra limitação do estudo no que concerne ao tipo de amostragem utilizada: a amostragem acidental não probabilística pode ter introduzido um viés na selecção dos familiares. Os enfermeiros da unidade de cuidados intensivos, apesar de orientados no sentido de entregar questionários a todos os familiares que entrassem em contacto com este ambiente durante o período em que decorria o trabalho de campo,

fizeram abordagens diferentes. As razões que condicionaram a entrega do instrumento deveram-se principalmente à sobrecarga de trabalho ou quando o familiar passou despercebido, entre outras.

No que respeita à metodologia utilizada - quanti-qualitativa – concluímos ter sido uma boa opção. Contudo, a aplicação das metodologias deveria ter acontecido em momentos diferentes. Isto é, apercebemo-nos de que se à priori tivessem sido realizadas as entrevistas aos familiares e após a análise de conteúdo e de definidas e traçadas as categorias e sub-categorias se tivesse avançado com a construção do questionário, certamente que os resultados seriam mais consistentes. Contudo, estamos conscientes de que um dos objectivos da utilização desta metodologia era exactamente utilizar duas abordagens diferentes para obter uma resposta, e se estes fossem aplicados em momentos diferentes, provavelmente os resultados obtidos através de um instrumento iriam influenciar a construção do outro.

Considerámos ter desenvolvido um trabalho com interesse para todos os que se dedicam e estudam o ambiente da UCI. Através deste trabalho se depreende que o internamento numa UCI não despoleta apenas sentimentos negativos, como referem alguns autores (Velez, 2002; Albístur, 2000; Côte-Real, 2007). Obtivemos o interesse como a emoção (positiva) mais experienciada pelas famílias, em concordância com um estudo efectuado por Maruiti e Galdeano (2006) que determina que a necessidade do familiar em ter acesso ao doente está relacionada com a consequente obtenção de informação. E o facto dos familiares vivenciarem este sentimento é muito importante porque o interesse ajuda-os a integrarem-se e a envolverem-se com o ambiente estranho. Consideramos que os profissionais de saúde devem aproveitar este estado emocional vivenciado pelos familiares no início do internamento na UCI para assim integrarem o familiar no ambiente em questão. De acordo com Belk (2002) citado por Speller (2005), *“para estarmos ligados ao ambiente que nos circunda este tem de fazer parte de uma extensão do nosso self (...) a posse envolve a extensão do self somente quando a base da vinculação é emocional”*. Acrescenta ainda que são apenas as emoções positivas que permitem a inclusão do ambiente na identidade. Assim podemos assumir que os laços emocionais precedem a adaptação da identidade a um dado lugar.

Concluímos também que os sentimentos negativos vivenciados pelas famílias que frequentam este ambiente não advêm dos tempos de visita porque os familiares até compreendem a rigidez dos horários; não advêm só do ambiente físico - tecnologia, ruído, cor, temperatura, iluminação, sala de espera, etc. - porque os familiares compreendem a necessidade dos equipamentos; advêm sim da falta de informação. Os

sentimentos negativos podem ser amenizados através da prestação de informação acerca do estado clínico do doente e acerca de toda a envolvente física onde ele se encontra, por exemplo, através da elaboração de um novo guia de acolhimento à família, mais preocupado em explicitar elementos do ambiente físico envolvente do doente. É a criação de um gabinete de apoio a estas famílias, como existe noutros serviços do hospital, parece-nos também uma solução.

A maioria das investigações que se fazem em ambiente de UCI tentam determinar a satisfação dos familiares em relação à UCI. Cárdenas *et al* (2004), num estudo prospectivo que incluiu 55 doentes e decorreu durante um período de 4 meses, concluiu que a relação dos familiares com os cuidadores é positiva, mas os familiares consideram que deve ser melhorada a estrutura física e os horários das visitas. Um outro estudo efectuado nos EUA por Simon *et al* (2000) refere que 70% das UCI da cidade de Midwestern têm políticas institucionais restritivas quanto ao horário e tempo de visita. É neste âmbito que se realizam a maior parte dos estudos: satisfação dos familiares em relação à UCI, necessidades dos familiares em ambiente UCI e horários de visita das UCI. Foi também por este motivo que surgiu esta investigação, com o intuito de determinarmos não o grau de satisfação ou necessidades, mas sim as emoções face ao ambiente de cuidados intensivos. Ao determinarmos o impacto emocional que o ambiente UCI tem sobre os familiares, percebemos o significado que estes têm da UCI e, conseqüentemente, percebemos os comportamentos e envolvimento das famílias com este ambiente. Assim, perante as emoções identificadas com este estudo - interesse, medo, ansiedade e tristeza - afirmamos que os enfermeiros devem actuar no sentido de reforçar os mecanismos de defesa dos familiares, com o objectivo de fornecer apoio emocional e mobilizar os sentimentos positivos.

Além da própria dor física que leva o doente ao hospital e dos efeitos colaterais dos cuidados, a visita à instituição hospitalar provoca sentimentos negativos devido à estranheza que causa o ambiente hospitalar. Kaplan e Kaplan (1982) refere que estes sentimentos advêm essencialmente do facto dos ambientes hospitalares, de um modo geral, serem informacionalmente complexos e nada familiares.

Parece-nos bastante importante que na disciplina de enfermagem se valorize e investigue o Ambiente, uma vez que este é um conceito próprio da mesma, tal como a pessoa, a saúde e a prestação de cuidados, como refere Fawcet (1984) citado por Fortin (2003). Pensamos que não tem sido dada a importância devida a esta vertente da enfermagem, uma vez que a maioria das investigações efectuadas nesta disciplina foca outros aspectos, nomeadamente aqueles relativos aos prestadores de cuidados. Contudo,

julgamos que a preocupação com o ambiente hospitalar é indispensável para o conforto dos doentes e familiares, para a humanização e funcionalidade de todo o sistema hospital, pois promove a cura, o cuidar e a satisfação, não só nos que procuram cuidados, mas também nos que aqui trabalham.

APÊNDICES

Apêndice A

Planta da UCI do CHBA

Apêndice B

Guia de Acolhimento aos Familiares, da UCI do CHBA



A sua presença é fundamental.

**CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO
ALGARVIO**

**A SAÚDE É UM BEM A SER DEFENDIDO POR
TODOS.**

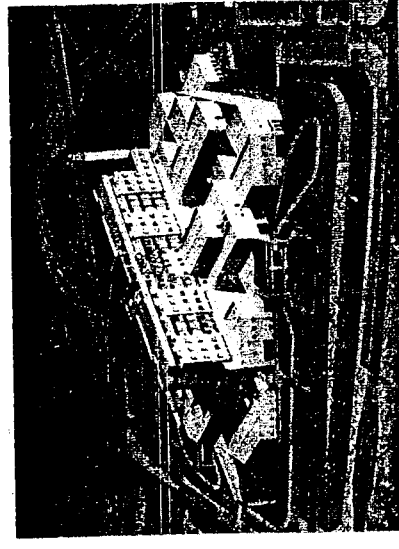
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Colabore connosco para a melhoria do estado
de saúde do seu familiar / amigo.

**UNIDADE
DE
CUIDADOS INTENSIVOS**

**SIGA AS ORIENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE.**

Ajudando-nos está a contribuir para um mais
rápido restabelecimento do utente internado
nesta Unidade.

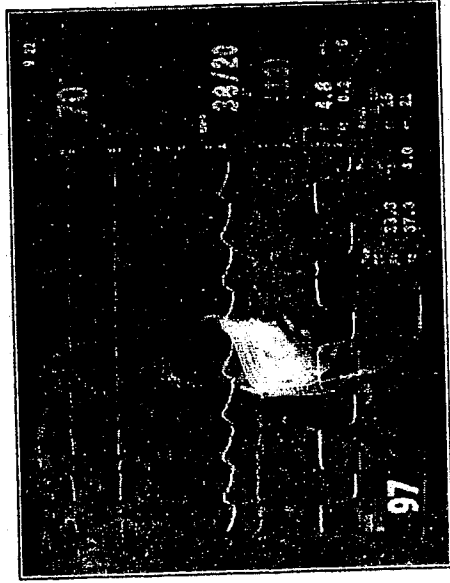


Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
Unidade de Cuidados Intensivos – **PISO 1**
Sítio do Poço Seco
8500 - 338 Portimão
☎ 282 450 300 Extensão 1362

CARO VISITANTE

➤ O estado de saúde do seu familiar/amigo, obriga à prestação de cuidados especializados e de uma vigilância constante, para além da utilização de equipamento específico.

