



Artigo Original

Primeiro contacto com a unidade de cuidados intensivos pediátricos: papel do enfermeiro no envolvimento da família no cuidado

Tânia Filipa Cardoso Melo¹, Maria Isabel Domingues Fernandes², Maria Eduarda Correia³.

¹ Escuela Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal, <https://orcid.org/0000-0003-2914-9821>

² Escuela Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal, <https://orcid.org/0000-0002-4856-4441>

³ Centro de Investigación, Innovación y Desarrollo de Enfermería de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal, <https://orcid.org/0000-0001-8322-4437>

Información del artículo

Recibido: 14-05-2024

Aceptado: 20-10-2025

DOI: 10.15517/wh66y021

Correspondencia

Tânia Filipa Cardoso Melo

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

tania.tmelo@gmail.com

RESUMO

Introdução: O internamento de crianças em unidades de cuidados intensivos surge de forma inesperada, tanto para a família, como para a criança. Os sentimentos de medo e incerteza dominam os primeiros momentos de contacto com esta realidade inesperada, o enfermeiro surge, neste contexto, como o elemento de ligação entre a família e o contexto.

Objetivo: Identificar as práticas utilizadas pelos enfermeiros na preparação e acolhimento do familiar para o contexto de cuidados intensivos.

Método: Estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, com a participação de 26 enfermeiros a exercer funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos de um Centro Hospitalar, organizado em grupos focais, que ocorreram entre os dias 9 de maio e 8 de junho de 2019.

Resultado: Depois de organizados os resultados em categorias temáticas, a pesquisa permitiu identificar que, no primeiro contacto com a Unidade de Cuidados Intensivos, a fase de integração para o contexto passava pela apresentação do enfermeiro, pela tipologia de informação transmitida, pela apresentação da estrutura da unidade, pela apresentação do estado global do doente e pela desmistificação do contexto. Já relativamente ao acolhimento, os participantes no estudo consideraram este momento como marcante, condicionado pelas competências do enfermeiro, por uma avaliação inicial dos familiares e que obedece a requisitos próprios.

Conclusão: O primeiro contacto do processo de acolhimento, uma função do enfermeiro não delegável a outro profissional, sendo a preparação do familiar um processo contínuo iniciado do primeiro contacto com o serviço.

Palavras-chave: Acolhimento; Criança; Cuidados críticos; Família; Enfermeiros.

Resumen

Primer contacto con la unidad de cuidados intensivos pediátricos: el papel de enfermería en la participación de la familia en el cuidado

Introducción: La hospitalización de niñas y niños en unidades de cuidados intensivos es inesperada tanto para la familia como para la persona menor. Sentimientos de miedo e incertidumbre dominan los primeros momentos de contacto con esta realidad inesperada. En este contexto, las personas profesionales en enfermería actúan como enlace entre la familia y el ambiente.

Objetivo: Identificar las prácticas utilizadas por enfermería en la preparación y acogida de familiares en el ambiente de cuidados intensivos.

Método: Estudio exploratorio descriptivo, de naturaleza cualitativa, con la participación de 26 profesionales en enfermería que trabajan en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un Centro

Hospitalario. Con esta población, se llevaron a cabo grupos focales, que tuvieron lugar entre el 9 de mayo y el 8 de junio de 2019.

Resultado: Después de organizar los resultados en categorías temáticas, la investigación identificó que, en el primer contacto con la Unidad de Cuidados Intensivos, la fase de integración en el contexto implicó la presentación de la persona profesional en enfermería, el tipo de información transmitida, la presentación de la estructura de la unidad, la presentación del estado general del paciente y la desmitificación del contexto. En cuanto a la acogida, la población participante en el estudio consideró este como un momento importante, condicionado por las competencias del personal de enfermería, como una primera evaluación de los familiares y para el cumplimiento de requisitos específicos.

Conclusión: El primer contacto en el proceso de acogida es una función de enfermería que no puede delegarse en otro profesional, así como la preparación familiar, que es un proceso continuo desde el primer contacto con el servicio.

Palabras clave: Acogimiento; Niño; Cuidados Críticos; Familia; Enfermeros.

Abstract

First contact with the pediatric intensive care unit: the role of the nurse in family involvement in care

Introduction: The admission of children to intensive care units is unexpected for both the family and the child. Feelings of fear and uncertainty dominate the first moments of contact with this unexpected reality. In this context, nurses act as a link between the family and the environment.

Objective: To identify the practices used by nurses in preparing and welcoming the family members for the intensive care environment.

Method: An exploratory descriptive study of a qualitative nature, with the participation of 26 nurses working in a Pediatric Intensive Care Unit at a Hospital Center, organized into focus groups that took place between May 9 and June 8, 2019.

