

Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva

Needs of the Relatives of Patients Hospitalized in an Intensive Therapy Unit

Necesidades de Familiares de Pacientes Internados en Unidad de Terapia Intensiva

Vanessa Carla Batista^{1*}; Lorena Vicentine Coutinho Monteschio²; Fernando José de Godoy³; Herbert Leopoldo de Freitas Góes⁴; Laura Misue Matsuda⁵; Sonia Silva Marcon⁶

Como citar este artigo:

Batista VC, Monteschio LVC, Godoy FJ, *et al.* Necessidades de Familiares de Pacientes Internados m Unidade de Terapia Intensiva. Rev Fund Care Online. 2019.11(n. esp):540-546. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.540-546>

ABSTRACT

Objective: The study's goal has been to identify the needs of the relatives of people hospitalized in an Intensive Care Unit from the interior of the Paraná State. **Methods:** Data were collected from May to September 2017, through the application of the Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) to 55 patients' family members. It was performed a descriptive and inferential analysis. **Results:** The most valued needs were those related to information, safety in knowing that the family member is receiving the best treatment and having access/possibility of being able to talk with the physician at the visit time. **Conclusion:** Knowing the needs of family members is an important tool to assess the aspects related to the delivered care, and also provides subsidies for implementing actions that guarantee better quality of care for the patients and their families.

Descriptors: Intensive Care Units, Family Nursing, Determination of Health Care Needs, Intensive Care.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá (PR), Brasil. Universidade Estadual de Maringá.

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá. Universidade Estadual de Maringá.

³ Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Casa de Maringá. Hospital Santa Casa de Maringá.

⁴ Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá. Universidade Estadual de Maringá.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá. Universidade Estadual de Maringá.

⁶ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá. Universidade Estadual de Maringá.

RESUMO

Objetivo: Identificar as necessidades dos familiares de pessoas internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no interior do Estado do Paraná.

Método: Os dados foram coletados no período de maio à setembro de 2017, por meio da aplicação do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI) a 55 familiares. Realizado análise descritiva e inferencial. **Resultados:** As necessidades mais valorizadas foram as relacionadas com informação, segurança em saber que o familiar está recebendo o melhor tratamento e de ter acesso/possibilidade de poder conversar com o médico no momento da visita. **Conclusão:** Conhecer as necessidades dos familiares se faz como uma importante ferramenta de avaliação dos aspectos relacionados ao cuidado prestado e fornece subsídios para implementação de ações que garantam melhor qualidade da assistência ao paciente e a família.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva, Enfermagem Familiar, Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde, Cuidados Intensivos.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las necesidades de los familiares de personas internadas en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) en el interior del Estado de Paraná. **Método:** Los datos fueron recolectados en el período de mayo a septiembre de 2017, por medio de la aplicación del Inventario de Necesidades y Estresores de Familiares en Terapia Intensiva (INEFTI) a 55 familiares. Realizado análisis descriptivo e inferencial. **Resultados:** Las necesidades más valoradas fueron las relacionadas con información, seguridad en saber que el familiar está recibiendo el mejor tratamiento y de tener acceso/posibilidad de poder conversar con el médico en el momento de la visita. **Conclusión:** Conocer las necesidades de los familiares se hace como una importante herramienta de evaluación de los aspectos relacionados al cuidado prestado y proporciona subsidios para implementación de acciones que garanticen mejor calidad de la asistencia al paciente y la familia.

Descriptor: Unidades de Terapia Intensiva, Enfermería Familiar, Determinación de las Necesidades de Atención sanitaria, Cuidados Intensivos.

INTRODUÇÃO

A hospitalização é um evento que causa desestabilidade dentro do ciclo familiar. Tal mudança detém caráter repentino e causa transtornos não apenas para o paciente, mas para todos os membros da família, pois representa uma experiência ameaçadora e o sofrimento é intensificado por sentimentos de ansiedade, conflitos, comprometendo o equilíbrio da dinâmica familiar.¹

Durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tanto o paciente como os familiares podem enfrentar crises em razão de desconfortos gerados pela privação do convívio com o familiar adoecido, a possibilidade de perdê-lo, a mudança na rotina da vida familiar, a carência de informação acerca do estado de saúde ou a necessidade de se adequar às rotinas impostas pela instituição onde se processa o atendimento.²

A UTI é considerada um ambiente potencializador de emoções, sentimentos e frustrações. Desta forma, a família vivencia uma situação de crise, pois em geral a admissão do paciente ocorre como resultado de uma doença ou

trauma, causando uma instabilidade emocional, que irá mobilizar estratégias de enfrentamento para lidar com o evento estressor.³

Em virtude da constante expectativa de situações de emergência, da alta complexidade tecnológica e da concentração de pacientes graves sujeitos a mudanças súbitas no estado geral, o ambiente UTI caracteriza-se como estressante e gerador de uma atmosfera emocionalmente comprometida, tanto para os profissionais como para os pacientes e seus familiares.⁴

