



RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE GESTÃO DE COMUNICAÇÃO DE FAMILIARES DE PACIENTE CRÍTICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

EXPERIENCE REPORT ON COMMUNICATION MANAGEMENT FOR FAMILY MEMBERS OF CRITICAL PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

 Letícia Dayane de Oliveira Dantas, Universidade Potiguar - UNP, Natal, RN, Brasil.

 Maressa Bernardino Neves, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE GESTÃO DE COMUNICAÇÃO DE FAMILIARES DE PACIENTE CRÍTICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

EXPERIENCE REPORT ON COMMUNICATION MANAGEMENT FOR FAMILY MEMBERS OF CRITICAL PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Letícia Dayane de Oliveira Dantas¹

Maressa Bernardino Neves²

Resumo: O presente estudo apresenta um relato de experiência do caso de João (nome fictício) que deu entrada no serviço com uma demanda de investigação neurológica. Recebeu o diagnóstico de Schwannoma em Sistema Nervoso Central, grau 1 que é um tumor não canceroso que se origina nas células de Schwann. João foi submetido ao tratamento, acompanhamento e cirurgias, porém por uma série de intercorrências e múltiplas disfunções, veio a óbito. Devido a enfermidade do paciente, todos os atendimentos foram direcionados aos seus familiares. O objetivo deste trabalho é descrever e analisar as estratégias de comunicação com familiares de paciente crítico em UTI. A partir da análise do caso, evidencia-se a complexidade da gestão da comunicação entre os familiares do paciente, a dificuldade em não ter um suporte familiar adequado e as implicações que os ruídos e divergências internas familiares podem influenciar a não compreensão do desenvolvimento desfavorável do quadro clínico e negação da morte e morrer. Conclui-se que o acompanhamento psicológico desempenha um papel fundamental no acompanhamento dos familiares nas UTI, tanto para o fortalecimento de vínculos, adaptação dos familiares ao contexto, quanto para mediação entre paciente, família e equipe.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Comunicação; Rede de Apoio; UTI; Familiares.

Abstract: This study presents a case report of João (fictitious name) who was admitted to the service with a demand for neurological investigation. He was diagnosed with Schwannoma in the Central Nervous System, grade 1, which is a non-cancerous tumor originating in Schwann cells. João underwent treatment, monitoring and surgeries, but due to a series of complications and multiple dysfunctions, he died. Due to the patient's illness, all care was directed to his family members. The objective of this work is to describe and analyze communication strategies with family members of critically ill patients in the ICU. From the analysis of the case, the complexity of managing communication between the patient's family members, the difficulty of not having adequate family support and the implications that noise and internal family disagreements can influence the lack of understanding of the unfavorable development of the clinical picture and the denial of death and dying are highlighted. It is concluded that psychological support plays a fundamental role in monitoring family members in ICUs, both to strengthen bonds, adapt family members to the context, and to mediate between patient, family and team.

Keywords: Hospital Psychology; Communication; Support Network; ICU; Family Members.

¹ Graduada pela Universidade Potiguar - UNP. Servidora Pública da Assistência Social à Saúde. Desenvolve pesquisas na área da Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar E- mail: psileticiadayane@hotmail.com

² Graduanda pela Universidade Federal do Espírito Santo. Desenvolve pesquisas na área da Neurociência, Farmacologia e Neurotoxicologia. E- mail: maressa33175686@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O relato de caso a seguir é produto de um estágio básico que ocorreu prioritariamente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral. Conforme aponta Monteiro (2017) a UTI é um ambiente que exige um preparo e eficiência da equipe, pois as condutas têm que ser precisas e rápidas, destinado ao atendimento de pacientes graves ou com risco de morte, que precisam da assistência e monitoramento médico e de enfermagem permanente, bem como aparato tecnológico sofisticados e avançados, visando a estabilização do quadro clínico do paciente. Considerando todas as vicissitudes que caracterizam a UTI e todos os impactos gerados, torna-se importante salientar o papel do psicólogo inserido nesse campo, como uma figura acolhedora, mediadora, facilitadora e intervencionista.