Result: After organizing the results into thematic categories, the research identified that, during the first contact with the Intensive Care Unit, the phase of integration involved the nurse's introduction, the type of information transmitted, the presentation of the unit's structure, the presentation of the patient's overall condition, and the demystification of the context. Regarding the welcome, the participants in the study considered this to be an important moment, conditioned by the nurse's competences, an initial assessment of the family members, and the fulfillment of specific requirements.

Conclusion: The first contact in the welcome process is a role of the nurse that cannot be delegated to another professional, and the preparation of the family is a continuous process from the first contact with the service.

Keywords: Welcoming; Child; Critical Care; Family; Nurses.

INTRODUÇÃO

O surgimento da doença e a hospitalização provoca alterações na pessoa e na sua família, que vão para além do medo, da perda e das incertezas que poderão advir daquele internamento e, são influenciadas muitas vezes

pelo contexto onde decorre, pelas causas e pelo estado de saúde. Quando este internamento ocorre por instabilidade ou por uma situação clínica crítica terá, ainda, mais impacto negativo no núcleo familiar e junto do doente, quando o mesmo se encontra com capacidades intelectuais e cognitivas para tal.

Sendo um evento traumático para a pessoa, que é afastada do seu ambiente familiar, social e afetivo, e é introduzida num novo ambiente, muitas vezes estranho e assustador, com estímulos e pessoas que não conhece, também o é para a família, constituindo-se como uma situação angustiante, de impotência e incerteza, em que os familiares se sentem vulneráveis e com medo, uma vez que o internamento vem impregnado da possibilidade de um prognóstico menos favorável.¹ Nesse contexto, a presença e participação ativa da família durante a hospitalização desempenham um papel fundamental, podendo ter um efeito apaziguador, constituindo um auxílio e suporte inestimável.^{2,3,4} Este envolvimento pode ajudar a mitigar a desestruturação e a disrupção que a hospitalização pode causar na unidade familiar.^{3,4} Apesar do reconhecimento da importância da participação da família, os estudos indicam que existe uma lacuna entre a teoria e a prática^{2,3}, ocorrido muitas vezes pela falta de preparação da família para estar no contexto de cuidados intensivos (UCI), os quais nem sempre estão preparados sobre a postura/comportamentos a adotar perante o ambiente da unidade. Assim, importa identificar os comportamentos reveladores de familiarização com a unidade, as razões subjacentes a esta situação e como será possível intervir para se promover uma qualidade de cuidados diferenciada, a este nível, tendo em conta o contexto de cuidados intensivos e tudo o que isso envolve.

Assim, o objetivo geral do estudo é identificar as práticas utilizadas pelos enfermeiros na preparação e acolhimento do familiar para o contexto de cuidados intensivos.

MATERIAIS E MÉTODOS

O processo metodológico selecionado incorpora-se num estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, focalizado nas práticas de um contexto de trabalho, uma

unidade de cuidados intensivos pediátricos, de um Centro Hospitalar.

Neste sentido, definiu-se que o contexto de estudo é uma UCI indicada para internamento de doentes com idade inferior a 18 anos, com doenças graves e potencialmente reversíveis; a questão de investigação - Que práticas são desenvolvidas pelos enfermeiros, na preparação e acolhimento do familiar para o contexto de cuidados intensivos?; e a população-alvo foi constituída pelos enfermeiros a exercer funções numa UCI pediátrica, integrada num Centro Hospitalar.

Na definição dos participantes do estudo optou-se por integrar toda a equipa de enfermagem. No entanto, e dado o fenómeno em estudo, também se definiu como critério de inclusão trabalhar na unidade há pelo menos 6 meses, prestar cuidados quotidianamente à pessoa em situação crítica, acolher os familiares na unidade e aceitar participar no estudo voluntariamente. Assim, seriam excluídos todos os enfermeiros em processo de integração no serviço, enfermeiros a realizar estágio ou a exercer funções de gestão e chefia no serviço e que na sua atividade quotidiana não acolhem familiares na unidade.

De acordo com as características delineadas para este trabalho de investigação e tendo em conta os objetivos definidos, a utilização de grupos focais considerou-se mais pertinente pela potencial riqueza na colheita de dados. Esta técnica, grupo focal, de acordo com Nunes⁵, “permite o controlo de uma discussão acerca de um tema, num grupo de pessoas” e, neste caso, a perceção dos enfermeiros relativamente ao envolvimento dos familiares no cuidado à pessoa em situação crítica internado em Cuidados Intensivos (CI), contexto que importa ser estudado e tido em conta a sua especificidade e complexidade. A potencialidade da utilização desta técnica é corroborada por Kruger e Casey,⁶ que consideram a importância da discussão focada com um grupo de pessoas

que partilham entre si características relacionadas com o tópico em estudo.

