

CURSO DE ENFERMAGEM

Angélica Fiuza

**ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM EM UTI ADULTO: A PERCEPÇÃO DOS
ENFERMEIROS E DOS FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS.**

Santa Cruz do Sul

2016

Angélica Fiuza

**ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM EM UTI ADULTO: A PERCEPÇÃO DOS
ENFERMEIROS E DOS FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Enf.^a Ms. Luciane Maria Schmidt Alves.

Santa Cruz do Sul

2016

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2016.

Angélica Fiuza

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de Enfermeiro

E aprovada em sua versão final em 14 de dezembro, atendendo à regulamentação vigente no Curso de Graduação em Enfermagem da UNISC.

BANCA EXAMINADORA

Luciane Maria Schmidt Alves
Professor Orientador –UNISC

Daiana Webber
Professor examinador -UNISC

Rosylaine Moura
Professor examinador -UNISC

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus acima de tudo, que me concedeu a oportunidade de frequentar à Universidade, e por me conceder saúde, luz, força e proteção para chegar até onde cheguei.

Aos meus pais, João e Clarice principalmente por acreditarem em mim, e me dar força, incentivo, apoio para não me deixar desistir durante essa trajetória até aqui e me ensinarem a essência da vida, a amar e respeitar ao próximo. Muito obrigada por investirem em mim, muitas vezes privando seus próprios sonhos, para fazer com que fosse possível a realização dos meus. Foram vocês que me deram a oportunidade desta conquista. Minha eterna gratidão, Amo Vocês!

Aos meus irmãos, que sempre me deram apoio e me escutaram nos momentos difíceis e me incentivando de uma forma ou de outra.

Aos colegas de trabalho, que muitas vezes foram psicólogos, me escutaram, aconselharam e me aturaram ao chegar para trabalhar, após as aulas, com mau humor e cansada.

Agradeço aos meus amigos e colegas, quero lhes dizer que vocês são a família que Deus me permitiu conviver, meu muito obrigada pelos momentos de estudo, de incentivo, de companheirismo, aquelas risadas, os almoços, jantas e festas. Levo cada um de vocês em meu coração.

A Bruna e a Camila, que durante esses cinco anos foram as irmãs que não tive, vivemos as angústias e as tensões da faculdade juntas. Não tenho palavras para agradecer os momentos de estudo, as risadas, os chimarrões em sala de aula, as conversas, os almoços, enfim a amizade/cumplicidade que construímos ao longo da faculdade. Levo eternamente comigo.

Em especial agradeço à minha orientadora Luciane, pela sabedoria transmitida, encorajamento e motivação na realização deste Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem, sem seus conhecimentos e paciência não chegaria até aqui sozinha. Saiba que a admiro muito como profissional e pessoa que és.

E a todos que de alguma forma me deram força e apoiaram para chegar até aqui.

Obrigada!

*“A Enfermagem é uma arte;
e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva,
um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor;
pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore
comparado ao tratar do corpo vivo,
(...) É uma das artes;
poder-se-ia dizer,
a mais bela das artes!”
(Florence Nightingale)*

*“Quando penso que já cheguei ao meu limite,
descubro que tenho forças para ir além.”
(Ayrton Senna)*

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo geral investigar junto aos enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva e aos familiares de pacientes internados em UTI adulto, como se dão as orientações realizadas pela equipe de enfermagem. O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo. Para a coleta de dados junto aos familiares utilizou-se um questionário aplicado a dez familiares e entrevistas com cinco profissionais enfermeiros, lotados na UTI adulto, de um hospital escola, do interior do Rio Grande do Sul (RS). Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e obteve-se como principais resultados relacionados aos familiares, o perfil dos familiares entrevistados, o sentimentos e impressões, a identificação dos profissionais atuantes na unidade e as orientações recebidas, a satisfação dos familiares dos pacientes internados em UTI. Os resultados referentes aos profissionais enfermeiros, destaca-se as categorias: o perfil dos profissionais entrevistados e como são ofertadas as informações aos familiares. Conclui-se que quando as informações são ofertadas aos familiares, percebe-se maior conforto, menor tensão, angústia e medo. Deseja-se que este estudo possa contribuir com a qualificação da assistência de enfermagem intensiva, fortalecendo condutas já existentes ou as modificando.

Palavras-chave: Atendimento de Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate with nurses who work in the intensive care unit and relatives of patients hospitalized in an adult ICU, how is given the orientations realized by the nursing team. The study is a qualitative research of exploratory and descriptive character. To collect data with the family, a questionnaire was applied to ten relatives and interviews with five professional nurses, allocated in the adult ICU, from a school hospital, of the interior of Rio Grande do Sul (RS). The data were submitted to content analysis and obtained as main results related to the relatives, The profile of the Family members interviewed, the feelings and impressions, the identification of the professionals working in the unit and the orientations received, the satisfaction of the patients' relatives hospitalized in the ICU and referring to the professional nurses: the profile of the interviewed professionals and how are the offerings of information to the relatives. It is concluded that when the information is offered to the relatives, it is perceived more comfort, less tension, anguish and fear of who is in the waiting room, which provides a relationship of trust between Family and team. It is hoped that this study can contribute to the qualification of intensive nursing care, strengthening already existing conducts or modifying them.

Key words: Nursing Care, Intensive Care Unit, Nursing

ABREVIATURAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
PNH	Programa Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Sistematização de Assistência em Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
2.1 A unidade de terapia intensiva	15
2.2 O desafio de atuar em UTI adulto	16
2.3 A equipe intensivista	17
2.4 Humanização da assistência de enfermagem	18
2.5 Acolhimento à família/ Comunicação	20
3 METODOLOGIA	23
3.1 Tipo da pesquisa	23
3.2 Local da pesquisa	24
3.3 Sujeito da Pesquisa	25
3.4 Procedimentos Operacionais e Éticos	26
3.5 Instrumento para coleta de dados	27
3.6 Avaliação dos dados	27
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	30
4.1 Categorias que emergiram a partir da pesquisa realizada com familiares dos pacientes na UTI	31
4.2 Categorias que emergiram a partir das entrevistas com os profissionais enfermeiros	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXO A	48

APÊNDICE A	49
APÊNDICE B	52
APÊNDICE C	54
APÊNDICE D	55
APÊNDICE E	57

1 INTRODUÇÃO

A Unidades de Terapia Intensiva (UTI) surgiu da necessidade de aperfeiçoamento material e humano para o atendimento a pacientes graves. É considerado o ambiente mais agressivo e tenso de um hospital. Esses fatores acabam atingindo o emocional e não somente dos pacientes, mas como toda a equipe de trabalhadores do setor e familiares. Caracteriza-se como unidade tensa, onde a morte é constante, os sentidos são aguçados e alertas, expostos a ruídos excessivos, grande fluxo de profissionais, exaustão dos familiares, pouca comunicação, grande número de cabos e fios, monitores e seus “bips” (SILVA, SANCHES, CARVALHO, 2007).

Atualmente, as UTIs são destinadas ao atendimento de pacientes graves ou em risco iminente de morte, essas dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, disponibilizam equipamentos específicos, recursos humanos especializados e ainda oferecem tecnologias voltadas ao diagnóstico e terapêutica (ALMEIDA, 2009). Normalmente encontram-se nessas unidades pacientes com o nível sensorial rebaixado, muita das vezes, em decorrência ao uso de drogas específicas da unidade, dos procedimentos terapêuticos e pela própria condição de saúde (CHEREGATTI, AMORIM, 2010).

Esses pacientes e a unidade requerem profissionais da saúde altamente capacitados e principalmente qualificados para atuar nesse setor. Esse espaço pode causar sofrimento constante tanto para o paciente, para a equipe multiprofissional e para os familiares que fragilizam-se durante o período de internação dos pacientes, daí a necessidade de um olhar integral, buscando diminuir o sofrimento, angústia dos mesmos (UNDER, 2013).

Comumente a UTI gera sentimentos impotentes e negativos aos pacientes e familiares. Diante disso, familiares podem sentirem-se confusos, desamparados, temerosos, ansiosos, irritados. Ainda associado a gravidade, a aparelhos eletrônicos, tecnologias e sons desconhecidos podem provocar sentimento de medo, insegurança e até mesmo depressão.

Nesse contexto, a família tem um papel muito importante. Para Almeida (2009), o conceito de família é de uma unidade básica e complexa, com diversas estruturas e organização, sendo esta vista como muito importante para a maioria das pessoas. Sendo assim, o processo de adoecer não envolve somente o doente, mas também todos os familiares. Almeida (2009), ainda alerta para a urgência de se ter um olhar voltado para a família.