O contexto demanda do profissional da psicologia manejo clínico e desenvoltura técnica para favorecer o “escoamento dessas intensidades”, bem como munição de subsídios teóricos e recursos para efetuar um atendimento com maior qualidade dando suporte, apoio e conforto (Simonetti, 2016; Vieira; Waischunng, 2018). O foco do presente trabalho é discorrer sobre o papel do psicólogo inserido em UTI, os mais diversos atravessamentos que podem ser apresentados nesse contexto e as nuances de atuação que abrange muitas atividades junto à tríade paciente/família/equipe.

De maneira geral, o psicólogo é um profissional estimulador de um espaço hospitalar humanizado, respeitando as singularidades de quem ali está e dignificando o sofrimento presente e esperado ao contexto. Fica ao encargo do profissional de psicologia o desvelamento do tema tabu: morte, a fim de auxiliar o paciente, família e equipe sentimentos angustiantes de culpabilização e frustração decorrentes desse momento delicado (Vieira; Waischunng, 2018).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho fundamenta-se em uma abordagem qualitativa, como pesquisa de natureza empírica. As intervenções e atendimentos foram realizadas no período de um mês, com um grupo familiar de um paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva. Foi um dos vários pacientes e familiares atendidos durante o período do estágio, porém devido a complexidade do caso e seus respectivos atravessamentos, foi o escolhido para compor

o presente estudo. Todos os atendimentos foram realizados sob a supervisão da preceptoria, psicóloga responsável pela UTI, assegurando mediação assertiva e orientações necessárias ao desenvolvimento da prática.

A escuta ativa, acolhimento empático, uso de psicoterapia breve, observação participante foram as principais técnicas que fizeram parte das intervenções realizadas, além do atendimento multiprofissional. Ressalta-se que, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa devido ao caráter do trabalho ser um relato de experiência e não envolver coleta sistemática de dados de pacientes para fins de pesquisa. Porém, todos os atendimentos foram realizados em conformidade com os princípios éticos da Psicologia, garantindo o sigilo e a dignidade dos pacientes atendidos, além da autorização verbal dos familiares acerca do debate científico do caso em questão.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O relato a seguir trata sobre o caso de João (nome fictício), de 65 anos, que deu entrada no serviço no dia 16 agosto para investigação neurológica. Apresentava sintomas de tontura súbita com hemiparesia à direita e disfagia, em uso de Sonda Nasoenteral (SNE) para viabilizar sua via de alimentação. Recebeu o diagnóstico Schwannoma em Sistema Nervoso Central, grau 1. Foi submetido a cirurgia no dia 04 de setembro sem intercorrências. No dia 13, evoluiu com piora clínica e precisou ser reinternado na UTI, porém foi uma intercorrência revertida rapidamente e logo recebeu alta para enfermaria.

Prestes a ir de alta para casa, no dia 21 de setembro, retornou a UTI após ter arrancado a sonda o que ocasionou um sangramento em larga escala. Até então, com quadro neurológico mantido, mas com instabilidade hemodinâmica. Após isso, o paciente foi tendo pioras clínicas gradativas, tanto hepáticas quanto respiratórias, necessitando de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e sedação.

Os atendimentos psicológicos iniciaram após a sua terceira internação na UTI, direcionados aos seus familiares devido à falta de condição clínica do mesmo. O primeiro contato foi com o filho de João, no dia 25 de setembro. O atendimento seguinte foi realizado no dia 28 de setembro, com a irmã do paciente, que foi receptiva e colaborativa ao atendimento, tinha uma postura afetiva e compreensão do histórico de adoecimento do

paciente. Informou que a esposa do paciente precisou voltar à sua cidade para resolver questões burocráticas em relação ao seu trabalho, por isso que ela estava mais afastada.

VÍNCULOS FAMILIARES FRAGILIZADOS

Os familiares não compareciam às visitas e o atendimento seguinte só foi possível no dia 05 de outubro, a atual esposa do paciente. Casados há 10 anos, ela descreveu todo o percurso de adoecimento do seu esposo e os sintomas que o levou a iniciar a investigação neurológica, bem como as situações vivenciadas desde o início da internação. Ainda, expôs que mantém uma relação distante com os familiares do seu esposo, pois havia muitos desentendimentos no seio familiar.