O instrumento utilizado para a colheita de dados foi, nesse sentido, a realização de grupos focais, recorrendo-se a um guião de entrevista de forma flexível e ajustável em qualquer momento (semi-estruturado), de modo a orientar a discussão e tendo em conta os objetivos delineados.

Nesse guião constavam várias questões orientadoras, passíveis de reformulação durante os grupos focais, nomeadamente: Que perceção foram construindo ao longo do tempo de trabalho/da práxis, sobre o significado que o ambiente da UCI tem para os familiares? Como realizam o acolhimento do familiar na primeira visita à unidade? Que cuidados têm, específicos deste 1º contacto?

Foram constituídos quatro grupos focais, codificados com as letras A, B, C e D, e as sessões de focos de grupo, com duração média de 50 minutos, decorreram no período de 9 de maio a 8 de junho de 2019.

Os grupos focais foram gravadas e posteriormente procedeu-se à transcrição dos áudios, tendo sido omitido nomes mencionados durante os mesmos, assegurando assim a total confidencialidade dos envolvidos.

O tratamento dos dados recolhidos nesta pesquisa qualitativa foi realizado por análise de conteúdo, tendo por base o método proposto por Flick,⁷ mais concretamente a análise de conteúdo estruturante, a qual “procura as estruturas formais do material”. Após a transcrição dos grupos focais efetuou-se a sua leitura integral, em que a investigadora anotou e sublinhou com diferentes cores frases ou expressões com sentido atribuído que surgiram ao longo das mesmas (que posteriormente foram designadas de unidades de significado), tendo em conta os objetivos da investigação. Anotaram-se palavras-chave que emergiram e auxiliaram posteriormente na designação da subcategoria, assim como redigiram pequenos

resumos correspondentes ao lido e a ideias que emergiram tendo em conta a problemática em estudo.

Para a realização e desenvolvimento desta pesquisa foi entregue um pedido formal ao conselho de administração e comissão de ética, do centro hospitalar onde se realizou o estudo, para apreciação do projeto de investigação e emissão de parecer sobre o cumprimento dos princípios éticos exigíveis. Obteve-se parecer favorável em abril de 2019, autorizado com a referência da instituição 135-18. Aos participantes foram explicadas as fases da investigação e o pretendido com o estudo, foi-lhes fornecido o consentimento informado para preencherem e assinarem, sendo o Consentimento Livre e Esclarecido obtido por escrito. Neste documento está expresso que a investigação se baseia no anonimato, confidencialidade, respeito pela intimidade e dignidade humana e, que o participante pode desistir em qualquer momento do estudo, sem que isso implique qualquer prejuízo.

RESULTADOS

A caracterização dos participantes tornou-se fulcral, percecionando assim também a adesão e características dos elementos. Sendo que a equipa era constituída por 32 enfermeiros, foram participantes na investigação 26 enfermeiros (82,5%) atendendo aos critérios de exclusão definidos e três enfermeiros não tiveram disponibilidade para participar no período de colheita de dados.

Os participantes apresentavam idades compreendidas entre os 31 e 63 anos. Embora os participantes fossem maioritariamente do sexo feminino, os do sexo masculino integraram dois grupos diferentes. Relativamente à formação académica e profissional, em cada grupo participaram enfermeiros licenciados e enfermeiros especialistas, isto é, a equipa em estudo era uma equipa com experiência profissional com variabilidade entre os 8-38 anos

e com tempo de serviço em cuidados intensivos superior a 3 anos, sendo que existem profissionais em que este era de 28 anos. A constituição dos grupos também, a este nível, foi heterogénea embora no grupo focal A o tempo médio de serviço na profissão e na unidade fosse mais elevado que nos restantes.

Dos dados obtidos, na realização dos grupos focais, constituiu-se várias categorias.

O primeiro contacto com um ambiente com as características e especificidades como as de uma UCI, na visão dos participantes, carece de uma preparação e integração bem como de um processo de acolhimento, para que os familiares se sintam contextualizados e ambientados. Da análise dos dados recolhidos constituíram-se as categorias: preparação para o contexto e acolhimento – 1º contacto.

Preparação para o contexto:

Na percepção dos enfermeiros participantes nos grupos focais, a apresentação do enfermeiro, a tipologia de informação fornecida, a apresentação da estrutura da unidade, a informação do estado global do doente e a desmistificação do contexto de CI são aspetos fulcrais a ter em conta para a preparação para o contexto, num primeiro contacto do familiar com a unidade de cuidados intensivos. Estes serão apresentados e analisados em seguida.