Os familiares de pacientes em UTI podem vivenciar necessidades importantes durante o período de internação do seu familiar. As necessidades são definidas como algo essencial, determinado pelas pessoas e que, quando supridas, suavizam a angústia e a ansiedade e melhoram a percepção de bem-estar.⁵

Observa-se que o foco da assistência de enfermagem é o atendimento das necessidades do paciente. Entretanto, o paciente não é o único a sofrer com a doença e com a hospitalização, a família compartilha a angústia, o medo, a insegurança e o sofrimento deste momento.⁶

Destarte, o enfermeiro e sua equipe devem estar capacitados a reconhecer a relação com o familiar, estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia. A família tem o direito de ser incluída nos cuidados de saúde, já que para o bem-estar do paciente, a presença dela é significativa.⁷ Identificar as necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI pode tornar o ambiente mais acolhedor e menos impessoal, principalmente no que se refere ao acolhimento prestado aos familiares.⁸

O presente estudo pretende contribuir para a enfermagem e demais profissionais da saúde refletirem e compreenderem as situações experienciadas pelos familiares. Além disso, fornece subsídios para o fortalecimento das políticas de humanização do Ministério da Saúde que têm apontado o acolhimento como uma ferramenta que deve ser utilizada em virtude das possibilidades de ampliação e efetivação do cuidado humanizado, pois preconiza a escuta, o vínculo e o respeito entre profissionais e usuários do serviço.⁸

Por acreditar ser fundamental o acolhimento da família nesse cenário para a promoção do seu conforto, questiona-se: o setor de tratamento intensivo especializado consegue ultrapassar a barreira tecnológica atendendo os anseios das famílias envolvidas nos cuidados como parte do processo de humanização? Afim de responder a esta questão, o presente estudo teve como objetivo identificar as necessidades dos familiares de pessoas em internamento na UTI.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, desenvolvida em um hospital filantrópico de médio porte da cidade de Guarapuava, localizada na região centro-oeste do Paraná e que atende predominantemente pacientes

vinculados ao Sistema Único de Saúde. A UTI da instituição possui dez leitos, fornece atendimento clínico e cirúrgico e é referência nas especialidades de neurologia, cardiologia e nefrologia.

Nesta unidade não é permitida a presença do acompanhante. As visitas são liberadas diariamente, no período vespertino, durante 30 minutos, sendo permitida a entrada concomitante de duas pessoas. Os familiares que chegam ao hospital são encaminhados a uma sala de espera, onde há um psicólogo que os aborda e explica como funciona a dinâmica das visitas aos familiares.

Os dados foram coletados no período de abril a agosto de 2017, por ocasião do comparecimento à instituição para visitar o familiar internado. Os sujeitos foram abordados e convidados a participarem do estudo, enquanto aguardavam pela liberação das visitas. Neste momento, foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e a forma de participação desejada. Os que concordaram em participar, eram convidados a se afastarem das demais pessoas presentes na sala de espera, para em seguida responderem as questões relacionadas a identificação (parentesco, número de dias de internação, idade do paciente) e ao questionário INEFTI. Algumas vezes, a própria pessoa assinalava as respostas e noutras, um dos pesquisadores fazia a leitura das questões e assinalava a resposta apontada pelo participante.

Os critérios de inclusão adotados foram: Idade igual ou superior a 18 anos e ter algum laço de proximidade (parentesco ou amizade) com o paciente internado. Foram excluídas do estudo, pessoas com labilidade emocional.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi o Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI) ou *Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)*, adaptado e validado para a cultura brasileira por Castro (1999). Este instrumento avalia as necessidades de familiares de pacientes em UTI e consequentemente, a satisfação das mesmas.⁹

O CCFNI está constituído por 43 itens, organizados em quatro domínios de necessidades, a saber: 1) necessidade de conhecimento/informação; 2) de conforto; 3) de segurança emocional; e 4) necessidade de acesso ao paciente e aos profissionais da unidade.¹⁰

As respostas são apresentadas em escala do tipo Likert, de quatro pontos: (1) não importante, (2) pouco importante, (3) muito importante e (4) importantíssimo. Quanto maior o valor atribuído ao item, maior o grau de importância à necessidade em questão.

Para análise os dados foram digitados e organizados em uma planilha no programa Excel 2013[®] e submetidas a estatística descritiva e inferencial no SPSS 20[®]. Foram calculadas as médias, medianas e respectivos desvios padrão (dp) dos escores obtidos em cada um dos itens. Devido os valores das médias e das medianas serem aproximados, optou-se por apresentar as médias.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com as diretrizes disciplinadas pela resolução

466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM), sob parecer nº 2.071.635 e C.A.A.E nº 66253517.7.0000.0104. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 55 familiares entrevistados, a maioria era do sexo feminino (67,3%), mais da metade eram filhos do paciente (58,2%). Os pacientes tinham idade que variou de 18 à 84 anos, com média de 58,2 ($\pm 15,3$) anos e estavam internados na UTI entre um a trinta dias. O tempo médio de internação por ocasião da entrevista foi de 6,9 dias. Destaca-se que 21,8% dos pacientes estavam internados há apenas um dia e 49,1% há no máximo três dias.