Foi perceptível que os familiares possuem uma rede familiar com vínculos frágeis e relações conflituosas veladas. A irmã era a familiar que mais estava presente nas visitas e nos recebimentos dos boletins médicos, embora fosse perceptível que a mesma não tinha muita lucidez no entendimento das informações passada, apesar de afirmar compreender tudo. Mantinha a fé e esperança em relação à reversibilidade do quadro clínico, mesmo que a realidade fosse diferente.

EXPECTATIVAS IRREALISTAS

Em umas das visitas, a esposa relatou que notou uma melhora no paciente, referiu: “Ele está menos inchado e quando falo ele se meche.” Mas, não era isso que estava acontecendo. O paciente estava piorando clinicamente. Nesse dia, foi reforçado para Maria a importância de ter uma pessoa de referência presente nos momentos que ocorrem os boletins médicos, para não haver ruídos nas informações passadas pela equipe, ela demonstrou entender e afirmou que se organizaria para as próximas visitas. No entanto, nos dias seguintes a mesma não esteve presente.

AValiação INTERPROFISSIONAL

Em equipe foi sendo observado: a ausência dos familiares enquanto o paciente estava em curva de piora clínica, ausência de um cuidador(a) principal, falta de vinculação entre os familiares, incertezas quanto ao repasse de notícias de forma eficaz e expectativas irrealistas em relação ao prognóstico do paciente. Devido a isso, foi cogitado, no dia 06 de

outubro, a possibilidade de uma reunião para esses familiares com a presença da equipe, para atualização das informações, mas a esposa do paciente referiu que era algo desnecessário de acontecer, pois os familiares não estavam tendo dificuldade de compreender nenhuma informação.

RUÍDOS COMUNICACIONAIS

Quatro dias depois, uma outra irmã do paciente apareceu acompanhada da esposa, ambas com postura acalorada: “Não aceito que meu irmão morra por uma falha da enfermeira, ele chegou aqui bonzinho e já ia para casa”. Ainda, informou que reagendeu a reunião que tinha sido cancelada pela esposa do paciente para o dia 17 de outubro. Nesse momento, a postura da psicologia foi de conceder o espaço para os familiares exporem suas insatisfações, dúvidas, medos e receios. Para além disso, foi reforçado a importância de a reunião acontecer para que fossem retiradas todas as dúvidas e entender o processo do adoecimento.

No dia de ocorrer o momento da família, a mesma irmã cancelou, segundo ela: “por motivos pessoais”. Foi realizado um reagendamento, por outro membro da família, para o dia 23 de outubro, com a presença de toda a equipe responsável. Porém, não deu tempo, e no dia 21 o paciente evoluiu com piora hemodinâmica, falência de múltiplos órgãos e com óbito contestado às 16:20 horas.

RESULTADOS

A experiência relatada evidencia os impasses acerca dos familiares com dificuldade sociofamiliares, com vínculos fragilizados e com a impossibilidade de comunicação adequada no contexto da UTI, além da sua ausência em um ambiente com necessidade de presença. Ambiente este preparado para o paciente crítico, com reversibilidade do quadro clínico, porém, extremamente volátil, necessitando assim da adequação familiar ao contexto, organização acerca do cuidado e acompanhamento para o paciente e a falta de estratégias de enfrentamento funcionais. É perceptível que os familiares, às vezes, encontrem dificuldades para lidar com as situações devido aos altos níveis de estresse e obstáculos à adaptação.

Nesse contexto, a prática demonstrou que a atuação psicológica em hospitais exige flexibilidade para negociar espaços de atendimento e articular estratégias de intervenção junto à equipe multiprofissional. Evidenciou que o estar presente também é interventivo, que não há respostas para tudo e que em muitos momentos o silêncio é muito mais acolhedor que qualquer palavra dita. Os familiares terão seus próprios recursos de enfrentamento, emaranhados pela sua trajetória de vida e cabe a eles a resolução de seus conflitos internos, para atuação do psicólogo também há limites a serem respeitados.

Compete ao profissional de psicologia lutar em prol da humanização do cuidado, exercendo também a psicoeducação, mediação da comunicação, acolhimento, escuta ativa, suporte emocional, desenvolvimento ou fortalecimento de estratégias de enfrentamentos adaptativos. A disponibilidade e a observação da necessidade, enquanto equipe, para a realização do momento familiar exemplifica a importância da colaboração interdisciplinar.