É considerada como fundamental pelos participantes, dos vários grupos focais, na e para a integração e preparação do familiar no contexto de cuidados intensivos, a apresentação do enfermeiro, devendo este identificar-se e apresentar-se pelo nome, mencionando que será o enfermeiro responsável pelo doente, sendo percebido assim como enfermeiro de referência para o familiar durante aquele momento, naquela primeira abordagem.

“Antes de mais apresentamo-nos, pelo nome e dizemos que somos a enfermeira que está a cuidar do filho neste momento.” (A1)

“Primeiro, apresento-me... Acaba por ser importante estabelecer ali alguma coisa.” (B4)

Importa ter em conta numa primeira abordagem, pelo que foi mencionado exaustivamente pelos participantes, em todos os grupos focais, a tipologia de informação transmitida. No primeiro contacto com a unidade, os familiares não conhecem o ambiente, não estão familiarizados com ele, mas devido a toda a carga emocional presente e decorrente da situação, centram, primeiramente, a sua atenção no estado clínico do doente e na possibilidade de verem o seu familiar, pelo que o enfermeiro para além de ter uma atitude de disponibilidade, terá de atender à informação transmitida. Esta primeira abordagem nem sempre é ouvida e compreendida, pelo que deve ir ao encontro das preocupações que o familiar apresenta, sendo o mais direcionada e sucinta possível e, informando sobre o que é prioritário, se possível tranquilizando-os, tendo sempre como premissa mais relevante dar a conhecer o estado do seu familiar.

“Numa primeira abordagem, eles habitualmente nunca ouvem muito bem aquilo que nós dizemos, tal é o stress com que estão e o medo. Geralmente é sempre uma pequena abordagem só, porque eles não ouvem, eles estão ansiosos, querem é ver o filho...” (A1)

“E tentamos explicar um bocadinho o que é que vão encontrar e como é que vão encontrar, e acompanhá-los sempre em todos os passos (...) eles às vezes nem sabem já o que é que dissemos...” (C6)

A apresentação da estrutura da unidade foi outro dos pontos que os participantes

consideram que deve ser feita. Referem a sua importância, como parte integrante na preparação dos familiares para o contexto de CI, desde o primeiro contacto, nomeadamente, na apresentação das regras institucionais e da própria unidade, salientando a possibilidade de acompanhamento assim como informações pertinentes para os familiares estarem na unidade e em contacto com os seus familiares, como se exemplifica por estas expressões.

“(...) habitualmente reforço só as coisas mais importantes do acolhimento, das normas do serviço para entrada e saída do serviço, as visitas, as situações mais importantes que fazem parte das regras do serviço.” (A1)

“Tento apresentar um bocadinho o espaço para terem algum à vontade quando entram e depois o ambiente à volta da criança também... onde é que podem estar, o facto de se poderem aproximar ou não. Regras básicas que fazem parte da nossa unidade, lavar as mãos, vestir batas ou não. Pronto, esse tipo de situações.” (C7)

Para além da apresentação da estrutura da unidade, os participantes consideram que é importante abordar o estado global do doente aquando da preparação do familiar no contexto, sendo este um dos aspetos estruturantes. Importa explicar como vão encontrar o doente, contextualizando-os para a panóplia de dispositivos que poderão visualizar, tentando familiarizá-los com aquele ambiente previamente, para que o primeiro contacto não seja tão abrupto e compreendam o porquê de todos os equipamentos.

“...há uma coisa que eu tento dizer também, é como vão encontrar mais ou menos o filho. Se está entubado ou se não está entubado, ou se tem uma máquina ou se não tem uma máquina e explicar-lhes que todas as máquinas fazem barulho...” (A4)

“Normalmente, quando entram, se tiverem muitos dispositivos costumo dizer o que é que tem, para contextualizar um bocadinho, para não ser aquele choque de não perceber o que é que está a acontecer. Explicar de forma básica...” (C7)

A desmistificação do contexto foi outra das subcategorias que emergiu das falas dos participantes, em dois dos grupos focais. Expressam que tentam transmitir que a admissão em CI e toda a panóplia de tecnologia aí existente não é necessariamente sinónimo de algo fatal ou trágico. Esta desmistificação é conseguida com a explicação de que todo o equipamento existente não é proporcional à gravidade da situação, mas funciona como suporte à monitorização e auxilia o profissional no cuidado, pelo que o seu enfoque principal deverá estar na presença junto do familiar.