A causa mais frequente de internação do paciente na UTI foi o pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca (23,6%), seguida por agravos clínicos do aparelho circulatório (21,8%), doenças respiratórias (16,4%), neurológicas (14,5%) e externas (9,1%).

Uma análise geral dos dados, mostra que o domínio que alcançou maior média e portanto, representa as necessidades mais valorizadas pelos participantes foi a de conhecimento/informação (média de 3,2) e a menos valorizada foi a necessidade de conforto (2,8). Embora as diferenças entre os quatro domínios sejam mínimas, elas indicam de certo modo, uma hierarquia nas necessidades percebidas pelos familiares.

Na **tabela 1**, observa-se que não existem diferenças significativas entre os sexos em relação as necessidades de conhecimento/informação. Dentre estas necessidades, as que mais sobressaíram foram saber o porquê determinado procedimento foi realizado e receber orientações como o que fazer ao lado da cama do meu familiar doente, enquanto as menos valorizadas foram ser avisado sobre os serviços religiosos existentes na instituição e ser informado sobre outras pessoas que poderiam ajudar com os problemas.

Tabela 1 – Necessidade de conhecimento/informação de familiares de pacientes internados em UTI, de um hospital. Guarapuava, PR, Abril/Agosto 2017.

Necessidades de conhecimento/informação	Média (dp) ^a	Sexo		P-valor
		Fem	Masc	
-Saber o porquê determinado procedimento foi realizado	3,6 (0,8)	3,6 (0,9)	3,6 (0,6)	0,312
-Receber orientações como o que fazer ao lado da cama do meu familiar doente.	3,5 (0,8)	3,5 (0,9)	3,7 (0,7)	0,188
-Saber fatos concretos sobre o progresso do meu familiar	3,5 (0,8)	3,5 (0,9)	3,6 (0,7)	0,222
-Ter os questionamentos respondidos claramente	3,5 (0,8)	3,5 (0,8)	3,5 (0,7)	0,552
-Ser informado sobre planos de transferência enquanto estes estão sendo realizados	3,5 (0,7)	3,5 (0,8)	3,5 (0,6)	0,448
-Ser provido de explicações compreensíveis	3,4 (1,0)	3,3 (1,0)	3,4 (1,0)	0,991
-Ter explicação sobre o ambiente da UTI antes de adentrá-la pela primeira vez	3,4 (1,0)	3,3 (1,0)	3,3 (0,8)	0,342
-Ser informado em casa sobre mudanças da condição do meu familiar	3,3 (0,9)	3,6 (0,8)	3,3 (0,8)	0,569
-Saber exatamente o que está sendo feito pelo meu familiar	3,3 (1,0)	3,3 (1,0)	3,3 (1,0)	0,725
-Conhecer os profissionais que estão cuidando do meu familiar	3,3 (1,0)	3,3 (1,0)	3,5 (0,8)	0,173
-Ser informado sobre alguém que possa ajudar com problemas familiares	3,3 (0,9)	3,2 (0,9)	3,4 (0,7)	0,316

-Conhecer expectativa de alta	3,2 (1,0)	3,2 (1,0)	3,4 (0,9)	0,440
-Saber qual membro da equipe multidisciplinar pode dar determinada informação	3,2 (0,9)	3,1 (1,0)	3,4 (0,8)	0,251
-Saber quais as medicações que meu familiar está fazendo uso	3,2 (0,9)	3,1 (0,9)	3,5 (0,7)	0,148
-Receber informação sobre o estado de saúde de meu familiar pelo menos uma vez ao dia	3,1 (1,0)	3,2 (1,0)	3,1 (0,9)	0,572
-Ser informado sobre outras pessoas que poderiam ajudar com os problemas	2,8 (1,0)	2,7 (1,0)	2,8 (0,9)	0,231
-Ser avisado sobre os serviços religiosos existentes na instituição	2,7 (1,1)	2,7 (1,1)	2,7 (1,0)	0,164
Total	3,2	3,2	3,3	

*Desvio Padrão.

Elaboração dos autores.

Em relação ao segundo domínio do INEFTI, que investiga aspectos relacionados ao conforto, constata-se na **tabela 2** que os homens atribuem maior valor a todos os quesitos, porém, houve diferença significativa na questão de ter uma mobília confortável na sala de espera, pontuada pelos homens como uma necessidade importante. Destaca-se que ter um toalete próximo a sala de espera, foi o quesito mais valorizado neste domínio, e ter mobília confortável na sala de espera, o menos pontuado.