Sem levar em conta o contexto familiar não pode-se afirmar que foi prestado uma assistência integral ao indivíduo, em qualquer unidade de saúde. Quando se tem um núcleo familiar bem estruturado e principalmente informado têm-se pontos positivos na recuperação dos pacientes.

A relação entre enfermagem e familiares deve ter por objetivo o bem estar, onde esses percebam a possibilidade de ajuda e dar suporte ao paciente. A equipe deve ser acessível, perceptiva, disponível e principalmente comunicativa e acolhedora (FRIZON, 2011). Contudo, mesmo diante desses aspectos, a presença da família e as orientações realizadas de forma clara e transparente pela equipe de enfermagem, trazem segurança afetiva para o paciente, fazendo com que a tensão emocional seja minimizada para ambos paciente-família e fortalece o vínculo com a equipe.

A temática abordada no presente trabalho, teve o interesse despertado durante aulas práticas na disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar- em UTI e Emergência, durante o 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e teve maior ênfase para a pesquisadora ao realizar o estágio Supervisionado em Enfermagem II na UTI adulto. Nestas duas vivências, percebeu-se que os familiares demonstram espanto, medo e receio de se aproximarem dos pacientes durante as visitas a unidade, demonstrando assim a real necessidade da prática de acolhimento pela equipe de enfermagem a família.

Na enfermagem sabemos que a comunicação entre equipe e familiares muitas das vezes é falha. São múltiplos os obstáculos que interferem nesse processo, como por exemplo, o ritmo acelerado das tarefas, a atuação contínua na unidade em questão e até mesmo, a falta de um local apropriado para conversar e ofertar informações, entre outros motivos (MATSUDA, 2002). A comunicação deve ser utilizada no sentido de amenizar as angústias dos familiares. Essa deve ser efetuada de maneira objetiva, simples e em momento adequado, para que não aconteça a má compreensão das informações.

Diante disso, percebe-se a importância do trabalho do enfermeiro no preparo da equipe para receber os familiares na unidade, saber quais orientações ofertar e de que forma abordar os assuntos mais graves junto aos familiares durante o período de internação e de visita na unidade de terapia intensiva.

Para Silva (2016), a dificuldade na comunicação entre a enfermagem e familiares induz ao distanciamento. Pode estar relacionado a este fato, a falta de preparo da equipe frente às necessidades da família e a organização do processo de trabalho. Ainda acredita que informações antecedentes a visita de uma UTI auxiliam a sanar dúvidas, diminuir tensões, permitindo que esses fiquem mais atentos ao paciente no momento da visita, transmitindo assim segurança ao paciente e não sensação de ansiedade, angústia e medo.

A empatia dos profissionais de saúde à família, pode trazer efeitos benéficos na recuperação dos pacientes, torna o período de internação mais tranquilo para o paciente, familiares e para a própria equipe multidisciplinar. Segundo Saiote e Mendes (2011), para explicar os procedimentos realizados e seus objetivos, o motivo de determinadas regras e normas, é através da comunicação que acontecerá o envolvimento do familiar. A família deseja manter-se informada quanto a estas informações. Uma simples explicação sobre procedimentos básicos e horários ajuda-os a manter a calma, diminuindo os sentimentos de medo e ansiedade.

Gaíva e Scochi (2002), acredita que a comunicação deve acontecer de modo favorável ao cuidado, portanto, o conhecimento e a implementação de instrumentos que facilitem a interação com a família são fundamentais na busca por uma assistência de qualidade e efetiva. Por esse motivo, consideramos importante a oferta de informações sobre o quadro clínico dos pacientes, as normas e as rotinas da unidade, entendendo que quando estas são processadas satisfazendo as necessidades dos familiares aumentam a qualidade nas internações e na recuperação dos enfermos.

Os resultados do estudo de Sá et al 2016, realizado com familiares de pacientes em UTI, demonstraram que a ação educativa do enfermeiro, diminui o desconforto e a ansiedade dos familiares. Essa ação não pode se limitar em informar somente a respeito as causas da doença, assim como relacionadas à terapêutica. O enfermeiro deve preparar-se para estabelecer confiança com a família, comunicando-se de forma a incentivar e motivar os familiares, a sanar as dúvidas, para desse modo, minimizar a angústia de todos os envolvidos na situação.

A partir desta problemática fez-se uma busca investigatória, de caráter qualitativo, para investigar junto aos enfermeiros e familiares de pacientes internados em UTI adulto, como se dá as orientações realizadas pela equipe de enfermagem. Na tentativa de conhecer os profissionais que realizam orientações aos familiares destes pacientes, analisar a importância e a necessidade

das informações ofertadas pela equipe de enfermagem à família, avaliar a efetividade das informações recebidas pelos familiares e verificar se há dificuldades de comunicação entre familiares e equipe de enfermagem.

Este estudo traz reflexões sobre a assistência de enfermagem na UTI, fortalecendo condutas já existentes ou modificando-as para que seja possível acolher o familiar na unidade, ainda sobre a importância de resgatar o vínculo do familiar e repensar sobre as orientações ofertadas no momento da internação e da visita a UTI. Acredita-se que os resultados desta pesquisa poderão auxiliar os profissionais enfermeiros que atuam no setor, a reflexões sobre as práticas diárias, destacando as fragilidades e opiniões sobre a temática.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A Unidade de terapia intensiva

As Unidades de Terapias Intensivas surgiram da necessidade do olhar voltado ao cuidado centralizado, exclusivo e contínuo aos pacientes mais graves, não prejudicando os cuidados prestados aos pacientes menos graves. Também teve como objetivo a resolução dos problemas de ordem econômicas e administrativas, diminuindo o grande número de profissionais capacitados além de aparelhos sofisticados nas unidades de toda a instituição onde houvesse paciente grave (REZENDE, 2000).

Nas décadas de 40 e 50 a intenção era agrupar pacientes instáveis, que exigiam atenção de profissionais qualificados e equipamentos específico, foi então o surgimento das unidades de recuperação anestésica e unidades coronarianas. Com o surgimento e desenvolvimento de equipamentos cada vez mais tecnológicos, o aprimoramento de conhecimento científico e habilidades dos profissionais que atuavam nessas unidades era cada vez mais necessário (KRÖGER, 2010).

Para Barbosa (1999) citado por Rezende (2000), as UTIs iniciaram na Grã Bretanha com salas próximo ao bloco cirúrgico. Onde eram atendidos pacientes com necessidade de cuidados maiores e permaneciam em recuperação anestésica. Florence Nightingale já agrupava pacientes quanto à gravidade relacionada ao estado clínico do paciente, buscando a oferta dos cuidados individuais e necessários para cada paciente.

Durante a II Grande Guerra, na Guerra da Coréia e do Vietnã, com a participação dos Estados Unidos da América, as UTIs desenvolveram-se, acontecendo inovações significativas no tratamento medicamentoso, nas transfusões sanguíneas, nas anestésias, monitorização cardíaca e na ventilação mecânica (LINO, SILVA, 2001).

Segundo Kröger (2010), no Brasil, as primeiras UTIs surgiram no final da década de 60 e início da década de 70, junto aos centros de recuperação cirúrgica dos hospitais universitários. Nesse período conhecido também como “Milagre Econômico”, predominava uma política que voltava-se ao desenvolvimento e ao modernismo inclusive na saúde, permitindo então as UTIs.

A unidade de terapia intensiva é definida por Kröger (2010) como uma unidade hospitalar com finalidade de atender pacientes graves recuperáveis e de risco, necessitando de assistência

multiprofissional e interdisciplinar especializada, que contenha amplo amparo tecnológico, sendo invasivos ou não-invasivos, permitindo a monitorização contínua e eficaz, buscando a diminuição dos riscos e potencializando os benefícios do tratamento.

Tem-se por recomendação, que a UTI, infraestruturas de apoio e as demais unidades de suporte, estejam localizadas o mais próximo possível entre si, devendo interagirem por interdependência e ter um atendimento similar. Hospitais com atendimento terciário com 100 leitos ou mais devem dispor de 6% no mínimo do total de leitos para tratamento intensivo (KRÖGER, 2010). A UTI deve ser localizada em uma área distinta dentro do hospital e deve ter um acesso controlado/ restrito, não tendo ligação com unidades abertas. Deve ter acesso direto, amplo e perto de elevador, serviço de emergência, centro cirúrgico e centro de exames, entre outras obrigatoriedades (CHEREGATTI, AMORIM, 2010).