“Também acho que é importante explicar que o facto de vir para os intensivos que o desfecho não é sempre fatal. Portanto, o prognóstico não tem que ser sempre negativo e acho que isso também dá alguma tranquilidade.” (D3)

“Desmistificar um bocadinho toda a tecnologia que nos dá suporte, que é necessária para os cuidados intensivos. Dizer-lhes que aquilo é só para nós, que eles não precisam de perceber como é que funcionam todos aqueles aparelhos, que isso é mesmo só para nos dar apoio. O mais importante é transmitir à criança que eles estão ali, que a acompanham, lhe dão apoio e que para nós isso também é bom!” (D2)

Acolhimento – 1º Contacto

O primeiro contacto foi considerado em todos os grupos focais como muito relevante e que deve atender a vários aspectos. Este foi considerado um momento marcante, com necessidade de avaliação inicial do conhecimento dos familiares, que carece de competência do enfermeiro e que deve ser

norteado por um conjunto de requisitos/exigências.

De acordo com os participantes, o acolhimento enquanto primeiro contacto, primeira vez que os familiares estão em contacto com o ambiente de CI é um momento marcante. É neste momento que lhes informam que são o enfermeiro responsável pelo seu familiar e este pode ser decisivo na sua postura a partir daí.

“Portanto, que o primeiro contacto com a pessoa, eles... A primeira pessoa que fica com o filho, que o recebe...eles marcam aquele elemento.” (A1)

A avaliação inicial do conhecimento dos familiares é também um aspeto valorizado, pelos participantes, no primeiro contacto. O profissional deve predispor-se a conhecer aquela família, os seus conhecimentos, preocupações e dúvidas, para intervir e esclarecer de forma direcionada e individualizada, doseando a informação de acordo com a família em questão o que decorre do primeiro julgamento que o enfermeiro faz do familiar que está a receber.

“...são todos diferentes e saber o que é que eu hei-de dizer...para aqueles pais que estão ali à minha frente e por pouco tempo, eu fazer uma análise daquela pessoa e saber o que é que eu lhe vou dizer, como é que eu vou dirigir...” (A5)

“...e o que eu tento fazer para os tentar acalmar um bocadinho, é tentar perceber quais é que são as dúvidas, tentar esclarecer se conseguir.” (D6)

Outro elemento que emergiu num dos grupos focais foi que esta é uma competência do enfermeiro no acolhimento do familiar no primeiro contacto com o contexto de CI. Não há espaço à delegação desta atividade noutro profissional. A importância do primeiro contacto exige que seja o enfermeiro a fazê-lo mesmo que tenham de priorizar atividades, esta não pode ser

delegada. As palavras de um participante evidenciam-no.

“Quem deve fazer um primeiro contacto, ou qualquer contacto, com os pais aqui neste serviço, nunca, em tempo algum, é um auxiliar. Não é que elas sejam pessoas que não conseguem ter uma conversa... Não, mas temos de ser nós. Às vezes temos o serviço cheio, mas arranjamos um bocadinho que um colega fique com a criança porque eu preciso de ir só dois minutos falar com estes pais. Mas isso acho que tem de ser sempre uma pessoa que tenha habilidade e competências para o fazer. Acho que, às vezes faz-se um serviço que eu não concordo de todo.” (C6)

De acordo com o aludido pelos participantes, o acolhimento do familiar no primeiro contacto com a UCI deve obedecer a determinados requisitos/exigências. Os participantes referem que o acolhimento é importante no primeiro contacto, mas que este é um processo contínuo, realizado de forma progressiva, em várias etapas e de acordo com a disponibilidade e capacidade do familiar para ouvir. Neste o enfermeiro deve demonstrar disponibilidade e aceitação da situação do familiar, respeito pela individualidade e preocupações de cada um, assim como ser um agente capaz de transmitir confiança, tranquilidade e segurança, apoiando emocionalmente a família com uma atitude de valorização do seu sofrimento. Alguns dos extratos que se seguem são exemplificativos do referido.

“E, portanto, eu acho que o acolhimento acaba por ser um processo e não um momento único que coincide com o momento da entrada, do primeiro contacto aqui no serviço. Portanto, acaba por ser um processo ao longo dos dias.” (C5)

“Precisamos de ser seletivos, porque o que é visto como integração para uns pode não ser para outros. Tento dar-lhe algum calor para que eles se sintam, apesar de tudo, aconchegados... Mas tentamos dar algum aconchego, que eles se sintam seguros.” (A5)