➤ Quando o visitar, irá encontrar uma equipa de saúde que fará todo o possível por o ajudar, pelo que todos os pedidos que lhe fazemos, visam única e exclusivamente a preservação do bem-estar do seu familiar/amigo.



➤ No sentido de permitir um bom funcionamento da Unidade, existem um conjunto de normas/regras que terão de ser cumpridas e para as quais pedimos a sua melhor colaboração.

VISITAS

HORÁRIO

✦ Das 13.30 às 14.30 horas e das 18 às 20 horas.
(Dirija-se às Informações no Átrio Principal).

NÚMERO DE VISITANTES

✦ Só será permitida a entrada a dois visitantes por doente em cada período de visita.

DURAÇÃO DA VISITA

✦ 10 – 15 Minutos.

CONTROLO

✦ É efectuado por um Auxiliar de Acção Médica, que o orientará no momento da entrada.

CUIDADOS ESPECIAIS

✦ Para entrar na Unidade terá que vestir uma bata que lhe será fornecida e efectuar a lavagem das mãos. Lave-as igualmente no final da visita

✦ Poderá ter que aguardar o momento oportuno para entrar ou mesmo interromper a sua visita, caso o seu familiar/amigo necessite de cuidados ou tratamentos de urgência.



✦ Não é permitida a entrada de quaisquer alimentos ou objectos pessoais, excepto quando estes forem solicitados pela equipa de saúde.

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

➤ As informações sobre o estado do doente serão fornecidas pelo médico e/ou enfermeiro ao familiar mais próximo, durante a hora da visita.



➤ Outros familiares ou amigos terão que obter essas informações junto dos familiares do doente.

➤ Não serão dadas informações por telefone.

SERVIÇOS AO DISPÕR

➤ Existem outros serviços de apoio que o poderão ajudar, como sejam:

- Gabinete do Utente – R/C.
- Serviço Social – R/C.
- Serviço Religioso – R/C.
- Cabines telefónicas – HALL DOS ELEVADORES.
- Cafeteria – R/C.

Apêndice C

Guião da Entrevista Semi-Estruturada

BLOCO	OBJECTIVOS	QUESTÕES
<p>A – Caracterização do Familiar;</p>	<p>- Obter dados pessoais sobre o familiar do doente internado na UCI do CHBA;</p>	<p>1 - Idade;</p> <p>2 - Profissão;</p> <p>3 - Habilitações literárias;</p> <p>4 - Grau de parentesco com o Sr. X (doente);</p> <p>5 – Reside com o Sr. X?</p> <p>5.1 – (sim) Quantas pessoas vivem convosco?</p> <p>5.2 – (não) Vê o Sr. X quantas vezes por semana?</p>
<p>B – As emoções e sentimentos vividos pelo familiar do doente internado na UCI, no encontro com este ambiente.</p>	<p>- Conhecer o conceito de cuidados intensivos, dos entrevistados;</p> <p>- Obter dados sobre a reactividade emocional dos familiares face ao ambiente cuidados intensivos.</p> <p>- Obter a opinião da família acerca do ambiente da UCI;</p>	<p>1 – Qual o significado de cuidados intensivos?</p> <p>2 – Já alguma vez tinha entrado numa UCI?</p> <p>3 – O que significa para si visitar o seu ente querido nos cuidados intensivos?</p> <p>4 – Quando soube que o seu familiar se encontrava na UCI, o que sentiu?</p> <p>5 – Quando caminhava no corredor de entrada para a sala de cuidados intensivos, o que pensava?</p> <p>6 – Quais as principais emoções com que se deparou quando viu o seu familiar?</p> <p>7 – Sentia-se preparado/a para entrar nos cuidados intensivos?</p> <p>8 – Quais são as imagens/memórias que trás da sala de cuidados intensivos?</p> <p>9 – O que alterava na unidade de cuidados intensivos?</p>

Apêndice D

Questionário

QUESTIONÁRIO

A FAMÍLIA EM CUIDADOS INTENSIVOS

Sou uma enfermeira, mestranda em Ecologia Humana, na Universidade de Évora, e estou a realizar um estudo cuja finalidade é contribuir para um melhor conhecimento da problemática da família em cuidados intensivos.

De facto, um melhor conhecimento desta problemática permitirá criar um ambiente mais favorável ao acolhimento da família nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Assim sendo, venho solicitar a sua colaboração no sentido de responder a este questionário, pedindo-lhe que o faça de uma forma honesta e espontânea.

A este respeito é importante mencionar-lhe que não existem respostas certas ou erradas, porque a resposta certa é aquela que exprime verdadeiramente a sua opinião.

De referir ainda que este questionário é anónimo e que os dados recolhidos são confidenciais.

Porque o seu tempo é importante, pensámos que o preenchimento do questionário deverá demorar-lhe uma média de 15 minutos. Agradecemos desde já a sua colaboração.

Patrícia da Silva Mendes

I PARTE

a) **Idade:** _____ anos.

b) **Sexo:** M F

c) **Estado Civil:** Solteiro (a)

Casado (a) Junto (a)

Divorciado (a) Separado (a)

Viúvo (a)

d) **Habilitações Literárias** (indique apenas a opção que corresponde à sua habilitação mais elevada, assinalando com um "X" no quadrado respectivo []):

- Sem escolaridade

- 1ª classe/2ª classe/3ª classe/4ª classe

- 5º ano/6º ano

- 7º ano/8º ano/9º ano

- 10º ano/11º ano/ 12º ano (ou equivalente)

- Bacharelato

- Licenciatura (ou equivalente)

- Curso de Pós-graduação/pós-licenciatura

- Mestrado/Doutoramento

e) **Profissão:** _____;

f) **Qual o seu grau de parentesco com o doente internado nos cuidados intensivos? Eu sou** (assinale apenas a opção que corresponde ao seu grau de parentesco com o familiar internado, assinalando com um "X" no quadrado respectivo [], ou escreva o seu grau de parentesco se a sua opção não se encontrar mencionada):

Cônjuge Namorado(a) Mãe/Pai Irmão(ã)

Filho(a) Neto(a) Primo(a) Cunhada(o)

Sogro(a) Nora/Genro Tio(a) Amigo(a)

Avó/Avô..... Outro..... (escreva o seu grau de parentesco) _____.

g) **Há quantos dias o seu familiar se encontra internado no hospital?**

_____ dia/s.

h) **Há quantos dias o seu familiar está internado nos cuidados intensivos?**

_____ dia/s.

i) **Quantas vezes já veio visitar o seu familiar? Número de visitas** _____.

II PARTE

“PANAS” de Watson, Clark & Tellegen (1998)
na adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro e Costa Galinha (2005)

A seguir, encontra-se uma lista de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e **marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra**. Indique **em que medida sentiu cada uma das emoções durante a primeira visita aos cuidados intensivos**:

1 – Nada ou muito ligeiramente

2 – Um pouco

3 – Moderadamente

4 – Bastante

5 – Extremamente

___ Interessado

___ Perturbado

___ Excitado

___ Atormentado

___ Agradavelmente surpreendido

___ Culpado

___ Assustado

___ Caloroso

___ Repulsa

___ Entusiasmado

___ Orgulhoso

___ Irritado

___ Encantado

___ Remorsos

___ Inspirado

___ Nervoso

___ Determinado

___ Trémulo

___ Activo

___ Amedrontado

III PARTE

Escala dos Sentimentos e Emoções da Família em Ambiente de Cuidados Intensivos (ESEFACI-49)

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar as suas emoções face ao ambiente dos cuidados intensivos. Leia cada afirmação com atenção. Para cada afirmação, marque com um apenas a coluna que melhor corresponde à sua opinião.

Se mudar de opinião ou se se enganar preencha o errado e assinale com um a resposta correcta.

Não existem respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea.

- Assinale DISCORDO TOTALMENTE (DT) se a afirmação for definitivamente falsa ou se discordar totalmente dela.
- Assinale DISCORDO (D) se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se discordar dela.
- Assinale NEM DISCORDO/NEM CONCORDO (ND/NC) se a afirmação for igualmente falsa ou verdadeira, se não se decidir ou se a sua posição perante o que foi dito é completamente neutra.
- Assinale CONCORDO (C) se a frase for, na maior parte das vezes, verdadeira ou se concordar com ela.
- Assinale CONCORDO TOTALMENTE (CT) se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar totalmente com ela.