Existe um estrutura legal e regulatória para dimensionamento e adequação de áreas para cuidados intensivos, Brasil (2010), como a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 50 de 21/02/2002, normas que a complementam como a RDC 07, de 24/02/2010 e de recursos humanos a RDC 07 e materiais, além das rotinas, políticas e rotinas institucionais, dinâmica, as políticas e rotinas específicas dessa unidade podem determinar outras necessidades.

2.2 O desafio de atuar em UTI Adulto

A UTI adulto é um ambiente de alta complexidade, ela é direcionada à monitorar e tratar mudanças potencialmente fatais, e conta com um grande aparato tecnológico e invasivo, esses por si só, são assustadores, por emitirem sinais sonoros e luminosos intensos, tornando o espaço estressante para o paciente e atingindo inclusive seus familiares (SILVA, PIRES, BRITO, 2013).

Visto nesse aspecto, o ambiente da UTI pode significar uma ameaça à família, indicando uma imagem de ruptura afetiva e emocional entre seus membros. O familiar faz parte do processo de internação e tratamento, merecendo dos profissionais intensivistas, atenção e apoio durante os momentos de visita e ao longo da internação (BERTINELLE, 2007).

Vem daí a importância de acolher os familiares junto aos cuidados prestados ao paciente internado na unidade, tentando sanar as angústias, aflições, medos e oferecendo orientações para que o período de internação não seja traumático para ambos. Os familiares propiciam na UTI um suporte afetivo ao paciente, tendo boa repercussão no processo de recuperação (MAGALHÃES

et al, 2008). Porém, devido aos padrões institucionalizados para essas unidades, são poucas as possibilidades de permanência junto ao paciente.

As visitas devem ser rápidas e pontuais. E os visitantes-familiares, por vez, ficam sem ação, ao adentrarem nesse ambiente desconhecido, onde a complexidade e a quantidade dos equipamentos constroem e causam espanto (KRÖGER, 2010). Ainda, as famílias conversam entre si, nas salas de espera, momento que são compartilhadas experiências vividas, tanto positivas, quanto negativas.

A UTI é compreendida como o último recurso antecedente a morte, onde pacientes “vão para morrer”, cabe ao profissional atuante na unidade, mostrar aos familiares que é um ambiente de recuperação e não de finalidade. Os familiares estando dentro dessa unidade, mostram-se em conflito de sentimentos, devido a situação por qual estão passando e confusos pelo fato de seus familiares encontrarem-se vulneráveis e frágeis. Isso contribui para esses apresentarem sentimento de abandono, perda e impotência (SPOHR et al, 2013).

Ferreira (2013) apoiado na obra de Fonseca (2004), diz que é comum notar diversas reações emocionais entre a família de pacientes internados em UTI. Além do sofrimento causado pela patologia, os familiares sofrem influência significativa da estrutura física, o barulho, o número elevado de profissionais, a alta e complexa tecnologia empregada no setor e ainda o visual dos pacientes que eles encontram nos momentos de visita.

2.3 A equipe intensivista

A equipe intensivista, geralmente emprega a divisão de trabalho para atender o paciente crítico. No entanto Rezende (2000), baseado em Dal Sasso (1994), afirma que essa forma de atendimento proporciona uma desestruturação e aumento da ansiedade ao paciente, onde esse interpreta estar sendo atendido fragmentadamente por diversas especialidades, que essas avaliam o paciente por sistemas, esquecendo-se das emoções e sentimentos dos pacientes.

A fragmentação dos cuidados, mesmo de forma inconsciente, tem por objetivo reduzir o tempo de contato do profissional com pacientes e a própria angústia de prestar uma assistência ao paciente com dor. Utilizando também uma linguagem/uniforme padrão para toda a equipe, onde não avaliam o ser humano, mas sim o doente e a patologia (POLAK, MARTINS, LABRONICI, 1997).

Domingues, Santini e Silva (1999), citados por Rezende (2000), diz que a equipe intensivista estressa-se com o quadro cínico do paciente, com a presença do sentimento de morte, condições de trabalho, relacionamento em equipe e principalmente com a pressão vinda de familiares na busca por informações.

Já Saldanha (2008), aponta além dos itens citados por Rezende (2000), a demanda de trabalho muito intensa, a interação com o ambiente e a insegurança causam no profissional intensivista uma sobrecarga mental muito forte. Necessitando então, o profissional estar preparado para, a qualquer momento atender pacientes com alterações hemodinâmicas significativas que podem ocorrer durante a jornada de trabalho, para isso requer conhecimento científico, habilidade na tomada de decisão em tempo hábil e até mesmo saber como informar familiares sobre o estado de saúde dos pacientes.

Então o profissional enfermeiro deve ter conhecimento desde a administração e efeito das drogas utilizadas, manuseio de aparelhos, SAE (Sistematização de Assistência em Enfermagem), orientar e ensinar o paciente à manutenção da saúde e ofertar informações aos familiares (KURGANT, 2005).

O cuidar em UTI é complexo, demanda de atitudes individuais, com sistema tecnológico pesado, atitudes humanísticas, habilidades e sensibilidades e ter muita empatia. O enfermeiro dessa unidade deve estar habilitado a exercer atividades complexas, às quais necessitará de conhecimento científico para conduzir da melhor forma o atendimento, com confiança e objetividade transmitindo segurança para o paciente e seus familiares.

2.4 Humanização da assistência de enfermagem

A equipe de enfermagem pode utilizar várias técnicas que são extremamente simples para auxiliar na busca por um atendimento ideal. As mais simples como chamar o paciente pelo nome, tocar o paciente antes, durante e depois os procedimentos orientando-o sobre os mesmos e incluindo familiares junto ao cuidado, fornecendo informações para esses, fortalecendo o vínculo com familiares- paciente e equipe, demonstram-se cada vez mais efetivos tanto para a terapêutica do paciente, quanto para a diminuição das angústias nas salas de espera (SILVA, PIRES, BRITO, 2013).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) criado no ano de 2003, mostra a necessidade de implementação de atividades focadas em uma assistência humanizada e integral ao paciente e familiares, também visa um fortalecimento no vínculo entre equipe de enfermagem- paciente- familiares e instituição (PREDEBON, BEUTER, FLORES et al, 2011).

O atendimento ao paciente em UTI deve envolver a compreensão e a atenção da família, visando prestar uma assistência humanizada e de qualidade. Para que isso possa ser alcançado a vivência familiar deve ser preservada (PREDEBON, BEUTER, FLORES et al, 2011).

Percebe-se durante o cotidiano que a equipe multiprofissional prefere no momento da visita dos familiares, não manipular o paciente e não fazer discussão de nenhum caso nesse momento, preservando o emocional dos familiares que já encontra-se abalado e mantendo uma postura ética adequada (KRÖGER, BIANCHINI, OLIVEIRA, SANTOS, 2010).

Na instituição em estudo, acontece uma hora de visita por dia dividido em dois turnos, sendo revezado entre o número de 3 familiares no máximo a cada turno, sendo então dez minutos para cada um deles. A PNHAH diz que todo o paciente internado em UTI como em outras unidades abertas tem o direito do acompanhamento de um familiar, evitando afastar o paciente bruscamente do círculo familiar (BRASIL, 2004).

O afastamento da família debilita ainda mais o estado emocional do paciente, podendo afetar seu quadro clínico. O ato de conversa, tocar, acariciar o paciente durante a visita, onde mesmo sedados os pacientes sentem a presença da família, muitas vezes expressando fáceis de alegria, felicidade e/ou até mesmo movimentando-se demonstrando sinal desse sentimento (ALMEIDA et al, 2009).

A enfermagem propicia e deve contribuir para o cuidado aos indivíduos enfermos, ela é provedora dos cuidados diretos e indiretos, como por exemplo, assistência ao paciente e orientações aos familiares (BRASIL, 2009). A habilidade de comunicação é tão importante quanto as habilidades técnicas, o profissional enfermeiro é o facilitador do contato entre a equipe de saúde, paciente e família.

Para Mezzomo, citado por Costa et al (2009), durante o processo de humanização a empatia é essencial, colocar-se no lugar do outro contribui para entender a dor, angústias e

receios dos envolvidos com a doença. Vemos no olhar dos familiares o sentimento de deslocamento junto a assistência, pois são esquecidos e quase nunca ouvidos.

O processo de humanização dentro das UTIs Adulto propicia um melhor prognóstico. O envolvimento da família pode ser visto também como um facilitador durante a estadia do paciente na unidade (UNDER, 2013). Com isso, toda a equipe deve buscar esse entendimento, sensibilizando-se, realizando a escuta, em busca de um atendimento integral, de qualidade e humanizado.