DISCUSSÃO

A hospitalização de um familiar é, incontestavelmente, um evento traumático para a pessoa, que é afastada do seu ambiente familiar, social e afetivo, e é introduzida num novo ambiente, muitas vezes estranho e assustador, com estímulos e pessoas que não conhece. Mas é também um evento traumático para a família, constituindo-se como uma situação angustiante, de impotência e incerteza, em que os familiares se sentem vulneráveis e com medo, uma vez que o internamento vem impregnado da possibilidade de um prognóstico menos favorável.^{5,9,23,24,27} Neste âmbito não pode ser esquecido que cada família é única, com meios culturais, económicos, religiosos e de instrução diferentes.¹⁰ O internamento de um familiar, e principalmente quando este está gravemente doente, é considerado, segundo Barreto, Marcon e Garcia-Vivar,¹⁰ como uma experiência repentina e inesperada para a família. Se o mesmo ocorrer numa UCI poderá representar uma experiência stressante e angustiante, pois frequentemente ocorre uma separação do binómio pessoa/família.^{12,24,26,27} A admissão numa UCI, de acordo com Chiu, Chien e Lam,¹² pode causar inúmeros problemas fisiológicos e psicológicos para a pessoa em situação crítica como no seio familiar. Pode provocar mudanças nas relações e responsabilidades, interrupção de rotinas, alto nível de stress, conflito de papéis, alteração no papel parental, descompensações emocionais, dificuldade de lidar com a situação, com a incerteza, com a ansiedade e medo e com todo o meio ambiente envolvente, desconhecido e altamente tecnológico que o internamento em

contexto de cuidados intensivos está envolto.^{10,14,16,25,27} Uma situação de internamento em CI, geralmente ocorre de forma inesperada e não previsível, sendo que a família tem pouco ou nenhum tempo para se preparar para o acontecimento e o resultado poderá ser *“o aumento do stress, crise ou mesmo a disfuncionalidade”*.¹⁷

Neste contexto, envolvimento pode ser de difícil implementação, especialmente no primeiro contacto do familiar com a UCI, embora este seja relevante na forma como o familiar vai perceber o ambiente de CI e como poderá contextualizar-se e integrar-se na unidade. É aquilo que no cuidado ao doente e família, Formarier e Jovic,¹⁷ consideram como primeiro passo do acolhimento o qual poderá ter influência posterior nas interações. Também Corrêa et al.,¹⁸ no seu estudo com enfermeiros, considera que *“para o início de uma boa relação, o acolhimento torna-se revelante...”* assim como Souza et al.,²⁵ consideram fulcral a preparação inicial e que poderá traçar todo o percurso.

O primeiro contacto do processo de acolhimento, uma função do enfermeiro não delegável a outro profissional, pode ser uma barreira ou um elemento facilitador ao envolvimento^{24,25}, sendo este um momento marcante, pois se a relação estabelecida neste momento não for securizante e promotora de confiança no familiar, todo o processo subsequente pode ser condicionado.

Estas são constatações também evidenciadas noutros estudos em que os familiares manifestam atribuir grande importância à forma como são acolhidos na primeira visita, em que tentam estabelecer uma relação de confiança e segurança.^{25,26,27} Contudo, é relevante salientar que ser o enfermeiro a realizar este primeiro contacto pelo carácter marcante que tem, não emerge nas conclusões de outras investigações.

O primeiro contacto com a UCI permite colher dados relativos às preocupações, dúvidas

e conhecimentos dos familiares, possibilitando um conhecimento inicial das skills e da disponibilidade para a sua presença e participação. Estes são resultados que vão ao encontro dos apresentados na revisão sistemática de Kiwanuka, Imanipour, Rad, Masaba e Alemayehu,²⁰ sobre relatos das experiências dos familiares em UCI, permitindo assim reduzir um possível impacto negativo na família. Também o estudo de Melo & Fernandes²⁷ enfatiza a importância da preparação da família para o ambiente, para que posteriormente seja possível a sua integração nos cuidados.

Salienta-se que Formarier e Jovic¹⁷ integram estas características na segunda fase do acolhimento, considerando que esta implica conhecer a pessoa, em termos de preocupações, necessidades e recursos, de forma a acompanhá-la a adaptar-se àquela nova situação ou ambiente. Também Chaves et al.¹ considera que *“... conhecer a família é uma importante atitude de suporte para o cuidado ampliado do enfermeiro quando da hospitalização em cuidados intensivos”*.

O acolhimento é considerado um processo contínuo, em que a transmissão de informação é feita gradualmente, tendo em conta a família em questão, respeitando-a nas suas individualidades. Também Corrêa et al.¹⁸ evidenciam a necessidade de analisar desde início o nível de compreensão da família relativamente à admissão do seu familiar na UCI, reconhecendo também as suas individualidades e respeitando a sua forma de estar e vivenciar o momento.