Tabela 2 – Necessidade de conforto de familiares de pacientes internados em UTI, de um hospital. Guarapuava, PR, Abril/Agosto 2017.

Necessidades de conforto	Sexo			P-valor
	Média (dp)	Fem (dp)	Masc (dp)	
-Ter um toalete próximo à sala de espera	3,0 (1,0)	3,0 (1,1)	3,1 (0,9)	0,395
-Ter um lugar no hospital onde possa ficar sozinho(a)	3,0 (0,9)	2,9 (1,0)	3,2 (0,9)	0,996
-Ter disponível no hospital uma boa comida	3,0 (0,9)	2,9 (1,0)	3,2 (0,8)	0,380
-Ter um telefone próximo à sala de espera	2,7 (1,0)	2,7 (1,0)	2,7 (1,1)	0,751
-Ter a sala de espera próxima do meu familiar	2,6 (1,1)	2,5 (1,1)	2,8 (0,9)	0,077
-Ter uma mobília confortável na sala de espera	2,5 (1,1)	2,3 (1,2)	3,0 (0,8)	0,004
Total	2,8	2,7	3,0	

Elaboração dos autores.

O terceiro domínio do INEFTI avalia a necessidade de segurança emocional, e os resultados apresentados na **tabela 3**, mostram que não houve diferença significativa na percepção desta necessidade entre os sexos. Porém, observa-se que os homens sentem mais necessidade de ordem prática como por exemplo conversar sobre a possibilidade de falecimento, enquanto as mulheres mais frequentemente necessitam ter certeza que o familiar está recebendo o melhor tratamento e necessidade de sentir esperança.

Tabela 3 – Necessidade de segurança emocional de familiares de pacientes internados em UTI, de um hospital. Guarapuava, PR, Abril/Agosto 2017.

Necessidades de segurança emocional	Sexo			P-valor
	Média (dp)	Fem (dp)	Masc (dp)	
-Ter a certeza que o meu familiar está recebendo o melhor tratamento	3,6 (0,7)	3,6 (0,7)	3,5 (0,7)	0,797
-Sentir que há esperança	3,5 (0,8)	3,5 (0,8)	3,5 (0,8)	0,675
-Sentir-se acolhido pela equipe multidisciplinar	3,4 (0,8)	3,4 (0,8)	3,5 (0,8)	0,716
-Conversar sobre a possibilidade de falecimento do meu familiar	3,4 (0,9)	3,3 (1,0)	3,6 (0,8)	0,183
-Ter alguma outra pessoa comigo quando estiver visitando meu familiar na UTI	3,3 (0,9)	3,2 (0,9)	3,3 (0,9)	0,884
-Receber a visita de um representante religioso (padre, pastor, rabino)	3,3 (0,9)	3,4 (0,8)	3,3 (1,2)	0,083
-Ser assegurado com relação à segurança enquanto se encontra no hospital	3,2 (1,0)	3,2 (1,0)	3,2 (1,1)	0,785
-Ter amigos próximos para suporte	3,1 (1,1)	3,2 (0,9)	2,9 (1,3)	0,017
-Conversar sobre sentimentos em relação ao que vem acontecendo	3,0 (1,1)	3,1 (1,1)	2,7 (1,2)	0,398
-Sentir-se a vontade para chorar	2,9 (1,1)	3,0 (1,1)	2,8 (1,2)	0,299
-Ter a liberdade de ficar sozinho(a) a qualquer hora	2,9 (1,2)	2,9 (1,2)	3,0 (1,1)	0,533
-Ter alguém encarregado sobre minha saúde	2,6 (1,2)	2,7 (1,2)	2,5 (1,2)	0,655
Total	3,1	3,2	3,1	

Elaboração dos autores.

No âmbito geral, os itens com maiores pontuações foram justamente aqueles mais valorizados pelas mulheres, enquanto as necessidades menos frequentes foram ter alguém encarregado sobre minha saúde e ter a liberdade de ficar sozinho(a) a qualquer hora.

O quarto e último domínio do INEFTI avalia acesso dos familiares aos profissionais, à instituição, e ao paciente. Os resultados apresentados na **Tabela 4** mostram que não houve diferenças significativas na percepção das necessidades deste domínio entre os sexos. A necessidade mais frequentemente relatada por homens e mulheres foi de conversar com o médico todos os dias. Ademais, os homens relataram necessidade de conhecer os cuidados da equipe com relação ao familiar, enquanto as mulheres fizeram referência a necessidade de ter o horário de início da visita respeitado.

Cabe destacar que de modo geral, a necessidade menos apontada diz respeito a ter alguém para ajudar em problemas financeiros.