2.5 Acolhimento à família/ Comunicação

A hospitalização em UTI geralmente acontece de forma aguda, proporcionando pouco tempo para os familiares se ajustarem e se organizarem. A equipe intensivistas tem papel fundamental no apoio aos familiares, percebendo as diversas formas de reação desses às novas situações (MARTINS et al, 2008).

O acolhimento representa uma das diretrizes do Programa Nacional de Humanização (PNH), pois acolher significa prestar um atendimento com qualidade, compromisso, dignidade e respeito a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde. Sempre buscando a resolutividade da assistência prestada, saber direcionar os pacientes de acordo com o grau das suas necessidades, estabelecendo articulação com outros serviços/unidades para garantir a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

Segundo Oliveira e Trindade (2010), citado por Oliveira e Guimarães (2013), o enfermeiro é um dos profissionais mais indicados para realização do acolhimento, pois em sua formação instruir-se a prestar assistência de maneira holística, ou seja, ver o ser humano como um todo, buscando atender as necessidades físicas, psicológicas e se necessário de ordem social.

Para Frizon (2012), o profissional enfermeiro entende que a dificuldade em atender a família vincula-se às especificidades da terapia intensiva, às suas próprias limitações pessoais ou da equipe, e ainda, ao modo com que familiares expressam seus sentimentos. O cuidado de enfermagem relacionado a família deve ir além de consentir, ou não, a visita do familiar. Inclui, também, o estabelecimento de relação de confiança e de auxílio, para ambos (profissional e familiar) conseguirem transmitir tranquilidade para o paciente, que é quem realmente necessita de cuidados.

A equipe de enfermagem tem a função de identificar as reais necessidades dos familiares, quanto mais antecipado for a boa interação entre esses, melhor será para os familiares e, conseqüentemente, para o paciente hospitalizado. Principalmente no primeiro contato com a família, mas não esquecendo disso ao longo da internação, a equipe deve acolher os familiares. Permitindo que os familiares perguntem e digam o que pensam e sentem, bem como, incentivá-los a falar sobre a situação por qual estão passando (OLIVEIRA, GUIMARÃES, 2013).

Mesmo contribuindo para atendimento ao paciente e transmitindo segurança aos profissionais de saúde, a visão tecnicista afasta os familiares. Nesse sentido para Martins et al (2008) a equipe utiliza maior tempo para desenvolver atividades técnicas e cognitivas e pouco tempo para desenvolver as tecnologias das relações, como acolhimento com o paciente e menos ainda com os familiares, induzindo ao distanciamento.

O uso de termos técnicos pelos profissionais da UTI não é indicado, pois pode deslocar, proporcionar desconforto, amedrontar, constranger e afastar o familiar do contato com a equipe (SCHNEIDER, BIELEMANN, QUADROS, 2009).

Na instituição em estudo os horários de visita é dividido em dois turnos. O primeiro horário acontece no início da tarde, após a passagem de plantão às 13horas 30minutos até as 14horas. O segundo horário acontece a noite às 21horas até as 21horas e 30minutos. São permitidos 03 visitantes por leito, sendo a entrada na unidade, um visitante de cada vez, a divisão do tempo de permanência de cada um deles pode ser feita por eles mesmos. Nesses horários a equipe de enfermagem está se adequando ao plantão, muitas das vezes não possuindo tempo para acolher os familiares que adentrarão na unidade.

Um exemplo negativo à comunicação é que em predominante número de instituições, as visitas à UTI coincide ou ocorre próximo ao horário de troca do plantão, como no setor em estudo, a qual rotina não pode ser interrompida (FRIZON, 2012). Está prática influência negativamente sobre a comunicação da equipe com o familiar, impedindo a realização do acolhimento aos familiares.

Visando a organização das informações dadas aos familiares, na tentativa de evitar divergências, autores defendem a padronização das informações, porém outros são contrários, pelo risco de se tornar mais uma rotina a ser cumprida, fugindo da individualidade de cada indivíduo (METSUDA, 2002).

Metsuda (2002), ainda aponta outro ponto negativo, a não identificação do profissional enfermeiro pelos familiares. Acredita-se então que a existência de um único profissional o qual teria a função específica de ofertar informações aos familiares, tanto na sala de espera quanto no momento da visita, seria de grande valia para o fortalecimento do vínculo com a equipe, onde os familiares saberiam a quem se reportar nos momentos de busca por informações e angústia.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo da Pesquisa

Considerando o tipo de pesquisa, trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo.

O método qualitativo é o que se aplica o estudo da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam. Embora já empregados à aglomerados de grande dimensão, as abordagens qualitativas aplicam-se melhor a investigação de grupos de segmento delimitado e focalizados, de história social sob a ética dos atores de relações e para análise de discursos e de documentos (MINAYO, 2007).

Esse tipo de método permite a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Por esse motivo, utiliza-se esse método para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos variáveis e tipologias (MINAYO, 2007).

No entanto, Bardin (1979) citado por Minayo (2007) acredita que a pesquisa qualitativa é um conjunto de técnicas de análise e comunicação, utilizado para obter procedimentos sistemáticos e objetivos à descrição do conteúdo das mensagens indicadoras, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, recepção dessas mensagens.

Estudos qualitativos, visam responder questões particulares e aborda o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, aspectos sociais. Tendo em vista a diversidade e complexidade dos fenômenos sociais, o pesquisador qualitativo busca técnicas especiais de abordagens, como entrevista com questões abertas e semi-estruturadas, entrevista profunda e observação participante ainda análise documental (DESLANDES, GOMES, MINAYO, 2007).

Treviños (1987), citado por Kegler (2005), refere que a pesquisa qualitativa possibilita identificar as causas e consequência dos problemas, a relação entre eles, as contradições, não busca apenas resultados, mas a descrição do processo existente nas relações de cada indivíduo. Transformar a realidade estudada, é o principal objetivo desse tipo de estudo.

Segundo Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa exploratória proporciona melhor familiaridade com o problema, com vista a torna-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Ela

envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

A pesquisa descritiva pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, exigindo do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar (GERHARDT, SILVEIRA, 2009).

Ainda na linha de pensamento de Gerhardt e Silveira (2009), os pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos buscam explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (suscitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens.

3.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma Unidade hospitalar do Vale do Rio Pardo, no setor de Terapia Intensiva adulto, com capacidade de 10 leitos. Podendo ser internado pacientes de toda a região do estado, pois a unidade é cadastrada na central de regulação de leitos do RS.

Estes pacientes devem ter idade adulta e se enquadrar no perfil de paciente de UTI, ou seja, necessitar de um suporte avançado para manter suas necessidades básicas. Nesta unidade não há separação por algum tipo de categoria como sexo e/ou idade. É equipada com respiradores, bomba de infusão, monitores, dialisadores entre outros aparelhos de alta capacidade tecnológica. Kegler (2005) fundamentado por Santos, Toledo e Silva (1999) afirma que a planta física das UTIs tem por objetivo monitorar atentamente cada paciente, oferecendo um ambiente com boa iluminação e ventilação, um espaço adequado pra os profissionais desenvolverem as tarefas e que favoreça a comunicação entre si e ainda, que permita a colocação de equipamentos dos mais diferentes tipos, grau de tecnologia e complexidade.

Na instituição em estudo são atendidos pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), demais convênios e particulares. No ano de 2014 foram atendidos pelo SUS 83,27% da demanda, demais convênios e particular 16,73%.

A unidade em estudo enquadra-se nas normas regulamentados do Ministério da Saúde (Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 50 de 21/02/2002 e normas que a complementam a RDC 07, de 24/02/2010) e contemplando assim o que CHEREGATTI e AMORIM, (2010)

preconizam. A RDC 50 dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, como por exemplo, a UTI. A unidade deve abranger todos os quesitos pedidos nessa resolução, para assim poder prestar assistência (BRASIL, 2002).

Conta com plantão médico 24 horas, como também com profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem. Ainda profissionais fisioterapeutas, nutricionistas e apoio de psicólogos do hospital em turnos distintos. A unidade recebe acadêmicos da medicina, enfermagem, fisioterapia e nutrição. Conta ainda, com o programa de residência multiprofissional, onde residentes da medicina, fisioterapia e enfermagem prestam serviços dentro da unidade.

Atualmente, dentre os dez leitos disponíveis, são ofertados oito leitos para atendimento de patologias clínicas e dois destinados especificamente para pacientes cirúrgicos, oriundos de procedimentos cardíacos. A divisão dos leitos se dá com um técnico de enfermagem a cada dois pacientes, ou seja, para os dez leitos existe 5 técnicos de enfermagem a cada turno.