	DT	D	ND/ NC	C	CT
1. Quando fui informado que o meu familiar estava internado nos cuidados intensivos fiquei enraivecido/a.					
2. O local onde aguardei para entrar nos cuidados intensivos é acolhedor.					
3. Enquanto aguardava, sentado no local de espera, para entrar nos cuidados intensivos senti-me ansioso/a.					
4. Entrei na sala de cuidados intensivos e fiquei com medo.					
5. Vi o meu familiar deitado na cama de cuidados intensivos e fiquei com raiva.					
6. Quando o/a enfermeiro/a me explicou a situação do meu familiar senti-me mais tranquilo.					
7. Considero os cuidados intensivos um local triste.					
8. Durante a visita ao meu familiar, os alarmes dos monitores dispararam, e senti medo.					
9. Tenho vergonha de conversar com o meu familiar.					
10. Quando me informaram do horário das visitas senti-me enraivecido/a.					

11. A sala dos cuidados intensivos é demasiado escura.					
12. Os cuidados intensivos têm um ambiente agressivo.					
13. Estava sentado/a nas cadeiras de espera para a visita nos cuidados intensivos e senti-me só.					
14. Quando me informaram do horário da visita senti-me desanimado/a.					
15. A unidade de cuidados intensivos é um serviço muito barulhento.					
16. Eu sinto-me embaraçado ao tocar no meu familiar.					
17. Fiquei triste com a prestação dos enfermeiros.					
18. Durante a visita consigo observar todos os doentes que estão internados nos cuidados intensivos, isso faz-me ficar embaraçado/a.					
19. Quando soube que o meu familiar estava internado nos cuidados intensivos tive medo.					
20. Tenho medo de entrar na sala de cuidados intensivos.					
21. Tenho medo de tocar no meu familiar.					
22. Não compreendo o horário das visitas nos cuidados intensivos, isso deixa-me irritado/a.					
23. Tive medo, quando os alarmes dispararam.					
24. Sinto-me muito ansioso/a em relação ao internamento do meu familiar.					
25. Fico muito ansioso/a quando converso com os enfermeiros					
26. Faz-me "impressão" tocar no meu familiar.					
27. Sinto aversão ao ambiente dos cuidados intensivos.					
28. Sinto-me embaraçado para chamar os/as enfermeiros/as.					
29. Os cuidados intensivos são um local onde se faz tudo por tudo pelos doentes.					
30. Os enfermeiros podiam apoiar mais as famílias, isso faz-me ficar triste.					
31. A sala de cuidados intensivos é muito quente.					
32. Falei com os enfermeiros tranquilamente.					
33. Quando tive conhecimento que o meu familiar estava nos cuidados intensivos senti-me muito triste.					
34. A cor dos cuidados intensivos faz-me sentir tranquilo/a.					

35. Enquanto aguardei para entrar nos cuidados intensivos estive tranquilo.					
36. Quando tive conhecimento que o meu familiar estava internado nos cuidados intensivos, mantive-me calmo/a e tranquilo/a.					
37. Os enfermeiros apoiam muito os familiares, isso faz-me sentir bem.					
38. Antes de entrar nos cuidados intensivos conversaram comigo, e explicaram-me tudo.					
39. Antes de entrar nos cuidados intensivos, conversaram comigo e prepararam-me para o que ia ver.					
40. Deveriam ter-me explicado o que eu ia ver, como era a sala de cuidados intensivos, para eu ir preparado(a).					
41. Considero que os cuidados intensivos têm um ambiente caótico.					
42. Sinto-me bem com o horário das visitas e compreendo.					
43. Fiquei triste por o meu familiar não estar sozinho num quarto.					
44. Nos cuidados intensivos os doentes têm pouca privacidade, isso entristece-me.					
45. Senti-me triste perante os fios, tubos e máquinas que envolvem o meu familiar.					
46. Considero os cuidados intensivos um local tranquilo.					
47. Os familiares deveriam participar em determinados cuidados ao doente, esta distância deixa-me triste.					
48. Os familiares deveriam de ter o direito a permanecer mais horas junto do seu familiar, este isolamento causa-me desânimo.					
49. Os cuidados intensivos têm um óptimo aspecto, em termos de condições de higiene e instalações.					

Muito Obrigada Pela Sua Colaboração!

Apêndice E

Autorização para Aplicação de Instrumentos de Colheita de Dados

CHBACentro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.
PORTIMÃO - LAGOS

Portimão (sede):

Tel. 282 450 300 Fax. 282 450 390

Sítio do Poço Seco, 8500-338 Portimão

Lagos:

Tel. 282 770 100 Fax. 282 763 115

R. Castelo dos Governadores, 8600-563 Lagos

Exma. Senhora Enfermeira**Patrícia da Silva Mendes****Unidade de Cuidados Intensivos do****Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.**

S./ Ref. N.º Data: 2008/03/18

N.º 197/CA/ct
Data: 2008/04/21**Assunto: Autorização para Aplicação de Instrumento de Colheita de dados, no Âmbito da realização da dissertação de Mestrado de Ecologia Humana.**

Sobre o assunto supra mencionado, cumpre-me informar V.Ex^a que o Conselho de Administração em reunião de 21/04/2008, autorizou a aplicação de instrumento de colheita de dados nos termos propostos e com os pareceres positivos da Comissão de Ética, Director do Serviço e Enfermeiro Chefe.

Com os melhores cumprimentos.

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO,
Dr. Luís Manuel de Andrade Rodrigues Batalau

Apêndice F

Transcrição das Entrevistas

Entrevista N°1 (E1)

Internamento: 4 dias

Vou-lhe perguntar então... quantos anos é que você tem, que há bocado acabou por não me dizer...

68 anos... ai desculpe que eu não fiz atenção... a minha cabeça anda aérea querida...

... eu acredito, isto são situações muito complicadas ...

A minha cabeça anda aérea ... ai não tenho cabeça para nada! Para nada!

Só tem cabeça para pensar no que se está a passar... agora ...

Exactamente! Exactamente! Durmo a poder de... comprimidos. O dia a dia é a poder de calmantes. Não me estou a sentir nada bem... nada bem. Tenho aqui uma dor nas costas que não estou nada contente com ela...

E... quando acordo penso no assunto e ... o dia a dia pois é a mesma coisa.

Claro. Enquanto não ver esta situação resolvida... Está sempre a pensar nela...

... Ai, meu Deus! Meu Deus! Meu Deus!

A senhora é reformada?

Sim.

Vive com o seu marido que também é reformado?

Pois, vivíamos os dois.

Estudou?

Só fiz a 4ª classe, a 4ª classe antiga.

E é então, casada com o Sr° X?

Pois.

Vive com ele?

Sim.

Vive sozinha com ele?

Vive também a minha filha que é divorciada. A minha mãe vive ao lado, mas praticamente está comigo. A minha mãe vai dormir à casinha dela, come comigo e eu também lhe faço aquilo que for preciso... pois ela já tem 91 anos... precisa de alguém que olhe por ela.

Pois é... Agora vou-lhe perguntar, para si qual é o significado dos cuidados intensivos?

O significado dos cuidados intensivos é muito bom... porque... quando não há remédio noutra lado, está aqui para resolver os assuntos. Vejo os cuidados intensivos como um

recurso... o último recurso. Quem tem a sorte de viver, vive! Quem tem os dias acabados, não podem fazer milagres! Ninguém pode fazer milagres, daquilo que não pode ser...

Já alguma vez tinha estado numa unidade de cuidados intensivos?

Não... chocou-me bastante... bastante! Chocou-me bastante ... quando abalei daqui no sábado à tarde... eu larguei-me num pranto (chora)... e disse deixem-me chorar que eu não me aguento...

Mas foi o aparato das máquinas?

Chocou-me imenso... em especial a situação dele. O aparato, as máquinas têm que existir! Pois se não, não se consegue fazer o serviço.

Então quando soube que ele estava aqui, o que é que sentiu?

O que é que eu pensei? Pensei que realmente a coisa estava preta! Como se costuma dizer. Quando realmente os médicos...os médico não... quando me telefonaram para casa a dizer que ele estava pior... que ele vinha para aqui, eu pensei sempre se confirma aquilo que eu tinha em mente.

Então... enquanto esteve à espera para entrar nos cuidados intensivos e enquanto vinha no corredor, o que é que pensou?

Eu enquanto estive à espera... e enquanto ia a entrar, eu não sabia de coisa nenhuma... eu ia ansiosa para o ver... mais nada... ia ansiosa para o ver, para ver qual era o estado dele.

Então e quando o viu... deitado na cama?

Aí... fiquei muito chocada... fiquei muito chocada...