Tabela 4 – Necessidade de acesso de familiares de pacientes internados em UTI, de um hospital. Guarapuava, PR, Abril/Agosto 2017.

Distribuição das necessidades de acesso	Sexo			P-valor
	Média (dp)	Fem (dp)	Masc (dp)	
-Conversar com o médico todos os dias	3,5 (0,9)	3,5 (0,8)	3,4 (1,0)	0,401
-Ter uma pessoa específica no hospital para entrar em contato e ter notícias do meu familiar quando não puder estar presente na visita	3,4 (1,0)	3,4 (0,9)	3,2 (1,1)	0,357
-Conhecer os cuidados da equipe com relação ao meu familiar	3,4 (0,8)	3,3 (0,8)	3,4 (1,0)	0,370
-Ter o horário de início da visita respeitado, isto é, iniciar a visita pontualmente no horário previsto	3,3 (1,0)	3,4 (1,0)	3,2 (1,1)	0,657
-Ver o meu familiar frequentemente	3,3 (1,0)	3,3 (1,0)	3,2 (1,0)	0,774
-Ajudar com relação aos cuidados físicos do meu familiar	3,1 (1,1)	3,0 (1,2)	3,2 (1,1)	0,454
-Conversar com a enfermeira responsável todos os dias	3,1 (1,0)	3,0 (1,1)	3,4 (0,9)	0,185
-Ter o dia e o horário de visita flexíveis, podendo ser modificados em situações especiais	3,0 (1,0)	2,9 (1,1)	3,2 (1,0)	0,502
-Poder visitar a qualquer momento	2,7 (1,2)	2,7 (1,2)	2,9 (1,2)	0,926
-Ter alguém para ajudar com problemas financeiros	2,6 (1,2)	2,8 (1,2)	2,4 (1,2)	0,891
Total	3,1	3,1	3,1	

Elaboração dos autores.

Na **tabela 5**, verifica-se que não houve diferença na valorização das necessidades em função da idade do paciente. Para os dois grupos de familiares (de pacientes com idade entre 20 e 59 anos e acima de 60 anos), o domínio mais valorizado foi o de conhecimento e informação, enquanto o menos valorizado foram as do domínio de conforto.

Já quando se considera o número de dias de internamento na UTI, verifica-se que os familiares de pacientes internados há mais de 15 dias, demonstraram que significativamente (0,041) percebem mais a necessidade relacionadas ao domínio do que os familiares de pacientes com menos de 15 dias de internação.

Tabela 5 – Diferença de médias dos escores dos domínios do INEFTI segundo idade e dias de internação. Guarapuava, PR, Abril/Agosto 2017.

Domínios INEFTI	Idade*						p-valor
	20 a 59 anos			Acima de 60 anos			
	N	Média	dp	N	Média	dp	
Domínio 1	26	3,2	0,7	26	3,3	0,7	0,922
Domínio 2	26	2,7	0,7	26	2,8	0,7	0,333
Domínio 3	26	3,0	0,7	26	3,2	0,9	0,380
Domínio 4	26	3,0	0,8	26	3,2	0,8	0,711

Domínios INEFTI	01 a 15 dias			Acima de 15 dias			p-valor
	N	Média	dp	N	Média	dp	
Domínio 1	49	3,2	0,7	6	3,6	0,2	0,041
Domínio 2	49	2,8	0,7	6	2,5	0,9	0,317
Domínio 3	49	3,1	0,8	6	3,0	0,8	0,809
Domínio 4	49	3,1	0,8	6	3,1	0,9	0,833

* Idade informada de 52 pessoas.

A participação de familiares do sexo feminino foi predominante (67,3%), em consonância com resultados de estudo realizado com familiares de pacientes internados em UTI na Espanha.¹¹ Este fato pode estar relacionado com a atribuição deste papel social a figura da mulher, pois culturalmente lhe é atribuída a função de prover o cuidado da casa, culminando em menor inserção da mulher no mercado de trabalho, e conseqüentemente, maior disponibilidade para atividades relacionadas ao cuidado a família, o que inclui realizar visitas a familiares enfermos.¹² O fato de a maioria dos participantes serem filhos dos pacientes é coerente, pois trata-se de uma UTI que é referência para atendimento nas áreas clínica e pós cirúrgica de neurologia e cardiologia, problemas que afetam principalmente pessoas com idade avançada.

Os dados apresentados na **Tabela 1**, mostram que a ausência de informações constitui motivo de preocupação e desconforto para as famílias. Isto porque elas necessitam de explicações que esclareçam suas dúvidas, medos e angústias. Destarte, esclarecimentos a respeito do diagnóstico, prognóstico e tratamento do paciente, o que inclui procedimentos realizados ou a serem realizados, bem como sobre os equipamentos conectados ao paciente são essenciais para os familiares.¹³

Importante destacar que a hospitalização de um membro da família na UTI, geralmente é um evento inesperado, marcado pela possibilidade iminente de perda, o que acaba por desorganizar o grupo familiar.¹⁴ Nestas condições, a associação destes fatores potencializam na família a necessidade de informação e de uma boa acolhida por parte dos profissionais que ali atuam.