A instituição possui um projeto de ampliação da Unidade de Terapia Intensiva para 20 leitos. Com isso, mais de 100 pacientes poderão ser atendidos mensalmente no setor. Esse projeto foi aprovado no mês de outubro deste presente ano, sem data prevista para início, mas com planejamento de planta da nova unidade sendo elaborada.

3.3 Sujeito da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com familiares de pacientes internados há mais de 48 horas na UTI, que frequentam a unidade durante o período de internação e visitas. E com enfermeiros que atuam na UTI. Como critério de inclusão: os sujeitos maiores de 18 anos, apenas um familiar por paciente, também os profissionais enfermeiros, responsáveis pelo setor nos quatro turnos, 1º turno (madrugada), 2º turno (manhã), 3º turno (tarde) e 4º turno (noite), bem como os enfermeiros assistenciais atuantes na unidade. Todos os participantes aceitaram participar do estudo de forma voluntária e assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de exclusão, determinaram-se: sujeitos que não aceitassem participar da pesquisa, não ser funcionário da instituição onde foi coletado os dados e não ser profissional atuante na unidade. Todos os participantes estiveram cientes da segurança e sigilo, cumprindo o que preconiza a Resolução 196/96 versão de 2012 do Ministério da Saúde.

3.4 Procedimentos operacionais e éticos

Foi realizado contato prévio com a instituição através de um formulário solicitando a realização do estudo. Neste formulário foi explanado a relevância da pesquisa, os objetivos, os sujeitos da pesquisa, o instrumento e as etapas da coleta de dados e os benefícios para instituição, paciente, familiares e equipe atuante no setor em estudo.

Após a aprovação do formulário pela instituição em estudo, o protocolo de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) para aprovação. Com posse do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número: CAEE58616216.3000.5343 a pesquisadora apresentou o estudo aos sujeitos da pesquisa, onde assim foram convidados a participar espontaneamente da pesquisa.

No caso de aceite pelos sujeitos, foram informados que deveriam assinar um documento denominado Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) que faz parte dos documentos da pesquisa, assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o sujeito, garantindo sigilo e anonimato, para assim, proteger ambas as partes, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Eles foram informados quanto aos direitos de desistirem, como sujeitos, a qualquer momento, desde que comunique a pesquisadora antes da conclusão do estudo.

Os sujeitos ficaram cientes de que o estudo não lhes causaria nenhum prejuízo físico, social, moral e psicológico. E que podem excluir-se do processo de pesquisa há qualquer momento que desejar, antes da conclusão do estudo. E solicitar acesso aos dados por eles fornecidos. As entrevistas serão guardadas somente até a conclusão do estudo, posteriormente serão incinerados.

Foi realizado contato prévio ao início da pesquisa com a empresa (hospital) onde o estudo desenvolveu-se, para esclarecimento sobre a pesquisa e pedido de autorização para início da pesquisa, obteve-se a autorização para realizar a pesquisa (ANEXO A).

3.5 Instrumento para Coleta de Dados

Anterior a coleta dos dados, familiares e os profissionais enfermeiros receberam todas as informações sobre a pesquisa, os objetivos do trabalho e sua finalidade, em seguida todos que participaram da pesquisa assinaram o TCLE, ainda foram informados sobre a importância da

assinatura e a finalidade deste documento. Após a assinatura do TCLE, foram entrevistados os profissionais enfermeiros (APENDICE C) e aplicado o questionário aos familiares (Apêndice B).

Na pesquisa utilizou-se codinomes para identificação dos entrevistados, dados e falas dos participantes, preservando sempre a identidade dos sujeitos. Utilizou-se nomes fictícios para identificação dos familiares escolhido por eles e letras na sequência alfabética para identificação dos profissionais enfermeiros.

Durante as primeiras três entrevistas, percebeu-se que os participantes sentiam-se inibidos e poderiam estar sendo induzidos em suas respostas, foi então que percebeu-se que havia a necessidade de maior privacidade para responder as questões.

Então, a pesquisadora questionou os entrevistados sobre a possibilidade de responder as questões sozinho e, se assim preferissem, descreviam as respostas a próprio punho, sem a interferência da pesquisadora. Apenas dois participantes optaram por serem entrevistados e os outros oito tiveram por preferência escrever a próprio punho suas respostas.

Com isso, a pesquisadora resolveu modificar a forma de coleta dos dados com os familiares, deixando que os mesmos respondessem a próprio punho o roteiro de questões. Sem ter limite mínimo ou máximo para responderem as questões.

A coleta de dados com os profissionais enfermeiros se deu através de entrevista, que seguiu um roteiro de questões semi- estruturado com questões abertas e fechadas (APENDICE C), onde a pesquisadora explanava a questão e durante a fala dos entrevistados fazia os registros das respostas para posterior análise. As entrevistas não tiveram tempo determinado como mínimo ou máximo. Essas aconteceram em uma sala junto a unidade, onde cinco profissionais aceitaram participar e uma profissional não aceitou.

3.6 Análise de Dados

Na linha de pensamento de Hennig et al (2013), existem três etapas que correspondem a análise dos dados, a pré- análise que compreende a organização do material a ser analisado, sistematizando as ideias iniciais. A exploração do material, que diz respeito a codificação do material e na definição de categorias de análise, sendo esta etapa de suma importância, pois irá possibilitar o incremento das interpretações e inferência. E o tratamento dos resultados, onde

nesta etapa ocorre o destaque das informações para análise. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Após a realização da coleta de dados, os mesmos foram analisadas e interpretadas a partir da análise de conteúdo que, segundo Minayo (2007), a análise do conteúdo, parte de uma leitura de primeiro plano dos documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestados no material.

Moraes (1999), define também a análise de conteúdo como uma forma leitura e interpretação do conteúdo de toda classe de documentos, que analisados adequadamente, abre portas ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social. Constitui-se de material oriundo da comunicação verbal ou não-verbal, entrevistas/questionários. Esses dados são processados com a finalidade de facilitar o trabalho de compreensão e interpretação que aspira a análise de conteúdo.

Segundo Kegler (2005), apoiado em Leopardi e Rodrigues (1999), existem três fundamentais fases para realizar a análise de conteúdo. Nesse sentido, a primeira fase será a pré-análise, organização das ideias, norteando assim o desenvolvimento das etapas seguintes. A segunda fase acontece a partir da reflexão/exploração do material e preparação para análise, essa em forma codificada conforme critérios já estabelecidos. A terceira e última fase, acontecerá o tratamento e interpretação. Os resultados foram organizados para a partir daí apresentar as deduções e explicações referentes ao estudo.

Para a análise dos resultados adquiridos a partir das questionários com os familiares, foi elaborada uma tabela (Apêndice D) como forma de organizar os dados e posteriormente discutilos. Da mesma forma, criou-se uma tabela (Apêndice E) com os dados coletados a partir das entrevistas com os profissionais enfermeiros.

As respostas encontradas nas entrevistas escritas pelos familiares e nas falas dos profissionais participantes do estudo foram analisadas e comparadas à literatura. A discussão e análise dos resultados obtidos foram divididas em grandes categorias e subcategorias, sendo elas descritas nos quadros abaixo:

Quadro 1: Categorias criadas a partir das falas dos familiares dos pacientes na UTI

Categorias	Subcategorias
I- Perfil dos familiares entrevistados	Sexo Idade Nível de escolaridade Religião Grau de parentesco com o paciente
II- Sentimentos e impressões	Sentimento em relação ao seu familiar O sentimento durante a visita
III- Identificação dos profissionais atuantes na unidade e as orientações recebidas	Identificação do profissional enfermeiro Quem oferece informações Quais informações foram recebidas
IV- A satisfação dos familiares dos pacientes em UTI	Os horários de visita e de informações Sugestões/críticas

Quadro 2: Categorias criadas a partir das entrevistas com os profissionais enfermeiros

Categorias	Subcategorias
I- Perfil dos profissionais entrevistados	Idade Tempo de atuação na unidade
II- Como são as ofertas de informações aos familiares	Em que momento acontecem essas informações Qual profissional informa aos familiares A efetividade das informações

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 Categorias que emergiram a partir da pesquisa realizada com os familiares dos pacientes internados na UTI

Organizou-se categorias para apresentar os dados obtidos a partir dos resultados encontrados durante a pesquisa com os familiares de pacientes hospitalizados na UTI. A categoria I denomina-se o perfil dos participantes do estudo, II os sentimentos dos familiares de pacientes internados na UTI, III a identificação dos profissionais atuantes na unidade e as orientações recebidas, IV a satisfação dos familiares dos pacientes na UTI.