E acha que se sentia preparada para entrar aqui, nos cuidados intensivos?

Eu tive que ter forças... tive que ter forças para entrar... aaa... pois, eu tive que arranjar forças...

Acha que antes de entrar, aqui nos cuidados intensivos, devia-lhe ter sido explicado melhor o que ia ver?

Não, não! Porque é assim, a gente quando não está ocorrente de coisa nenhuma vai! Com a ânsia de ver a pessoa... como é que se encontra, como não se encontra! Chocou-me bastante vê-lo ligado às máquinas naquele estado. Chocou-me bastante!

Por exemplo, ali fora está um senhor... que quando a mulher entrou esta manhã explicou-lhe o caso, e ele disse: "Eu não vou!" Por isso é assim, a gente a ver com os nossos olhos é sempre melhor! Quanto a mim é!

Quando saí dos cuidados intensivos, que imagens e memórias é que guarda?

Aquilo que ali está filha! Aquilo que ali está não saí nem um momento da minha ideia.

Pensar aquilo que ele pode estar a sofrer...

Bem... a médica... eu falei com a médica ontem, ela estava ali a fazer os papeis, a tomar conta daquilo que é preciso... e eu pensava até que era uma enfermeira, não conhecia...

E então eu disse assim... pobrezinho! Pobrezinho do meu marido... nunca pensei que chega-se a esta situação... e ela disse-me assim: “é muito grave, minha senhora!” “A senhora sabe que é muito grave!” E eu disse, eu nunca pensei de ser tão grave! E até ele secalhar nunca pensou!

Porque nunca houve uma explicação certa dos médicos, a meterem-nos medo, não é? Eu fui... Isto começou há um ano, ele apanhou uma constipação, que constipava-se muito facilmente... ele constipou-se e arranjou uma grande tosse, aquela tosse seca sem expectoração nenhuma... e eu conheci uma pessoa que tinha cancro do pulmão que tinha uma tosse assim daquele género... e aquilo assustou-me bastante. E eu disse-lhe, ó A., vamos a um médico para ver o que é isso, o que é que isso significa! Que eu não estou nada contente com essa tosse, nada!

E ele disse-me assim, o médico de família já me mandou fazer exames, mandou-me fazer um torax e um exame ao coração, uma ecografia. Por isso, vamos esperar primeiramente pelos exames, depois logo vamos a onde tu queres!

Recebemos então os resultados dos exames e ele foi ao médico, e o médico depois de ver disse-lhe... bem a gente vai tratar aqui desta constipação e depois o resto fica para a próxima. Mas não disse o que é que era! E como o médico não disse aquilo que era, eu depois de ter os exames em casa, fui curiosa e fui ver o relatório do exame... onde dizia lá, não é bem por estas palavras, mas... dizia que era necessário fazer um TAC para confirmar o que lá estava... e ele tomou os medicamentos e aquilo praticamente não lhe fez nada... ficou na mesma com a constipação, aquela tosse, era proveniente da doença... bem... eu resolvi ir a Carvoeiro, disseram-me que lá estava um bom médico. Fui e o médico disse-me assim... o seu marido tem um problema muito grave... e eu disse, o quê doutor? “O seu marido tem uma fibrose pulmonar.” E eu disse, o que é isso doutor? Que eu não sei o que é uma fibrose pulmonar! E ele fez-me a explicação... o nosso pulmão é uma esponja... quando realmente a gente inspira ele enche mais, quando a gente expira, ele fecha. Mas o seu marido, e mostrou-me o RX, “olhe para aqui”, “está aqui uma mancha, não está?” “Isto aqui é duro, e não deixa nem inspirar, nem expirar com facilidade!” “E quando o seu marido ficar com mais idade, ele vai ter muita dificuldade!” E ele ouviu assim como eu ouvi!

E no final o médico, disse assim, têm que procurar um bom médico de pulmões! E foi assim que me recomendaram o Drº C.G., que trabalhava no Hospital de Alvor. E assim foi... marcou-se uma consulta para o Drº C.G., e ele foi a Alvor. Foi lá há consulta, levou tudo o que era preciso, e então o Drº fez-lhe muitas perguntas, perguntou-lhe inclusivé se ele tinha aves, e ele disse que tinha pombos e o Drº disse-lhe para ele dar fim aos pombos, porque os dejectos dos pombos é uma coisa terrível. Mandou fazer exames no Hospital de Stª Maria, exames específicos, não acusou nada! E ele... dou voltas, dou voltas e voltas... e pois já aqui numa consulta, em Portimão, e numa das consultas que ele veio aqui fizeram-lhe uma broncofibroscopia, entre outros exames, provas de esforço, onde ele disse que não sabia de onde é que aquilo vinha... perguntou também... se ele tinha tido alguma broncopneumonia quando ele era criança, e que a gente saiba, não. E então ficámos assim, e eu disse pois eu não sei...

Agora a última consulta, que ele veio cá ao hospital... ele disse “olhe Srº A. isto mais ou menos está controlado.”

E agora... há cerca de 20 dias que ele está cá no Hospital... entrou no dia 25 de Abril, e aqui na UCI está desde o dia 10.

Se pudesse alterar aqui alguma coisa nos Cuidados Intensivos, o que é que alterava?

Pois eu não sei... Não tenho nada a reclamar... têm-me tratado impecavelmente, e acho que têm feito tudo o que está ao vosso alcance!

Entrevista N°2 (E2)

Internamento: 4 dias

A Srª é filha do S° J.?

Sim

Queria então saber a sua idade?

42 anos

A sua profissão?

Técnica de Turismo.

As suas habilitações literárias?

Bachelorato em turismo.

Vive com o Sr° J?

Não. Ele vive em Silves, e eu vivo cá em Portimão.

Quantas pessoas é que vivem com o Sr° J?

Ele vive sozinho.

E vê-o todos os dias?

Normalmente estou com ele ao fim de semana.

E desde que ele está internado?

Tenho vindo às visitas todas.

Para si qual é o significado dos cuidados intensivos?

Eu penso que é aqui que o doente é melhor assistido no hospital, fico mais descansada do que esteja lá em baixo nas urgências, de facto se não for assistido pelo melhor aqui dificilmente será noutra sitio. É a noção que eu tenho...

Já alguma vez tinha estado numa unidade de cuidados intensivos?

Já. Já tinha entrado aqui. Infelizmente já.

Então quando entrou cá não ficou surpreendida, ou o que é que sentiu?

Pela primeira vez, talvez tenha ficado mais, agora como já conhecia...

Eu já tive cá um familiar internado, uma amiga.

Consegue lembrar-se o que é que sentiu quando entrou cá a primeira vez?

Sente-se assim um arrepio, não é? Por ver estas máquinas e as pessoas todas entubadas... para quem não está muito habituado sente-se assim... é um bocado chocante.

Quando soube que era o seu pai que estava cá internado, o que é que sentiu?

... tristeza.

Então e quando entrou cá a primeira vez, ou agora, acha que se sentia preparada para entrar aqui, nos cuidados intensivos?

Eu penso que uma pessoa quando entra nas urgências ou nos cuidados intensivos já sabe que a situação não é boa, portanto acho que já está minimamente preparada. Mas, secalhar outras pessoas não estão preparadas para entrar e necessitam de uma conversa que as prepare para o impacto, depende também da capacidade de cada um em gerir as emoções.

Quando saí dos cuidados intensivos, que imagens e memórias é que guarda?

A pessoa leva a memória de tristeza e de impotência, de não poder ajudar... de não poder fazer nada... pronto... é ficar na expectativa de nos telefonarem a dizerem que as coisas melhoraram... e sempre com ansiedade... eu sempre que o meu telefone toca fico ansiosa, porque penso sempre que pode ser do hospital... e a pessoa fica na expectativa. A única coisa que eu acho que poderíamos ter, era por exemplo um gabinete de apoio neste tempo, por exemplo agora vou para casa e só venho amanhã às 13h30m, até essa hora vou ficar extremamente ansiosa, será que acordou, não acordou? Piorou, não piorou? A pessoa fica... impotente sem fazer nada, e sem saber, portanto... penso que se a pessoa pode-se telefonar para cá às 8h, 9h da manhã, a perguntar se acordou, e como é que está? Acho que devia haver uma pessoa para fazer isto, são muitas horas que a pessoa está sem notícias. Porque as pessoas aqui estão entre a vida e a morte... e os familiares sentem um bocado isto, de chegar aqui às 18h com uma ansiedade... Devia haver mais feedback entre os cuidados intensivos e a família. Eu acho que a equipa desta unidade é extremamente atenciosa, desde auxiliares, enfermeiros e médicos, todos são extremamente ansiosos, mas acho que devia haver este elo de ligação neste espaço de tempo que nós estamos ausentes.