DISCUSSÃO

Os resultados das pesquisas demonstraram que os eventos mais estressantes em UTI, referem-se as dificuldades de comunicação entre equipe e familiares e o uso majoritário de enfrentamento focalizado no problema e na emoção. Em contrapartida, esse mesmo estudo evidencia que a religiosidade, a paciência e a resignação foram relatadas pelos familiares como formas mais adaptativas de enfrentamento. Fatos estes presentes no caso de João, visto que seus familiares recorriam muito a religião como ponto principal de apoio, bem como o enfrentamento pautado no problema e na emoção, desconsiderando as evidências das gradativas piores clínicas (Pinheiro; Izabela; Pérez-Nebra, 2022).

João possuiu uma rede de apoio ampla, porém disfuncional, e que, muito provavelmente, os conflitos entre eles irão permanecer, bem como, as desavenças e o seguimento dos processos judiciais. Mas, são coisas que fogem do papel da psicologia. Talvez os familiares precisassem de alguém para culpar. Talvez fosse cômodo e defensivo ter a posição de não saber o que de fato tinha acontecido e levado o paciente ao estado de gravidade. A ausência dos familiares não teria tanta relevância, pois a culpa do “erro” do outro era o mais significativo.

Monteiro (2017) refere que “o medo e a ameaça de morte iminente são constantes e colocam pacientes, familiares e profissionais diante de emoções e conflitos que emergem dos limites do adoecer e da certeza da finitude humana”, considerando tal aspecto, o serviço da psicologia inserido no contexto de UTI tem como foco de atuação à tríade paciente-família-equipe, visando a humanização do setor e o bem-estar do paciente. Um estudo realizado por Maruiti e Galdeano (2007) com 39 familiares de pacientes críticos evidenciou que das necessidades apresentadas pelos familiares 79,5% era relacionada a conversar com os médicos todos os dias. Pesquisas apontam que os impactos emocionais se tornam mais evidentes tanto em relação ao próprio paciente, como aos seus familiares e a própria equipe, visto que a ideia de morte iminente e de irrecuperabilidade é mais presente, além do medo e insegurança diante dos procedimentos de intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho oportunizou uma aproximação ainda maior com a prática psicoterápica, em um setting terapêutico rico de acolhimentos, escuta, diferenças e potencialidade. Sugere-se a realização de mais momentos familiares com a equipe e os familiares nas UTI, considerando as fragilidades que o contexto traz e as mudanças, muitas vezes, abruptas dos quadros clínicos dos pacientes ali presentes. Apesar dos avanços, ainda existem muitos desafios a serem superados, são necessários mais estudos direcionados ao acolhimento de contextos familiares disfuncionais e formações adequadas voltadas a mais práticas. Que este trabalho possa estimular o debate sobre o tema e incentivar a realização de novos estudos e pesquisas, visando o aprimoramento da assistência psicológica e o bem-estar que deve ser oferecido aos pacientes, seus familiares e a equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

CARRIÃO, Gabriel Alves *et al.* SCHWANNOMA RETROUTERINO PROVOCANDO ALTERAÇÃO DE HÁBITO INTESTINAL–RELATO DE CASO. **Journal of Coloproctology**, v. 42, n. S 01, p. A417, 2022.

GASPARIN, Isabella Godoy. **A atuação da psicologia com pacientes terminais na UTI: uma revisão integrativa.** 2025.

LUCCHESI, Fátima; MACEDO, Paula Costa Mosca; DE MARCO, Mario Alfredo. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 1, p. 19-30, 2008.

MARUITI, Marina Rumiko; GALDEANO, Luiza Elaine. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, p. 37-43, 2007.

MONTEIRO, Mayla Cosmo. A morte e o morrer em UTI: família e equipe médica em cena. **Editora Appris**, 2017.

PINHEIRO, Izabela; KOHLSDORF, Marina; PÉREZ-NEBRA, Amalia Raquel. Análise sobre Estresse e Enfrentamento em Familiares de Pacientes Internados em UTI. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 32, p. e3204, 2022.

VIEIRA, André Guirland; WAISCHUNNG, Cristiane Dias. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. **Revista da SBPH**, v. 21, n. 1, p. 132-153, 2018.