I Perfil dos familiares entrevistados

A maior parte dos familiares que participaram do estudo foram mulheres (seis), essas as que frequentam em maior número a unidade nos horários de visita. Este resultado nos mostra que a mulher é responsável pelos cuidados da família, principalmente quando se trata de doença no contexto familiar. Para Almeida (2009), a presença da mulher junto ao paciente e ao cuidado tem por finalidade suprir as necessidades desses indivíduos, principalmente sob o ponto de vista da segurança, prestando suporte emocional. Sendo esse papel de cuidadora desempenhado pela mesma desde os primórdios.

O grau de parentesco entre os participantes foi variável entre primeiro, segundo e terceiro grau. De primeiro grau(pai-filho) foram o maior número com (cinco), segundo grau (primo-neta) (dois) e de terceiro grau (esposa-nora-cunhada) foram (três).

A idade dos visitantes teve uma variável de 20 a 72 anos, sendo (três) das pessoas com idade entre 20 e 30 anos, (dois) com idades entre 31 e 40 anos, (um) com idades entre 41 e 50 anos e (quatro) com idades entre 51 a 72anos, significando o maior percentual.

Em relação a escolaridade entre os participantes, (três) possuem curso superior completo, (três) o segundo grau completo, (dois) o primeiro grau incompleto, (um) ensino superior incompleto e os outros (um) tem o primeiro grau completo. Sendo a maioria dos participantes com escolaridade acima do segundo grau completo, o que pode facilitar o entendimento dos familiares com relação às orientações de enfermagem.

Ao analisar a ocupação/profissão dos entrevistados percebeu-se que (cinco) prestam serviços no comércio ou na indústria, (dois) do lar, (um) estudantes, (um) agricultor e os demais (um) é aposentado.

II Os sentimentos dos familiares de pacientes internados na UTI

Esta categoria traz informações sobre os sentimentos dos familiares por ter um ente querido internado em uma unidade de terapia intensiva, também traz questões relacionadas ao sentimento durante a visita.

Entre os sentimentos relacionados a hospitalização na UTI, foram citados pelos participantes da pesquisa a preocupação (cinco), angústia (cinco), segurança no local/confiança na equipe (cinco), o medo (dois), tristeza (um) e sensação de perda (um).

Os pacientes e seus familiares possuem uma visão estereotipada do local, vinculada à ideia de sofrimento e morte. No entanto, acreditam ao mesmo tempo que esse local é o mais seguro, é o melhor lugar que o paciente em situação grave de saúde poderia estar. Podemos perceber em algumas falas citadas durante a pesquisa.

“... me senti seguro durante a visita, pois pude perceber que o ambiente é bem estruturado e organizado.” (João)

“...me sinto bem por saber que minha familiar está recebendo os melhores cuidados.” (Marcos)

A cultura que permeia o entendimento dos pacientes e sua família a respeito do significado da internação em UTI está diretamente relacionada à questão da morte. A morte parece prevalecer nos pensamentos e sentimentos da família. Segundo Lemos e Rossi (2002), cliente e família sentem medo quando se deparam com a possibilidade de hospitalização nesse ambiente.

Kierkegaard citado por Almeida (2009), diz que a angústia pode ser definida como uma ansiedade ou aflição intensa; ânsia, agonia; sofrimento, tormento, tribulação e a tristeza; pena, desalento, consternação, um aspecto revelador de mágoa ou aflição, um sentimento revelado pela incerteza do que realmente irá acontecer com o paciente. Percebe-se que esse sentimento de

angústia emerge nos familiares relacionando-se ao medo da morte, por saber que o familiar está sofrendo, por não poder ajudar diretamente e não ter a certeza do que irá acontecer.

O medo é uma experiência que parte tanto dos componentes psicológicos quanto fisiológicos, sendo estimulado pela percepção de perigo iminente no ambiente. É considerado como uma resposta natural a um estressor real, que ameaça a própria existência, essa é a definição de medo pela psicologia atual.

Apesar da forte campanha de humanização junto as unidades de terapia intensivas e assim, esclarecimentos em relação as rotinas das unidades para desmistificar a ideia de que a UTI é um setor de terminalidade do ciclo da vida, ainda se houve nos relatos dos familiares o sentimento de perda.

“...quando meu familiar veio para UTI, meu sentimento foi de insegurança e perda...” (Joana)

O estudo feito por Almeida (2009), aponta que a distância do parente e não poder ajudar diretamente no cuidado, a incerteza, a gravidade, a possibilidade de morte, a falta de reação tanto ao tratamento quanto a presença da visita, traz um sentimento de medo, de angústia e tristeza para a família.

Quanto aos sentimentos despertados durante a visita foram citados segurança/bom atendimento (seis), angústia (seis), impotência (um), tristeza (um), preocupação (um), uma mistura de emoções (um) e desconfortável(um), sendo esses os sentimentos despertados pelos familiares durante a visita na unidade.

A confiança na equipe intensivista é percebida pelo maior número de participantes. Sentem-se bem, seguros com o tratamento que o paciente recebe na unidade e com a reação do paciente durante a visita ao parente. Assim, sentir-se bem é ter segurança e confiança tanto no tratamento oferecido como na situação que estavam vivenciando. Isso observou-se em alguns dos relatos.

“me senti bem por saber que minha filha está sendo bem cuidada...” (Marco)

O sentimento de impotência é frequente aos familiares que aguardam em sala de espera de uma UTI, a família não pode cuidar diretamente o paciente, esta situação pode gerar no familiar um sentimento de impotência, que é definida como um sentimento de desesperança, abandono e falta de controle (ALMEIDA, 2009).

III- A identificação dos profissionais atuantes na unidade e as orientações recebidas

Esta categoria retrata as percepções dos familiares em relação ao profissional enfermeiro que atua na unidade de terapia intensiva, sua identificação e as orientações recebidas destes profissionais.

Quando questionados quanto o conhecimento do profissional enfermeiro somente metade (cinco) dos participantes reconheceram o profissional enfermeiro. Os demais participantes além de não reconhecerem o profissional na unidade, destacam que não tiveram nenhum contato com esse profissional. Não há uma distinção exata pelos familiares entre o profissional enfermeiro e o técnico de enfermagem.

Para Ruedell (2009), a falta de apresentação dos profissionais da saúde ainda propicia uma confusão entre as categorias no campo da enfermagem, onde os familiares denominam todos os profissionais que encontram-se de branco como enfermeiro.

É necessário que o profissional enfermeiro se identifique como líder/gestor da unidade, demonstrando capacidade em proporcionar apoio, não somente relacionado à saúde e doença do indivíduo, mas também, capazes de implementar um cuidado integral a toda a família, oferecendo as informações que lhe são cabíveis, como por exemplo, a rotina da unidade, materiais de higiene que os pacientes necessitam durante o período de internação, instigar o familiar ao contato físico e verbal com os pacientes, sem necessidade de ocupar espaço de outros profissionais e tranquilizando os familiares.

Quando questionados sobre quem os oferta informações, os familiares citam o profissional médico, esse o mais lembrado, sendo mencionado por nove vezes, o profissional enfermeiro foi citado apenas três vezes, o profissional psicólogo apareceu uma vez e três participantes relataram não ter recebido informações de nenhum profissional.

O profissional enfermeiro não só pode, como deve ofertar informações aos familiares, principalmente no momento de admissão do paciente, promovendo o acolhimento destes indivíduos a unidade e a equipe, fortalecendo os laços entre equipe-família.

O profissional médico é quem orienta os familiares sobre os diagnósticos médicos, estado de saúde do paciente e seu tratamento. Na unidade em questão está estabelecido em rotina um horário para o médico conversar com os familiares. Nos demais horários não há informações aos familiares. Por esse motivo, a falta de informação por um longo tempo resulta em sentimentos de angústia, medo, insegurança e impotência dos familiares.

O profissional enfermeiro é o elo entre a família e o paciente, não sendo apenas sua atribuição a autorização/organização da visita nos horários determinados pela instituição, mas também acolher os pacientes e seus familiares. Para Martins et al (2008), o profissional enfermeiro tem como tarefa indispensável o acolhimento a família onde a definição de acolhimento para esse autor, é atender a todos que procuram o serviço, ouvindo os pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar, pra trazer retorno às necessidades dos pacientes hospitalizados e de seus familiares.

Segundo Oliveira e Trindade (2010), citado por Oliveira e Guimarães (2013), o enfermeiro é um dos profissionais mais indicados para realizar o acolhimento dos pacientes e seus familiares, pois em sua formação é capacitado a prestar assistência de uma forma holística, ou seja, sabe ver o indivíduo como um todo, buscando atender suas necessidades físicas, psicológicas e se necessário, de ordem social.