Entrevista N°3 (E3)

Internamento: 2 dias

A Srª é familiar da DªM.?

Eu sou amiga. Conheci-a através da sua sobrinha que é muito minha amiga.

Queria então saber a sua idade?

45 anos.

A sua profissão?

Educadora de Infância.

As suas habilitações literárias?

Licenciatura em Educação de Infância.

Em média, quantas vezes por semana ou por mês estabelecia um contacto com a Dª M?

Eu resido aqui no Algarve, e a M. Vive em Beja, eu via quando vou visitar a T., mas agora sou eu o elo de ligação, como a T. não pode cá vir, por questões geográficas, eu venho cá todos os dias, duas vezes por dia, saber notícias da M.

Sim. Mas não me consegue precisar quantas vezes por mês ou por ano via a Dª M.?

Talvez... em média, duas vezes por mês.

Para si qual é o significado dos cuidados intensivos?

O que é para mim os cuidados intensivos... é... será uma assistência permanente ao doente, 24 sobre 24 horas.

Já alguma vez tinha estado numa unidade de cuidados intensivos?

Já em Beja. Tive lá um tio meu internado.

Então e quando soube que a Dª M. se encontrava aqui, teve alguma emoção especial, consegue-me descrever o que sentiu?

A Dª M. é solteira, ela não tem filhos, ela acaba por ser uma segunda mãe para a minha amiga. E portanto a relação que eu mantinha com ela, era muito amigável, muito querida... e é claro fiquei triste quando tomei conhecimento de que isto estava a acontecer...

Não é a primeira vez que entra numa unidade de cuidados intensivos, mas, quando entrou a primeira vez, consegue lembrar-se de qual a emoção que sentiu?

Fez-me muita impressão... mas ao mesmo tempo tive muita curiosidade, porque eu gosto de perceber o que se passa. Mas é assim... o facto de existirem pessoas a necessitarem deste tipo de cuidados e haver resposta para eles eu acho que é excelente.

E acha que se sentia preparada para entrar nos cuidados intensivos, quando entrou a primeira vez?

É assim... eu acho que depende das pessoas, não é. Eu vou-lhe dar um exemplo, a minha amiga vem cá amanhã, ela pessoa muito nervosa, e eu já lhe estive a dizer qual é a situação da D^a M. que está ventilada, e que está assim, já a estive a preparar, e eu não sei se ela vai trazer a mãe, porque a mãe dela tem 70 anos, e já tem outro tipo de problemas de saúde e portanto nós temos que precaver estas situações. Eu disse-lhe, atenção vais dizer isto e isto à tua mãe e se ela resolver vir... tem que ser com muita calma.

Eu acho que para pessoas que nunca passaram por este tipo de situações ou pessoas com mais idade, pessoas mais susceptíveis deveriam ponderar-se ter uma conversa com elas antes de entrarem de modo a prepará-las e elas poderem decidir se estão preparadas para entrar ou não.

Quando saí dos cuidados intensivos, que imagens e memórias é que guarda?

A imagem que me fica é que é bom que as pessoas tenham um sitio para estar assim...

Então e se tivesse que alterar alguma coisa, o que é que alterava?

... eu até não tenho razão de queixa, mas por exemplo no caso da minha amiga a dificuldade que ela tem sentido em comunicar com as pessoas estando à distância, por exemplo ela falar com um médico pelo telefone... não é, pois ela não tem mesmo como estar cá, devido à distância, há um problema geográfico. É isso, eu se pudesse alterar alguma coisa, alterava na parte da informação.

Entrevista N°4 (E4)

Internamento: 25 dias

A Srª é esposa do Sº D.?

Sim

Queria então saber a sua idade?

66 anos

É reformada?

Sou... infelizmente. Trabalhava com o meu marido num negócio que ele tinha, e nunca descontei. Às vezes dizia-lhe “mas eu havia de descontar” e ele dizia-me “oh, eu desconto tanto dinheiro, depois a reforma dá para nós os dois”, e agora o meu marido recebe uma reforma que não vale nada e eu não tenho nada... não descontei, não tenho direito a nada!

Quais são as suas habilitações literárias?

Eu tirei a 4ª classe.

A Srª M. vive sozinha com ele?

Vivia. Os meus filhos casaram e têm a vida deles... e eu fiquei sozinha com ele. E agora durante o dia estou em casa, mas à noite vou para a casa dos meus filhos, normalmente a minha filha leva-me para a casa dela. E ao fim-de-semana vou para a casa do meu filho. Eles não querem que eu fique lá sozinha, porque eu moro no campo, mas eu acho que não ia ter medo de estar sozinha... mas eles não querem! Mas a verdade é que eu em casa sinto-me um bocadinho abandonada, triste... falta-me o melhor! E agora ultimamente o meu marido já estava um bocadinho dependente, era preciso ajudá-lo a vestir, a levantar a tomar banho, desde há três anos para cá, e eu já estava tão habituada aquilo... eu fazia aquilo com muito amor... e agora sinto tanta falta... e vê-lo sofrer (chora)... e eu sem poder fazer nada... é muito triste, mas então... a vida é assim...

As perguntas, que agora lhe vou fazer, têm mais haver com os cuidados intensivos, para si qual é o significado dos cuidados intensivos?

Eu só tenho bem, bem, bem a dizer dos cuidados intensivos! Os cuidados intensivos são para ajudar as pessoas que precisam muito... pessoas que estão numa situação muito grave.

Já alguma vez tinha estado numa unidade de cuidados intensivos?

Não. Nunca. Foi a primeira vez. Infelizmente.

Quando soube que o Srº D. estava aqui internado, o que é que sentiu? Recorda-se?

Muita tristeza. Ele estava nas urgências e depois teve que vir para aqui, eu senti muita ansiedade e muita tristeza.

Então e quando o veio visitar pela primeira vez, o que é que sentiu? Consegue-me explicar?

Eu senti uma grande emoção, ao vê-lo a ele e quem estava por perto. Senti muita tristeza por todos quantos ali estavam deitados, muita, muita tristeza!

Então... enquanto estive à espera para entrar nos cuidados intensivos e enquanto vinha no corredor, o que é que pensou?

Eu enquanto estive à espera e quando ia no corredor ia ansiosa, não sabia como o ia encontrar. Queria vê-lo!

Sentia-se preparada para entrar nos cuidados intensivos?

A mim não me explicaram inicialmente como o meu marido estava, mas à minha filha explicaram tudo, que provavelmente ele ia ter que ser ligado ao ventilador, porque ele no primeiro dia não teve, e a minha filha disse-me tudo! Eu quando entrei não sabia o que ia ver, quando me aproximei e vi, senti uma grande tristeza de ver o meu marido numa situação destas! Mas a pessoa que acompanha a gente, até lá dentro, ajuda-nos muito...

Se tivesse que alterar alguma coisa, aqui nos cuidados intensivos, o que é que alterava?

Eu não alterava nada... acho que melhor que o que está é difícil fazer!

Entrevista N°5 (E5)

Internamento: 30 dias

A Srª é filha da Dª F.?

Sim.

Qual a sua idade?

41 anos

A sua profissão?

Cozinheira.

As suas habilitações literárias?

6º ano.

Vive com o Srª F?

Não. Ela vive num lar, desde que teve o AVC.

E costuma visitá-la quantas vezes?

Eu ia visitá-la todas as semanas. Ía de Portimão a Lagos, que é onde é o lar.

E desde que ele está internado?

Tenho vindo às visitas todas.

Para si qual é o significado dos cuidados intensivos?

Para mim é o local onde está uma pessoa que tem assistência permanente, durante as 24 horas.

Já alguma vez tinha estado numa unidade de cuidados intensivos?

Não. Foi a primeira vez.

Quando soube que a sua mãe estava cá internada, o que é que sentiu?

O que é que senti? Uma tristeza muito grande, ela tem tido tanta coisa! E ela veio para aqui de urgência, eu senti logo que as coisas não estavam bem! E para ela estar aqui tanto tempo é porque não está mesmo nada bem!

Então... e quando viu a sua mãe aqui nos cuidados intensivos o que é que sentiu?

Não senti nada de especial. Para mim, este é outro local do hospital, é mais um!

Acha que antes de entrar, aqui nos cuidados intensivos, devia-lhe ter sido explicado melhor o que ia ver?