A razão de ter sido identificado maior necessidade de informação pelos familiares de pacientes internados há mais de 15 dias, deve-se ao fato de grande parte dos pacientes estarem internados na unidade há um dia e neste período os profissionais estão mais dispostos a fornecer informações. À medida que o tempo passa e o paciente mantém a estabilidade clínica, os profissionais consideram que já não é tão relevante prestar maiores esclarecimentos.

Os dados apresentados na **Tabela 2**, mostram que para familiares de pacientes internados em UTI, suas necessidades apresentam pouca relação com aspectos físicos do ambiente. Este achado corrobora resultados de um estudo sobre a vivência de familiares de pacientes internados em UTI realizado em dois hospitais, um público e outro privado, os quais revelaram não haver diferença significativa entre ambas, demonstrando que as necessidades percebidas não se associam aos aspectos sociais ou financeiros.¹⁵

De acordo com os dados da **tabela 3**, a família sente preocupação e insegurança quanto a qualidade do tratamento a que seu ente querido está sendo submetido. Estes sentimentos evidenciam que, por mais que todo o possível esteja sendo realizado, se a família não se sentir acolhida, terá insegurança a respeito da assistência prestada.

Estudo realizado em um hospital particular¹⁰ constatou que ter a certeza de que o paciente está recebendo o melhor tratamento foi a necessidade de segurança emocional assinalada pelo maior número de familiares, fato este corroborado por este estudo. Tal resultado reflete a necessidade do ser humano sentir-se seguro e ter a certeza de que tudo irá correr bem, visto o momento delicado que está vivenciando.

É importante destacar que somente no domínio 3, que trata da necessidade de segurança emocional, os familiares do sexo feminino obtiveram, embora sem diferença estatística, média predominante (3,2) sobre o sexo masculino (3,1). Este achado corrobora as informações de estudo que revelou as necessidades sentidas por mulheres, relacionadas a informação e/ou apoio para os aspectos subjetivos do cuidado como um fator relevante, que merece maior atenção.¹⁶

As restrições às visitas geram estresse e sofrimento, desencadeando o surgimento de necessidades que são valorizadas pelos familiares, fato evidenciado pela pontuação atribuída a alguns itens da **Tabela 4**, tais como: Conversar com o médico todos os dias, saber sobre os cuidados prestados ao familiar e ter acesso a notícias do familiar rotineiramente, mesmo quando não puder estar presente na visita.

A valorização de necessidades de obter informações e de ter acesso decorrem de algumas características da unidade, como por exemplo, o fato de a mesma ser referência para diversas especialidades, entre elas pós-operatório em cardiologia e neurologia, que normalmente envolve casos graves e ainda o limitado acesso ao paciente, visto que só é permitida a realização de visita uma vez por dia e esta é limitada a duas pessoas e por curto período de tempo. Por conseqüência, o contato com os profissionais da equipe é restrito, além disso, o médico é o único profissional responsável/autorizado por fornecer informações sobre o estado de saúde do paciente.

As normas do serviço e as restrições relacionadas às visitas, prejudicam a relação enfermagem/família/paciente, e também foram identificadas em estudo que comparou as necessidades de familiares de pacientes internados em UTI de hospital público e privado⁹, sendo constatado que os contatos com profissionais de saúde foram muito mais frequentes na instituição privada. Por conseguinte, os familiares de pacientes internados nesta instituição também tinham mais acesso às informações sobre seu estado de saúde.

Estudo realizado no município de São Paulo, com 39 familiares de pacientes demonstrou que ter informações do paciente, esperar por notícias relacionadas a melhora do estado clínico, aumento da probabilidade de cura ou diminuição do risco de morte, geralmente são as “boas notícias” aguardadas pelos familiares.¹⁰ Sendo assim, o momento da

visita, é o instante mais aguardado por eles, que anseiam retirar suas dúvidas, minimizar suas incertezas e acima de tudo, receber notícias positivas com relação ao paciente.