Quanto as informações recebidas, os familiares mencionaram que as informações ofertadas pelos profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva estão relacionadas ao quadro clínico (cinco), evolução do paciente (três), procedimentos realizados (dois), cuidados pós alta (um), rotinas da unidade (um) e nenhuma (um).

Aqui percebemos que apenas um participante destacou não receber nenhum tipo de informação durante a internação de seu familiar na unidade. Anteriormente citado, três participantes referem não ter recebido orientação de nenhum profissional, podendo então perceber que o fato dos familiares encontrarem-se preocupados, angustiados, entre outros sentimentos despertados por eles, acabam pela não assimilação das orientações que são ofertadas pela equipe.

Quanto mais clara for a comunicação com a família, melhor será o vínculo com o profissional enfermeiro e com toda a equipe, o que contribuirá para diminuir as dúvidas e a ansiedade. A família não deve ser encarada como inimigos que atrapalham a rotina a toda hora (MARTINS, 2008).

A comunicação é uma estratégia básica para a realização do acolhimento ao familiar e consiste em perceber cada ser humano como um indivíduo único, com necessidades específicas, facilitando a interação entre eles por meio de diálogo aberto entre quem cuida e quem é cuidado (MARQUES, SILVA, MAIA, 2009).

É necessário compreender as angústias/estressores dos familiares de pacientes em estado crítico, sobretudo quando estes apresentam-se inseguros quanto a diagnósticos, terapêutica aplicada ou sentimentos relacionados a equipe. Podem estar vivenciando situações complicadas, pelas quais nunca passaram, necessitando de apoio e um olhar holístico voltados a eles.

Então, para que as orientações sejam efetivas, o profissional deve realizar a comunicação por meio de tecnologia leve, com uso de linguagem verbal e não verbal, ou seja, que essa se processa além das palavras, através de gestos, expressões faciais, contato físico, distâncias mantidas entre as pessoas e priorizando que as falas sejam claras e simples, facilitando o entendimento dos usuários (MARQUES, SILVA, MAIA, 2009).

IV- A satisfação dos familiares dos pacientes na UTI

Nesta categoria é discutido a satisfação dos participantes em relação aos horários de visita oferecidos pela instituição, o tempo que puderam estar junto aos familiares internados, a relação com a equipe e ainda algumas sugestões trazidas pelos usuários do serviço para um melhor atendimento.

Quanto aos horários ofertados pela instituição para as visitas a unidade e aos pacientes, os participantes citaram que estão satisfeitos (quatro), pois entendem que os pacientes necessitam de cuidados e repouso, mais um horário para visita no turno da manhã e/ou ainda o horário das 21h ser mais cedo (quatro) e outros gostariam de mais tempo junto aos pacientes (três).

As instituições estabelecem normas, as quais levam em consideração apenas fatores institucionais, deixando de considerar as reais necessidades dos pacientes e seus familiares. Na UTI a visita é organizada de forma rígida, em consideração ao estado hemodinâmico do paciente

que costuma ser grave, a estrutura física do local ser limitada e os cuidados intensivos prestados pela equipe (REZENDE, 2000).

A instituição oferece dois horários para visita na UTI-A, o primeiro horário acontece as 13h 30min até as 14h, ao final deste período o profissional médico tem uma conversa com os familiares de cada paciente, os informados sobre diagnósticos clínicos, evolução do paciente, terapêutica aplicada, entre outros assuntos. O segundo horário acontece as 21h até as 21h 30min, nesse momento nenhum profissional oferece informações para os familiares a não ser quando solicitados.

A necessidade verbalizada pelos familiares, em ter mais horários de visita à UTI e mais momentos de informações, permite fazer uma leitura de que o distanciamento prolongado entre as visitas e momentos de informações, gera sentimentos desagradáveis.

O maior número de participantes acredita que o tempo determinado para as visitas é adequado, pois os pacientes necessitam de cuidados intensivos, específicos e principalmente precisam de repouso para melhora da sua saúde. Ainda, demonstraram em algumas falas, confiança na equipe multiprofissional que atua na unidade e compreensão relacionado a estrutura física.

“os horários oferecidos são bons, por que os pacientes necessitam se recuperar.” (Brunesa)

“acho que apesar de ser pouco tempo, está de acordo com a necessidade do ambiente, já que a intenção é a melhora do paciente.” (Karime)

Ao final do questionário havia um espaço para os participantes deixar sugestões/críticas, que achavam necessário mudar na rotina da unidade. Entre as sugestões que foram citadas pelos participantes, o maior número sugeriu o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ao entrar na unidade, para assim se proteger, mas principalmente proteger aos pacientes (quatro). Outras sugestões foram sobre o número de visitantes por paciente que este fosse maior(um), que as informações fossem mais frequentes (dois), agradecimentos pelo bom atendimento aos pacientes (dois) e nenhuma sugestão (dois).

Conforme relatos durante a pesquisa, os familiares preocupam-se com a contaminação ao entrar na unidade e também o risco de contaminar aos pacientes.

“Deveríamos usar meias e máscaras descartáveis, para protegemos nossos familiares e a nós mesmo.” (Joana)

“O uso de algo para nos proteger e proteger os pacientes seria interessante.” (Cesar)

Segundo Beltrami (2000), citado por Valgoi (2012), a exposição a material biológico envolve o contato com sangue, fluidos orgânicos infectantes (sêmen, secreção vaginal, liquor, entre outros) e fluidos orgânicos potencialmente não infectantes (lágrimas, suor, urina, fezes) exceto se houver contaminação com sangue.

Sendo assim, os visitantes da UTI podem se contaminar com microrganismos nosocomiais ou até mesmo contaminar os pacientes com microrganismos do meio comunitário (contaminação cruzada). A educação dos visitantes antes de entrar na UTI é importante e esta prática visa a diminuição dos custos da atenção à saúde, prevenindo doenças, uso de antibióticoterapia, reduzindo o tempo de internação e propiciando uma alta precoce (SMETZER, 2002).

Reichmann e Afonso (2000), citados por Valgoi (2012) destacam que as normas aplicadas ao controle de infecção relacionado aos visitantes, dividem-se em dois aspectos, o primeiro voltado para as práticas que visam a redução ou impedimento das infecções e o segundo a educação e monitoramento das atividades que podem evitar a infecção dos pacientes.

Souza (1996) refere ainda que apenas o uso de luva, máscaras, sapatilhas e avental não substituem o cuidado com a lavagem das mãos e a educação ao familiar que adentrará na unidade. Essas orientações não devem ser feitas de forma vertical, onde poderá gerar mais estresse ao familiar, mas sim em uma conversa simples, clara e sem o uso de terminologias científicas buscando facilitar o entendimento dos visitantes e o estimular ao contato com o paciente.

4.2 Categorias que emergiram a partir das entrevistas com os profissionais enfermeiros

Quanto aos resultados das entrevistas com os profissionais enfermeiros, a categoria I denomina-se o perfil dos profissionais entrevistados. A categoria II denomina-se o olhar dos profissionais enfermeiros sob as orientações prestadas aos familiares.

I- Quanto ao Perfil dos profissionais entrevistados

Foram convidados a participar da pesquisa seis profissionais enfermeiros que atuam na UTI, sendo que um profissional negou-se a participar. Todos os participantes são do sexo feminino, com idade que variaram entre 24 a 31 anos e o tempo de atuação na unidade variou de 3 meses a 4 anos.

O enfermeiro atuante em UTI, deve ter a capacidade de desenvolver a gerencia e ter um olhar amplo não apenas a experiência assistencial, não sendo excluído a oportunidade de trabalho de um recém- formado neste setor. Neste contexto, esse deverá adaptar-se para responder as expectativas da unidade, e garantir assim uma assistência mais humana, integral que não abranja somente o paciente, mas também seus familiares.

Balsanelli, Cunha e Whitaker (2008), revelam que espera-se que os profissionais enfermeiro que atua em UTI, tenham competência para identificar e intervir principalmente nas alterações fisiológicas dos pacientes, mas não pode esquecer do seu contexto, deve amenizar a ansiedade dos familiares.

Isso nos mostra que para atuar em UTI o enfermeiro deve estar preparado e principalmente capacitado para desempenhar essa atividade, não sendo suficiente a habilidade assistencial.