Não. Eu acho que uma pessoa quando vai ao S.O., ou aos cuidados intensivos já imagina que as coisas não estão propriamente bem, e que o aparato é outro!

Se tivesse que alterar alguma coisa nesta UCI o que é que alterava?

Nada.

Entrevista N°6 (E6)

Internamento: 7 dias (mas previamente internado na UCI do HDF)

A Sr^a é mãe do S^o Z.?

Sim.

Queria então saber qual a sua idade?

69 anos

A sua profissão?

Doméstica.

As suas habilitações literárias?

3^a classe da escola antiga.

Vive com o seu filho?

Sim, ele e o irmão gémeo vivem os dois comigo.

Já alguma vez tinha estado numa unidade de cuidados intensivos?

Sim. Tinha vindo aqui, quando o meu marido esteve cá internado. E entrei agora na UCI de Faro, quando o meu filho lá esteve internado, antes de vir transferido para cá.

Para si qual é o significado dos cuidados intensivos?

Para mim cuidados intensivos é quando uma pessoa está bastante mal e precisa daqueles cuidados!

Quando soube que o seu filho ia transferido para uma UCI o que é que sentiu?

Nada.

Acha que antes de se entrar nos cuidados intensivos devia ser feita uma preparação?

Não. A mim os cuidados intensivos não me chocam nada. É um sitio que infelizmente tenho frequentado bastante, o meu marido teve cá 2 vezes. Acho que é como qualquer outro sitio do hospital.

Se pudesse alterar alguma coisa nesta UCI o que alterava?

Assim de momento não estou a ver... eu acho tudo tão... totalmente diferente de Faro, está bem que as instalações de Faro são mais antigas... mas a higiene daqui... eu dizia sempre lá às enfermeiras “não se compara nada com Portimão! Em Portimão a gente entra na porta e já é um cheirinho a limpeza!”. E a organização, isto aqui é muito organizado! Não tenho mesmo nada a apontar, mesmo do hospital de Portimão, eu não tenho nada, nada a apontar!

Entrevista N°7 (E7)

Internamento: 2 dias

Quantos anos tem?

58 anos.

Qual é a sua profissão?

Sou reformado. Era professor na escola primária.

As suas habilitações literárias?

Bacharelato em Ensino Básico.

Grau de parentesco com a SrªA?

Sou marido.

Vive com a Srª A.?

Sim, vivemos aqui em Portimão.

Para si, qual é o significado de cuidados intensivos?

Para mim... uma UCI é um local onde existem máquinas, tecnologia, enfermeiros e médicos experientes para tratar as pessoas que se encontram entre a vida e a morte. É um sítio onde se consegue ter tudo mais controlado... existem aqueles computadores que assim que alguma coisa está mal, apitam para alertar os enfermeiros e os médicos.

Já alguma vez tinha estado numa UCI?

Não. Graças a Deus... não. E infelizmente tive que conhecer isto agora. Mas... ainda bem que isto existe, se não a minha esposa já tinha falecido... se não fosse este pessoal e aquela maquinaria... não sei... não sei se ela ainda cá estava...

O que significa para si visitar a SrªA, nos cuidados intensivos?

O que significa? Significa que ela está mesmo muito mal... que corre sérios riscos de vida e que por isso teve que vir transferida para aqui. É claro que sinto uma grande tristeza e ansiedade em relação a esta situação... eu não estava preparado para isto, nós achamos sempre que estas coisas só acontecem aos outros, e quando nos acontecem a nós... nem queremos acreditar.

Quando soube que a sua esposa estava aqui internada o que é que sentiu?

Senti que o pior estava para acontecer... e depois quando cá vim e a vi... este pensamento ainda se tornou mais forte. Vê-la em coma, com todos aqueles tubos e máquinas... as máquinas a alarmar... que aflição... que sofrimento!

Quando chegou a primeira vez, aqui à UCI, e vinha no corredor, o que é que sentiu?

Eu entrei acompanhado por uma Sr^a Auxiliar... vim sem saber nada, como estava ou não estava. Vinha muito ansioso para a ver, para saber o que se passava. Eu já sabia que ela aqui estava, ligaram-me do serviço de urgência a avisar... e aí eu fiquei logo a saber que as coisas não estavam bem... mas nunca pensei que ela estivesse tão mal, quando o INEM a foi buscar a casa ela já não estava bem, mas... assim.

Então e quando a viu deitada naquela cama, o que é que sentiu?

Senti-me triste, ansioso... impotente. Senti que agora eu não a podia ajudar em nada, como tantas as vezes o fiz... agora ela estava entregue a Deus e aos enfermeiros e médicos que aqui trabalham... e ao mesmo tempo senti uma revolta, uma raiva... ela não merecia isto... ela é uma pessoa tão boa...

Sentia-se preparado para entrar nos cuidados intensivos?

Eu acho que uma pessoa nunca se sente preparada para entrar num sitio destes... isto é um sitio que ninguém imagina como é na realidade... só os que cá vêem diariamente sabem o que isto é! Infelizmente.

Quando sai dos cuidados intensivos, que imagens e memórias é que guarda?

Quando saio daqui e vou para casa, sinto uma solidão enorme... a imagem da minha mulher naquele estado não me sai da cabeça... o som das máquinas... tudo é motivo para eu chorar...

Se pudesse alterar alguma coisa nos cuidados intensivos, o que é que alterava?

Não sei. Talvez altera-se o método das visitas, embora eu compreenda que o objectivo é uma dedicação total aos doentes que precisam... mas, para nós, familiares, é muito complicado gerir a ansiedade de tantas horas sem saber o que se passa aqui dentro.

Apêndice G

Estatísticas Descritivas da Escala ESEFACI-49

		discordo totalmente	discordo	nem discordo /nem concordo	concordo	concordo totalmente	Total
1 - Quando fui informado(a) que o meu familiar estava nos cuidados intensivos fiquei enraivecido(a)	Freq. 32 % 53,3	8 13,3	8 13,3	9 15,0	3 5,0	60 100,0	
2 - O local onde aguardei para entrar nos cuidados intensivos é acolhedor	Freq. 5 % 8,3	7 11,7	25 41,7	19 31,7	4 6,7	60 100,0	
3 - Enquanto aguardava sentado no local de espera para entrar nos cuidados intensivos senti-me ansioso(a)	Freq. 1 % 1,7	4 6,8	6 10,2	29 49,2	19 32,2	59 100,0	
4 - Entrei na sala de cuidados intensivos e fiquei com medo	Freq. 13 % 22,0	13 22,0	7 11,9	19 32,2	7 11,9	59 100,0	
5 - Vi o meu familiar deitado na cama de cuidados intensivos e fiquei com raiva	Freq. 37 % 61,7	14 23,3	5 8,3	3 5,0	1 1,7	60 100,0	
6 - Quando o/a enfermeiro/a me explicou a situação do meu familiar senti-me mais tranquilo	Freq. 4 % 6,7	4 6,7	9 15,0	29 48,3	14 23,3	60 100,0	
7 - Considero os cuidados intensivos um local triste	Freq. 6 % 10,3	8 13,8	13 22,4	16 27,6	15 25,9	58 100,0	
8 - Durante a visita ao meu familiar, os alarmes dos monitores dispararam e senti medo	Freq. 13 % 22,8	11 19,3	11 19,3	16 28,1	6 10,5	57 100,0	
9 - Tenho vergonha de conversar com o meu familiar	Freq. 46 % 76,7	6 10,0	5 8,3	3 5,0		60 100,0	
10 - Quando me informaram do horário das visitas senti-me enraivecido/a	Freq. 35 % 58,3	9 15,0	10 16,7	3 5,0	3 5,0	60 100,0	
11 - A sala dos cuidados intensivos é demasiado escura	Freq. 38 % 63,3	13 21,7	8 13,3	1 1,7		60 100,0	
12 - Os cuidados intensivos têm um ambiente agressivo	Freq. 30 % 50,0	12 20,0	12 20,0	5 8,3	1 1,7	60 100,0	
13 - Estava sentado/a nas cadeiras de espera para a visita nos cuidados intensivos e senti-me só	Freq. 17 % 28,3	16 26,7	15 25,0	8 13,3	4 6,7	60 100,0	
14 - Quando me informaram do horário da visita senti-me Desanimado	Freq. 26 % 44,1	12 20,3	12 20,3	7 11,9	2 3,4	59 100,0	
15 - A unidade de cuidados intensivos é um serviço muito Barulhento	Freq. 39 % 65,0	19 31,7	1 1,7	1 1,7		60 100,0	
16 - Eu sinto-me embaraçado ao tocar no meu familiar	Freq. 37 % 61,7	14 23,3	3 5,0	6 10,0		60 100,0	
17 - Fiquei triste com a prestação dos enfermeiros	Freq. 47 % 78,3	10 16,7	2 3,3	1 1,7		60 100,0	
18 - Durante a visita consigo observar os doentes que estão internados nos cuidados intensivos e isso faz-me ficar embaraçado	Freq. 28 % 46,7	13 21,7	8 13,3	9 15,0	2 3,3	60 100,0	
19 - Quando soube que o meu familiar estava internado nos cuidados intensivos tive medo	Freq. 11 % 18,3	4 6,7	5 8,3	25 41,7	15 25,0	60 100,0	
20 - Tenho medo de entrar na sala de cuidados intensivos	Freq. 24 % 40,0	16 26,7	7 11,7	13 21,7		60 100,0	
21 - Tenho medo de tocar no meu familiar	Freq. 39 % 65,0	15 25,0	4 6,7	2 3,3		60 100,0	
22 - Não compreendo o horário das visitas nos cuidados Intensivos, isso deixa-me irritado/a	Freq. 33 % 55,0	15 25,0	9 15,0	2 3,3	1 1,7	60 100,0	
23 - Tive medo, quando os alarmes dispararam	Freq. 13 % 23,2	11 19,6	11 19,6	18 32,1	3 5,4	56 100,0	
24 - Sinto-me muito ansioso em relação ao internamento do meu familiar	Freq. 6 % 10,0	6 10,0	5 8,3	32 53,3	11 18,3	60 100,0	