Neste contexto, estar presente, constitui-se como uma estratégia de cuidado ao seu parente, ainda que de forma não física. É também, o momento em que a família poderá tomar ciência acerca do estado de saúde do seu ente querido. Ademais, a visita também deve propiciar o estabelecimento de trocas com a equipe, fato somente possível por meio da construção de vínculo e disposição por parte dos profissionais em acolher a família.⁹

Em pesquisa qualitativa realizada com o intuito de identificar as principais necessidades de familiares de pacientes internados em UTI, um dos aspectos apontados pelos familiares foi a escassez de informações, inclusive dificuldades de acesso ao diagnóstico e prognóstico do paciente. Tal fato mostra que a informação era uma das principais formas de ajuda que a equipe de saúde poderia oferecer aos familiares. O estudo apontou ainda, que o enfermeiro é o profissional que deve trazer informações claras e objetivas sobre o que está acontecendo com o paciente, as condutas que estão sendo tomadas, o prognóstico e o que significa “estar estável”.¹⁷

Estudo de revisão constatou que a enfermagem tem papel essencial na preparação do familiar para a experiência a ser vivenciada dentro de uma UTI. A condição do paciente deve ser descrita em termos adequados para o seu nível de compreensão, qualquer equipamento deve ser explicado antes que a família veja o paciente e o enfermeiro deve acompanhar o familiar junto ao leito para dar explicações e esclarecer toda e qualquer necessidade de informação que surgir.⁶

Por meio da avaliação das necessidades dos familiares, é possível identificar os aspectos relacionados ao cuidado prestado ao paciente e a própria família, o que por sua vez subsidia o planejamento e implementação de ações que visem atendê-las, bem como o redirecionamento do enfoque assistencial para situações consideradas relevantes por familiares e pacientes.⁹

O foco da relação enfermagem/família deve ser o bem-estar do paciente e a relação deve permitir a família perceber na equipe, possibilidades de apoio. Para tanto, a enfermagem deve ser receptiva, acessível e preparada para atender suas necessidades. Desta forma, a família deve ser vista como foco do cuidado e não como apêndice do seu familiar doente.¹⁸

Estar presente, relacionar-se, criar vínculo com os familiares, são formas de se estabelecer as relações de acolhimento. Assim, reorganizar o cenário de trabalho cujas ações ainda estão centradas e voltadas, quase que exclusivamente, para a pessoa internada, e passar a considerar o seu familiar, é um desafio para a enfermagem, em especial para as equipes que atuam em unidades de alta complexidade, como as UTIs.¹⁸

Destaca-se que a implementação de intervenções junto aos familiares e ao paciente não constitui responsabilidade individual dos profissionais que atuam em UTI, mas deve ser assumida conjuntamente com os gestores das instituições. O reconhecimento e a inclusão da família do paciente como foco de atenção assistencial pressupõe mudanças fundamentais na visão e na organização das instituições de saúde como um todo.⁹

O ambiente da UTI deve ser percebido pelo familiar como um local em que os mesmos se sintam seguros, acolhidos, confiantes e com possibilidade de acesso ampliado, com direito a informações sobre o estado de saúde de seu paciente, seu prognóstico e como está sendo prestado o cuidado. Deve-se assegurar, por meio de diálogo com a equipe e esclarecimento em suas inquietações, de modo que as famílias se sintam apoiadas, confortadas e participativas no processo de tratamento.¹⁹

Reflexões sobre os processos que envolvem o cuidado de enfermagem à família no ambiente da UTI devem ser recorrentes para o direcionamento de ações. Isso possibilita a compreensão acerca de suas necessidades e sentimentos que favorece um cuidado mais humanizado.²⁰

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo apontam os principais fatores capazes de contribuir para o adequado atendimento das necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI. As necessidades com scores médios mais altos estão relacionados ao suporte emocional adequado por parte dos profissionais e maiores esclarecimentos sobre a assistência prestada ao paciente.

Envolver a família no cuidado exige dos profissionais de saúde e em especial os de enfermagem, a adoção de uma postura aberta para o diálogo e a troca de conhecimentos. O familiar não deve ser tratado apenas como receptor de informações, visto que quando a família participa ativamente no processo de cuidado, os fatores negativos que permeiam este momento são minimizados.

Acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir com o planejamento de intervenções de enfermagem que visem o aprimoramento e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes internados em UTI e seus familiares. Sugere-se que mais estudos sejam realizados nesta lógica, com diferentes vertentes metodológicas de modo a ampliar o conhecimento sobre a temática.

REFERÊNCIAS

1. Bruchfeld J, Correia Neves M, Källenius G. Tuberculosis and HIV Coinfection. [Internet]. 2015 fev [cited 2016 Dez 05]; 5(7):a017871. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25722472>
2. World Health Organization [Internet]. Global tuberculosis report 2015. 2016. [cited 2016 Jan 05]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf

3. World Health Organization [Internet]. Global tuberculosis report 2014. 2015. [cited 2016 Jan 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf
4. Nogueira JÁ, Silva AO, Sá LR, Almeida SA, Monroe AA, Villa TCS. Síndrome da imunodeficiência adquirida em adultos com 50 anos e mais: características, tendência e difusão espacial do risco. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2014 mai-jun [citado em 2016 Dez 05]; 22(3):355-63. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00355.pdf
5. Damásio GS, França HM, Oliveira ICM, Araújo ARA, Feijão AR. Social, clinical, and adherence factors in patients co-infected with HIV/Tuberculosis: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2016 set [cited 2016 Jan 05]; 15(3):414-2. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5397>
6. Guimarães RM, Lobo AP, Siqueira EA, Borges TFF, Melo SCC. Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. *J. bras. Pneumol* [Internet]. 2012 ago [cited 2016 Dez 05]; 38(4):511-17. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n4/en_v38n4a14.pdf
7. Hagan G, Nathani N. Clinical review: tuberculosis on the intensive care unit. *Crit Care* [Internet]. 2013 [cited 2016 Dez 05]; 17(5):240. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24093433>
8. Dara RC, Tiwari AK, Arora D, Aggarwal G, Rawat GS, Sharma J et al. Co-infection of blood borne viruses in blood donors: A cross-sectional study from North India. *Transfus Apher Sci* [Internet]. 2017 mar [cited 2016 Mar 02]; S1473-0502(17): 30028-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28343937>
9. Fekadu S, Teshome W, Alemu G. Prevalence and determinants of Tuberculosis among HIV infected patients in south Ethiopia. *J Infect Dev Ctries* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dez 05]; 9(8):898-904. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26322884>
10. Pecego AC, Amancio RT, Ribeiro C, Mesquita EC, Medeiros DM, Cerbino J et al. Six-month survival of critically ill patients with HIV-related disease and tuberculosis: a retrospective study. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2016 jun [cited 2016 Dez 05]; 16:270. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27286652>
11. Pinto Neto LFS, Vieira NFR, Cott FS, Oliveira FMA. Prevalência da tuberculose em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. *Rev Bras Clin Med* [Internet]. 2013 abr-jun [citado em 2016 Jan 05]; 11(2):118-22. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3563.pdf>
12. Viveiros F, Mota M, Brinca P, Carvalho A, Duarte R. Adesão ao rastreio e tratamento da tuberculose em doentes infetados com o vírus da imunodeficiência humana. *Rev Port Pneumol* [Internet]. 2013 mai-jun [citado em 2016 Jan 05]; 19(3):134-8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169727492009>
13. Zhu Y, Wu J, Feng X, Chen H, Lu H, Chen L et al. Patient characteristics and perceived health status of individuals with HIV and tuberculosis coinfection in Guangxi, China. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2017 abr [cited 2017 Jun 05]; 96(14):e6475. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28383411>
14. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 2016 [citado em 2016 Dez 01]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>
15. Rodrigues JLC, Fiegenbaum M, Martins AF. Prevalence of tuberculosis/HIV coinfection in patients from Model Health Centre in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Scientia Medica (Porto Alegre)* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jun 05]; 20(3):212-7. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/6281/5485>
16. Brunello MEF, Chiaravalloti NF, Arcêncio RAI, Andrade RLP, Magnabosco GT, Villa TCS. Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV-aids/TB em Ribeirão Preto, SP. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 jun [citado em 2016 Dez 05]; 45(3): 556-63. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/en_2331
17. Jamal LF, Fábio Moherdau F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2007; 41.
18. Pawlowski A, Jansson M, Sköld M, Rottenberg ME, Källenius G. Tuberculosis and HIV Co-Infection. *PLoS Pathog*. 2012 [cited 2016 Dez 20]; 8(2):e1002464. Available from: <http://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1002464>
19. Jacobson KB, Moll AP, Friedland GH, Shenoi SV. Successful Tuberculosis Treatment Outcomes among HIV/TB Coinfected Patients Down-Referred from a District Hospital to Primary Health Clinics in Rural South Africa. *PLoS One*. [Internet]. 2015 mai [cited 2016 Jan 05]; 10(5):e0127024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25993636>
20. Secretária de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Gerência de Epidemiologia Sanitária. Boletim Tuberculose 2014. <http://riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=wXJ%2BKouHyII%3D>
21. Damásio GS, França HM, Oliveira ICM, Araújo ARA, Feijão AR. Fatores sociais, clínicos e de adesão em coinfectados por HIV/ Tuberculose: estudo descritivo. *Rev. Online Brazilian Journal of Nursing*. 2016;15(3)
22. Neves LAS, Reis RK, Gir E. Compliance with the treatment by patients with the co-infection HIV/tuberculosis: integrative literature review. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2010 dec [cited 2016 Jan 05]; 44(4): 1135-1141. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_41.pdf

Recebido em: 17/12/2017

Revisões requeridas: Não houveram

Aprovado em: 17/01/2018

Publicado em: 15/01/2019

***Autor Correspondente:**

Vanessa Carla Batista

Rua Sueo Toda, 163, Apto 404

Vila Esperança, Paraná, PA, Brasil

E-mail: vane.vcb@hotmail.com

Telefone: +55 42 9 99597260

CEP: 87.020-410