O acolhimento exige disponibilidade e permite que se estabeleça uma relação de confiança entre enfermeiro/familiar, sendo o profissional visto como recurso em termos de apoio emocional, o que é corroborado por Souza et al.²³, Dahav e Sjostrom-Strand²¹, Boyamian et al.²² nos seus estudos, com pais e com

enfermeiros e família respetivamente, em que salientam a importância dada pelos familiares e enfermeiros à relação estabelecida, permitindo que ambos se sintam satisfeitos, confortáveis e mais confiantes.

Para iniciar a integração/preparação do familiar, os enfermeiros apresentam-se pelo nome, evidenciando ser o enfermeiro responsável pelo doente, sendo entendido como uma referência para a família. Os significados e pré-conceitos existentes podem ser amenizados pela desmistificação do ambiente de CI desde o primeiro contacto, sendo fundamental ser adequada à família, ao motivo de admissão e às vivências anteriores.

Assim, para integrar o familiar no ambiente de CI, os enfermeiros, numa primeira abordagem, têm em conta o estado de stress e ansiedade dos familiares e que se encontram num momento em que o seu enfoque principal é estar junto do seu familiar e obter informações relativamente ao seu estado, pelo que a informação fornecida, é disponibilizada de forma sucinta e não muito pormenorizada, tendo em conta que nem sempre é entendida e assimilada.^{21,23,24,26,27} De acordo com Dahav e Sjostrom-Strand,²¹ os participantes relataram incapacidade de captar toda a informação recebida devido à situação estressante que era estar numa UCI.

Essa informação é baseada na estrutura da unidade e no estado global do doente. No primeiro contacto com a unidade e para preparar a familiar para o contexto, os enfermeiros transmitem as regras institucionais e do serviço, informam relativamente à restrição de visitas, à possibilidade de acompanhamento no período noturno, ao local para realização de refeições e a necessidade de utilização de vestuário adequado para entrada e permanência no serviço. Relativamente ao estado global do doente, é explicado como vão encontrar o seu familiar, se está a necessitar ou não de suporte ventilatório e

dispositivos existentes, tentando contextualizar e preparar o familiar para o primeiro impacto.

Esta preparação para o ambiente de CI e para o estado global do doente que a família irá observar vem corroborar outros estudos, onde é mencionada a importância da descrição da tecnologia existente, da situação clínica do doente assim como de transmissão de orientações importantes a ter em conta relativamente à segurança na UCI.^{22,23,24,25,26}

O facto do estudo ter sido realizado apenas num contexto de UCI pode ser considerado como uma limitação pois, apesar de ter tido a participação quase integral da equipa, não permite generalizar os seus resultados e conclusões a outras realidades, visto que a percepção dos enfermeiros poderá ser díspar em outras unidades de CI.

CONCLUSÃO

Para que a família participe no cuidado à pessoa internada em cuidados intensivos, a sua preparação terá de ser um processo contínuo, iniciado desde o primeiro contacto com a UCI. A

preparação é necessária, pois o ambiente de CI é percebido como um ambiente tecnológico, amedrontador, hostil e com uma carga negativa, que dificulta a intervenção dos familiares, pelo que pode ocasionar sentimentos de angústia, desespero e incerteza, vivências estas potencialmente influenciadas por experiências prévias de contacto com as UCI, pré-conceitos, situação de doença ou com o contexto sociofamiliar. Contudo, este é um ambiente considerado securizante quando a situação clínica da pessoa é grave e o internamento em CI é vivenciado como uma réstia de esperança ou agravou-se noutro contexto e teve de passar a receber cuidados numa UCI.

O cuidado presente na integração/preparação da família para o contexto de UCI obedece a requisitos como: os enfermeiros apresentarem-se pelo nome; desmistificarem o ambiente e o contexto; apresentarem a unidade (normas institucionais e do próprio serviço, horário das refeições, restrição de visitas e acompanhamento) e transmitirem informação sucinta sobre o estado global do doente.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Sem conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Chaves R, Sousa F, Silva A, Santos G, Fernandes H, Cutrim, C. Importância da família no processo de cuidados: Atitudes de enfermeiros no contexto da terapia intensiva. Revista de enfermagem UFPE on line. 2017;11(12):4989-4998. doi: 10.5205/1981-8963-v11i12a22285p4989-4998-2017
2. Melo TF. Envolver a família no cuidado à pessoa em situação crítica: Estudo em contexto de cuidados intensivos [dissertação]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2020.