25 - Fico muito ansioso/a quando converso com os enfermeiros	Freq.	18	18	4	18	1	59
	%	30,5	30,5	6,8	30,5	1,7	100,0
26 - Faz-me "impressão" tocar no meu familiar	Freq.	39	14	2	4	1	60
	%	65,0	23,3	3,3	6,7	1,7	100,0
27 - Sinto aversão ao ambiente dos cuidados intensivos	Freq.	33	14	6	4	3	60
	%	55,0	23,3	10,0	6,7	5,0	100,0
28 - Sinto-me embaraçado para chamar os/as enfermeiros/as	Freq.	38	14	4	4		60
	%	63,3	23,3	6,7	6,7		100,0
29 - Os cuidados intensivos são um local onde se faz tudo por tudo pelos doentes	Freq.	2	1	1	13	43	60
	%	3,3	1,7	1,7	21,7	71,7	100,0
30 - Os enfermeiros podiam apoiar mais as famílias, isso faz-me ficar triste	Freq.	26	18	4	10	2	60
	%	43,3	30,0	6,7	16,7	3,3	100,0
31 - A sala dos cuidados intensivos é muito quente	Freq.	30	19	9	2		60
	%	50,0	31,7	15,0	3,3		100,0
32 - Falei com os enfermeiros tranquilamente	Freq.	2	6	31	21		60
	%	3,3	10,0	51,7	35,0		100,0
33 - Quando tive conhecimento de que o meu familiar estava nos cuidados intensivos senti-me muito triste	Freq.	5	5	4	25	21	60
	%	8,3	8,3	6,7	41,7	35,0	100,0
34 - A cor dos cuidados intensivos faz-me sentir tranquilo/a	Freq.	4	2	26	23	5	60
	%	6,7	3,3	43,3	38,3	8,3	100,0
35 - Enquanto aguardei para entrar nos cuidados intensivos estive tranquilo	Freq.	10	16	17	16	1	60
	%	16,7	26,7	28,3	26,7	1,7	100,0
36 - Quando soube que o meu familiar estava internado nos cuidados intensivos, mantive-me calmo/a e tranquilo	Freq.	11	18	10	20	1	60
	%	18,3	30,0	16,7	33,3	1,7	100,0
37 - Os enfermeiros apoiam muito os familiares, isso faz-me sentir bem	Freq.	3		8	32	17	60
	%	5,0		13,3	53,3	28,3	100,0
38 - Antes de entrar nos cuidados intensivos conversaram comigo e explicaram-me tudo	Freq.	6	13	11	22	8	60
	%	10,0	21,7	18,3	36,7	13,3	100,0
39 - Antes de entrar nos cuidados intensivos conversaram comigo e prepararam-me para o que ia ver	Freq.	8	17	12	15	8	60
	%	13,3	28,3	20,0	25,0	13,3	100,0
40 - Deveriam ter-me explicado o que eu ia ver, como era a sala de cuidados intensivos, para eu ir preparado/a	Freq.	12	5	12	22	8	59
	%	20,3	8,5	20,3	37,3	13,6	100,0
41 - Considero que os cuidados intensivos têm um ambiente Caótico	Freq.	42	15		3		60
	%	70,0	25,0		5,0		100,0
42 - Sinto-me bem com o horário das visitas e compreendo	Freq.	7	3	12	28	10	60
	%	11,7	5,0	20,0	46,7	16,7	100,0
43 - Fiquei triste por o meu familiar não estar sozinho num Quarto	Freq.	21	13	24	1	1	60
	%	35,0	21,7	40,0	1,7	1,7	100,0
44 - Nos cuidados intensivos os doentes têm pouca privacidade isso entristece-me	Freq.	21	20	13	3	3	60
	%	35,0	33,3	21,7	5,0	5,0	100,0
45 - Senti-me triste perante os fios, tubos e máquinas que envolvem o meu familiar	Freq.	3	10	8	24	15	60
	%	5,0	16,7	13,3	40,0	25,0	100,0
46 - Considero os cuidados intensivos um local tranquilo	Freq.	7	2	15	27	9	60
	%	11,7	3,3	25,0	45,0	15,0	100,0
47 - Os familiares deveriam participar em determinados cuidados ao doente, esta distância deixa-me triste	Freq.	13	9	24	11	3	60
	%	21,7	15,0	40,0	18,3	5,0	100,0
48 - Os familiares deveriam ter o direito a permanecer mais horas junto do seu familiar	Freq.	11	14	20	12	3	60
	%	18,3	23,3	33,3	20,0	5,0	100,0
49 - Os cuidados intensivos têm um óptimo aspecto em termos de condições de higiene e instalações	Freq.			1	24	35	60
	%			1,7	40,0	58,3	100,0

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares* (3ª ed). Coimbra: Quarteto.
- Albístur, M. C. & Bacigalupo, J. C. (2000). La Familia del Paciente Internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Med Uruguay*, 16, 243-256.
- Almeida & Pinto (1966). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Amado, J. S. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Revista Referência*, 5, 53-63.
- Azevedo, M. (2003). *Teses Relatórios e Trabalhos Escolares*. Lisboa: Universidade Católica.
- Azoulay, E., Pochard, F. & Chevret, S. (2001). Meeting the Needs of Intensive Care Unit Patient Families. *Critical Care Medicine*. 163, 135-139.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições.
- Barracho, C. (2001). *Psicologia Social. Ambiente e Espaço. Conceitos, Abordagens e Aplicações*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bell, J. (2004). *Como Realizar um Projecto de Investigação Trajectos* (3ª ed). Lisboa: Gradiva.
- Boccanera, N., & Boccanera, B. (2006). As Cores no Ambiente de Terapia Intensiva: Percepções de Pacientes e Profissionais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(3), 343-9.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação, uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bowlby, J. (1990). *Apego* (2ª ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Bueno, J. M. V. (2003). *Detección de Necesidades de los Familiares de Pacientes Ingressados en Unidades de Cuidados Intensivos*. Texto Inédito. Andalucía: Hospital Costa Del Sol, Memoria de Solicitud del Proyecto de Investigación.

- Caetano, E. (2002). *O Internamento em Hospitais. Elementos Tecnológicos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carapinheiro, G. (2005). *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares* (4ª ed). Coimbra: Afrontamento.
- Cárdenas, Md. P., Gómez, M. R. & Herranz, F. (2004). *Avaliação do Grau de Satisfação dos Familiares dos Pacientes Internados numa UCI*. Texto Inédito. Madrid: Hospital Universitário.
- Carmo, H. (1998). *Metodologia da Investigação, Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998;
- Castro, H. B. (1998). Unidade de Cuidados Intensivos. Em R. M., Cardoso (Ed.). *A Outra Metade da Medicina*. Lisboa: Climepsi.
- Chalifour, J. (1989). *La Relation d'Aide en Soins Infirmiers-Une Perspective Holistique-Humaniste*. Paris: Lamarre.
- Cordo, M. (1992) - A relação da família com o doente. *Revista Hospitalidade*, 221, 40-44.
- Corraliza, J. A. (2002). Emoción y ambiente. *Psicología Ambiental*. Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.
- Côrrea, A. K., Sales, C. A. & Soares, L. (2002). A Família do Paciente Internado em Terapia Intensiva: Concepções do Enfermeiro. *Universidade Estadual do Maringá, Acta Scientiarum*, 24(3), 811-818.
- Côrte-Real, I. (2007). Enfermagem em Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa de Bioética*, 1, 114-123.
- Cortés, M. (2002). *Enfermaria Comunitaria, Bases Teóricas*. Madrid: Tapa Dura.
- Damásio, A. R. (1995). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano* (12ª ed.) Mem-Martins: Europa-América.

- Damásio, A. R. (2003). *Ao Encontro de Spinoza, As Emoções Sociais e a Neurobiologia do Sentir*. Mem-Martins: Europa-América
- Damásio, A. R. (2004) - *O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência* (15ª ed). Mem-Martins: Europa-América.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2005). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Déoux, S. & Déoux P. (1996) – *Ecologia é a Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Dicionário da Língua Portuguesa (2001). Porto: Porto Editora.
- Direcção Geral de Saúde (2003) – *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento.
- Figueiredo, E. M., (2005). *Ambientes de Saúde, o Hospital numa Perspectiva Ambiental Terapêutica*. Em L. Soczka (Ed.), *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fischer, G.-N. (1994). *Psicologia Social do Ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fortin, M.-F. (2003). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Frontier, S. (2001). *Os Ecossistemas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Galinha, I. O. & Ribeiro, J. L. (2005). *Contribuição para o Estudo da Versão Portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo Psicométrico*. *Análise Psicológica*, 2(XXIII), 219-227.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação Social: da Problemática à Colheita de Dados* (3º ed.). Loures: Lusociência.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O Inquérito: Teoria e Prática* (2ª ed.). Oeiras: Celta.
- Gimeno, A. (2001). *A Família o Desafio da Diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional* (4269ª ed.), Lisboa: Temas e Debates.

- Habib, M. (2000). *Bases Neurológicas dos Comportamentos*. Lisboa: Climepsi.
- Hawley, A., H. (1999). *Teoría de la Ecología Humana*. Madrid: Tecnos S.A.
- Hayati, D., Karami, E. & Slee, B. (2006). Combining Qualitative and Quantitative Methods in the Measurement of Rural Poverty. *Social Indicators Research*, 75, 361-394.
- Hoyt, J., Harvey, M. & Axon, D. (1995). The Critical Care Unit: Design Recommendations and Standards. *Textbook of Critical Care* (3ª ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Izard, C.E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C.E., Fine, S., Mostow, A., Trentacosta, C. & Campbell, J. (2002). Emotion processes in normal and abnormal development and preventive intervention. *Development and Psychopathology*, 14, 761-787.
- Kaplan, R., Kaplan, S. (1982). *Cognition and Environment, Functioning In an Uncertain World*. New York: Praeger.
- Kinney, J. (1983). *Manual de Tratamento Intensivo* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Medsi.
- Kurgant, P., (1991). *Administração em Enfermagem*. São Paulo: Pedagógica e Universitária.
- Kvale, A. P. (2005). Family-centered Approach Improves Communication and Care in Intensive Care Unit. *Healthcare News*, 20, 22-30
- Lakatos, E. M. (1992). *Metodologia do Trabalho Científico* (4ª ed.) São Paulo: Altes.
- Lamy, M. (1993). *As Camadas Ecológicas do Homem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Landry, R. (2003). A Análise de Conteúdo. Em Gauthier, B. *Investigação Social : da problemática à colheita de dados* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Lawrence, R. (2003) – Human Ecology and its applications in *Landscape and Urban Planning* 65, 31-40.

- Lazarus R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Leandro, M. E. (2001). *Sociologia da Família nas Sociedades Contemporâneas*, Lisboa: Universidade Aberta.
- Lopes, M. J. (1999). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns Dados e Implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Luiz, A. F. (2001). Espaço Clínico: a Influência do Espaço das U.C.I. no Clima Social. *Nursing*, 154(13), 10-14.
- Maciel, M. R. & Souza, M. F. (2006). Acompanhante de Adulto na Unidade de Terapia Intensiva: Uma visão do Paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 138-143.
- Märtin, D. & Boeck, K. (1997). *O Que é a Inteligência Emocional*. Lisboa: Editorial Pregaminho.
- Martins, J. & Bicudo, M.A.V. (1989). *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia Fundamentos e Recursos Básicos*. São Paulo: EDUC/Moraes.
- Martins, M. M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família, O Doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Maruiti, R. M. & Galdeano, L. E. (2006). Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidades de Cuidados Intensivos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(1), 37-40.
- Mehrabian, A. & Russel, J. A. (1980). *An Approach to Environmental Psychology*. London, UK: MIT Press.
- Mendes, F. (1994). *A saúde e a doença dos professores : um estudo de caso sobre a representação social*. Tese de Mestrado em Ecologia Humana. Évora: Universidade de Évora.
- Minayo, M., Deslandes, S., Neto, O. & Gomes, R. (2000). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2000.

- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias. Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morais, M. (2002). *Promoção da Saúde em Cuidados Intensivos*, Universidade Federal Fluminense.
- Morin, E. (1973). *O Paradigma Perdido*. Mem-Martins: Publicações Europa-América.
- Neves, J. L. (1996). Pesquisa Qualitativa: Características, Usos e Possibilidades. *Cadernos de Pesquisas em Administração*, 3(2), 10-22.
- Odum, E. P. (2004). *Fundamentos de Ecologia* (7ª ed.) Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Orem, D. (1995). *Nursing: concepts of practice* (5ª ed.). New York: Mc Graw-Hill.
- Oxford English Dictionary (1989). 2ª edição. Oxford University Press
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Londres, Thousand Oaks : Sage Publications.
- Queirós, C. (1997). *Emoções e Comportamento Desviante, um Estudo na Perspectiva da Personalidade como Sistema Auto-organizador*. Tese de Doutoramento apresentada à F.P.C.E.U.P.
- Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo Vital da Família, Perspectiva Sistémica* (4ª ed.) Porto: Afrontamento.
- Roca, A. M., Alvarez, D. C. (1992). *Enfermería Comunitaria*. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería.
- Sánchez, A. (1996). *Actitud de los Familiares de Enfermos Ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos*. Congresso de la SEMIUC. Recuperado em 2005, Maio 19, de <<http://www.medline.com/>>.

- Santos, F. M. (1983). Unidades de Cuidados Intensivos: Funciones y Estructura de la U. C. I. *Todo Hospital*, 6, 21-25.
- Saraceno, C., (1997). *Sociologia da Família*. Lisboa: Editorial Estampa
- Simon, SK., Badalamenti, S. & Ohlert, J. (2000). *Current Practices Regarding Visitation Policies in Critical Care Units*. Recuperado em 2006, Abril 20, de <<http://www.medline.com/>>.
- Siqueira, A. B., Filipini, R. & Salazar, M. B. (2006). Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados a qualidade da assistência. *Arq Med ABC*, 31(2), 73-77.
- Society of Critical Care of Medicine (1995). Guidelines for Intensive Care Unit Design. *Critical Care Medicine*, 23, 582-588.
- Speller, G. M. (2005). A Importância da Vinculação ao Lugar. Em L. Soczka (Ed.), *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Strongman, K. T. (2004). *A Psicologia da Emoção: uma Perspectiva Sobre as Teorias de Emoção* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Thelan, L. & Davie, J., Urden, L. & Lough, M. (1996). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lusodidacta.
- Torres, S. & Guerra, M. P. (2003). A Construção de um Instrumento de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 4(1), 97-110.
- Ulrich, R. (1995). Effects on Healthcare Interior Design on Wellness: Theory and Recent Scientific Research. Sara O. Marberry (Ed.) *Innovations in Health Care Design*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Vala, J. (1986). *A análise de conteúdo*. Porto: Afrontamento.
- Velez, C. (2002). Expectativas dos Familiares de Doentes Internados na UCI Face aos Enfermeiros. *Nursing*. 168 (14), 17-20.

Wallace-Barnhill, G. (1989). *Psychological Problems for Patients, Families and Health Professionals* (2ª ed.) Philadelphia: WB Saunders.

Zaforteza, C.; Gastaldo, D. & Sanchez-Cuenca, P. (2004). Relación Entre Enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y Familiares: Indicios para el Cambio. *Nure Investigación*. 3, 22-27.