3. Waddington C, Veenendaal NR, O'Brien K, Patel N, International Steering Committee for Family Integrated Care. Family integrated care: Supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *Pediatric Investigation*. 2021;5(2):148–154. <https://doi.org/10.1002/ped4.12277>
4. Weber U, Zhang Q, Garritano J, Johnson J, Anderson N, Knies AK, Nhundo B, Bautista C, Huang KB, Branceanu AM, Rosand J, Hwan DY. Predictors of family dissatisfaction with support during neurocritical care shared decision- making. *Neurocritical Care*. 2021;35:714-722. <https://doi.org/10.1007/s12028-021-01211-6>
5. Nunes A. A utilização da técnica dos grupos focais na metodologia de investigação qualitativa. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2012;25:89-94.
6. Krueger R, Casey M. Focus groups: a practical guide for applied research. 5ª ed. California: SAGE Publications; 2015.
7. Flick U. Métodos qualitativos na investigação científica. Lisboa: Monitor; 2013.
8. Dionísio R, Escobar E. Importância da presença e participação dos pais durante a hospitalização da criança. *Revista de Enfermagem UNISA*. 2002;3:23-26.
9. Carlson E, Spain D, Muhtadie L, McDade-Montez L, Maciac K. Care and caring in the ICU: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care*. 2015;30(3):557-561. doi: 10.1016/j.jcrc.2015.01.012.
10. Barreto M, Marcon S, Garcia-Vivar C. Patterns of behaviour in families of critically ill patients in the emergency room: A focused ethnography. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(3):633-642. doi: 10.1111/jan.13156
11. Martin D, Sousa P, Batista P. Necessidades dos familiares do doente crítico internado numa unidade de cuidados intensivos: perspectiva do enfermeiro. *Revista Sinais Vitais*. 2014;114(6):15-26.
12. Chiu YL, Chien WT, Lam LW. Effectiveness of a needs-based education programme for families with a critically ill relative in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13(5):655-656. doi: 10.1111/j.1365- 2702.2004.00844.x
13. Cypress BS. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011;27(5):273-280. doi: 10.1016/j.iccn.2011.08.001.
14. Engström B, Uusitalo A, Engström A. Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011;27:1-9. doi: 10.1016/j.iccn.2010.11.004
15. Khalaila, R. Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing Standard*. 2014;28(43):37-44. doi: 10.7748/ns.28.43.37.e8333.
16. Stanhope M, Lancaster J. Enfermagem de saúde pública. Cuidados de saúde na comunidade centrados na população. 7ª ed. Loures: Lusodidacta; 2011.
17. Formarier M, Jovic L. Les concepts en sciences infirmières. Lyon: Éditions Mallet Conseil; 2009.

18. Corrêa A, Andrade A, Manzo B, Couto D, Duarte E. As práticas do cuidado centrado na família na perspectiva do enfermeiro da unidade neonatal. *Escola Anna Nery*. 2015;19(4):629-634. doi: 10.5935/1414-8145.20150084
19. Waddington C, Veenendaal NR, O'Brien K, Patel N, International Steering Committee for Family Integrated Care. Family integrated care: Supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *Pediatric Investigation*. 2021; 5(2): 148–154. <https://doi.org/10.1002/ped4.12277>
20. Kiwanuka F, Imanipour M, Rad S, Masaba R, Alemayehu Y. Family members' experiences in adult intensive care units: A systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019:1-13. doi: 10.1111/scs.12675
21. Dahav P, Sjöström-Strand A. Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: A qualitative study-like being in another world. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2018;32:363-370. doi: 10.1111/scs.12470
22. Boyamian T, Mandetta M, Balieiro M. Nurses' attitudes towards families in neonatal units. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2021; 55, e03684. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019037903684>
23. Souza B, Nascimento CN, Fioresi M, Furieri LB, Balbino FS, Andrade LMC, Bringuente, MEO. Multi-professional family support programme: A collective development at the neonatal intensive care unit. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2024; 21: 1568. <https://doi.org/10.3390/ijerph21121568>
24. Alexanian J, Fraser I, Smith O, Kitto S. Family member experience in intensive care units: Insights from a family involvement tool implementation trial. *Qualitative Health Research*. 2024; 34(10): 926-940. doi: 10.1177/10497323241226678
25. Melo TFC, Fernandes MI. Percepção dos enfermeiros relativamente ao envolvimento da família nos cuidados à criança em situação crítica. *Revista de Enfermagem Referência*. 2024; 6(3), e24, 56,35756: 1-7. <https://doi.org/10.12707/RVI24.56.35756>
26. Sánchez-Rubio L, Cleveland L, Villalobos M, McGrath J. Parental decision-making in pediatric intensive care: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*. 2021; 59: 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.03.018>
27. Wubben N, Boogaard M, Hoeven JG, Zegers M. Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: A qualitative interview study. *BMJ Open*. 2021; 11: e050134. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050131>.