II- Como são as ofertas de informações aos familiares

Todos os entrevistados descreveram que as informações ofertadas aos familiares no momento da admissão do paciente e após a visita no turno da tarde. O profissional médico que retrata a evolução do paciente, diagnósticos e tratamento das patologias. As informações ofertadas pelo profissional enfermeiro são voltadas apenas para as rotinas da unidade e esclarecimento de dúvidas quando questionados pelos familiares, em momentos distintos, hora durante as visitas, hora na admissão dos pacientes.

“...o enfermeiro ao decorrer do dia, esclarecemos as dúvidas...” (Profissional D)

“o enfermeiro esclarece dúvidas sem detalhar diagnóstico.” (Profissional E)

Os participantes ainda relataram que não utilizam nenhum instrumento e/ou protocolo para organizarem as informações aos familiares. Apenas organizam-se de forma a transmitir as informações de forma clara, simples e objetiva, propiciando assim um melhor entendimento da parte dos familiares.

Um dos entrevistados ainda relatou que quando é necessário o contato via telefone com familiar solicitando sua presença por motivo de alta da unidade, realização de algum procedimento de emergência ou até mesmo uma intercorrência, quem realiza essa atividade é o enfermeiro, sem passar maiores detalhes durante a ligação. Assim, nenhum paciente realiza qualquer procedimento ou sai (alta) da unidade sem estar acompanhado pela família. Os enfermeiros ainda exclamaram que quando orientam quanto a isso, os familiares sentem-se mais tranquilos e demonstram confiança na equipe.

“Quando falo que nenhum paciente sai da unidade, sem o familiar na instituição, eles expressão tranquilidade e diminuição do medo...” (Profissional E).

Em contrapartida, um dos entrevistados diz que não há uma organização para prestar as informações, o que pode-se perceber que este profissional atende apenas a demanda dos questionamentos que partem dos usuários.

Conhecer as necessidades e o grau de satisfação dos familiares de pacientes internados em UTI é essencial nos cuidados dos profissionais de saúde, que tem como compromisso diminuir a dor e o sofrimento daqueles que têm um parente criticamente enfermo (NEVES, DANTAS, BITENCOURT et al, 2009).

A totalidade dos entrevistados julgou as informações da enfermagem importante para os familiares. Dois destes profissionais julgaram baixa a efetividade das orientações, onde apontam a repetição das mesmas perguntas diariamente pelos familiares. Quando as orientações são claras, objetivas e efetivas, os familiares se tranquilizam, ficando menos angustiados e s mais confiantes.

“os familiares nos questionam repetidamente sobre as mesmas questões diariamente...”
(Profissional B)

“Percebo pouca efetividade, pois os familiares não compreendem as orientações. Julgo importante as informações, assim os familiares se sentem confiantes e aliviados.” (Profissional C)

Podemos perceber que a oferta de informações realizada pela equipe de enfermagem não está se dando de forma clara, com linguagem de fácil entendimento e simples, o que leva os familiares questionar a equipe sobre as mesmas perguntas diariamente.

O profissional D, aponta que também ficaria angustiado e preocupado se recebesse apenas uma vez ao dia informações de seu parente. Ainda completa dizendo que “é dever do profissional enfermeiro estar informado sobre o estado de saúde de todos os pacientes que encontram-se na unidade...”, estando preparado para possíveis questionamentos, assim, passar satisfação e confiança para a família.

Segundo Neves, Dantas, Bitencourt et al (2009), medidas que atendem às necessidades dos familiares e aumentam o nível de compreensão e satisfação destes com as UTI sem entre elas a criação de vídeos educativos sobre a rotina da unidade, para ser transmitidos na sala de espera para os familiares antes da visita na unidade, orientações e apresentação do serviço pelo profissional enfermeiro, médico ou secretária do setor, antes da primeira visita dos familiares dos pacientes admitidos, cartazes específicos contendo a rotina, nomenclatura dos equipamentos presentes na unidade e folder com as orientações e os cuidados que devem ter durante a internação dos familiares na UTI.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados deste estudo, conclui-se a importância desse tema tanto para o paciente e familiares como para a equipe de enfermagem que atua em UTI, pois quando o enfermeiro consegue ofertar informações à família, estes tranquilizam-se e passam a confiar na equipe de enfermagem.

Ao investigar junto aos Enfermeiros e familiares de pacientes internados em UTI adulto, como se dá as orientações realizadas pela equipe de enfermagem viu-se que a oferta de informações ocorre na sala de espera e durante a visita à unidade, e que essas orientações promovem conforto, diminuem tensões, angústia e medo, o que proporcionam um relação de confiança entre família e equipe. Observa-se que os sujeitos desta pesquisa, quando são realmente acolhidos pela equipe, apesar do medo, da ansiedade e da tristeza presentes em decorrência da própria situação de seu ente querido, demonstram satisfação e alegria pelo trabalho desempenhado pela equipe de enfermagem, reconhecendo as dificuldade da unidade e dos profissionais.

Assim, vale destacar a teoria de Frizon (2009), que relata o emaranhado de necessidades que os familiares convivem no seu dia-a-dia durante a hospitalização na UTI, em especial, no momento que antecede à visita. Diante dessa afirmação, considera de extrema importância a presença de um profissional enfermeiro na sala de espera de uma UTI, pela capacidade e possibilidade de acolher os familiares, preparando-os para a visita, atendendo suas necessidades de informação e oportunizando o momento para criar vínculo com a família.

Os familiares reconhecem a UTI como um lugar complexo e muitos tem preconceitos de que é um lugar para morrer. Com o convívio diário nesse ambiente, durante a internação de seus entes queridos, perceberam que apesar de ser um local onde se cuida de pacientes graves e que exige atenção constante, reconhecem a qualidade e complexidade da assistência prestada, que aumentam as chances de sobrevivência e superação destes pacientes críticos.

Cada indivíduo tem um julgamento para cada situação, local, pessoas, enfim, o familiar de pacientes de UTI, percebem este setor como um ambiente assustador, sentem-se perdidos no meio de tanta informação visual, mas sabem que é o lugar mais propicio para os pacientes graves se recuperarem e confiam na equipe multidisciplinar (URIZZI et al, 2008).

O presente estudo demonstrou limitação da equipe de enfermagem na atenção aos familiares, pelo déficit na comunicação e de tempo para acolher os familiares. Os enfermeiros sentem-se despreparados e inseguros para conversar com os familiares, principalmente quando vivenciam situações onde o prognóstico dos pacientes são ruins. Outro fato importante de mencionar, visto ao longo da pesquisa, a falta de reconhecimento do trabalho do profissional enfermeiro junto a equipe e familiares dos pacientes.

Esse resultado concorda com a teoria de Aguiar et al (2006), apesar dos enormes avanços tecnológicos e terapêuticos em saúde, usualmente os profissionais não estão preparados para atender pessoas com prognóstico ruim, em processo de morte, bem como em lidar com seus sentimentos e emoções e principalmente como interagir com a família, neste contexto. Ainda sugere que na academia deveria ter mais discussão em relação a temática, preparando estes profissionais a se comunicarem e interagir com familiares em situações difíceis.

A partir dos dados obtidos, percebe-se a necessidade do profissional enfermeiro atuante em UTI ter uma especialização para atuar neste setor, que dispõem de alta complexidade, preparando-se para lidar com as mais diversas situações que acontecem em uma unidade terapia intensiva, não somente no que permeia a prática assistencial, mas buscando aprimorar outros sentidos, principalmente a comunicação.

Para a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), o enfermeiro intensivista traz em sua essência o contato com o próximo, seja no exercício da arte de cuidar ou no gerenciamento da equipe e da unidade, onde media conflitos, pratica a equidade na tomada de decisões, atuando como um líder e não chefe e deve principalmente buscar uma boa comunicação com a equipe, paciente e os familiares.

O estudo demonstrou que é preciso repensar estratégias para habilitar a equipe de saúde, em especial, o profissional enfermeiro, para recepcionar e acolher os familiares/visitantes durante os horários de visita, suprimindo necessidades e promovendo um atendimento integral ao paciente que encontra-se hospitalizado em uma UTI.

Uma possível proposta a ser implementada neste setor, como uma possível alternativa para dar início à mudanças, seria a realização de sala de espera pelo profissional enfermeiro se dispondo a acolher as famílias, onde a utilização de material informativo para distribuição aos familiares pode ajudar no entendimento destes em relação a normas e rotinas da unidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, I.R.; VELOSO, T.M.C.; PINHEIRO, A.K.B.; XIMENES, L.B. *O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal*. Revista Acta Paulista em Enfermagem 2006;19(2):131-7. Acessado em 30/10/2016 às 13h 40min. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a02v19n2>

ALMEIDA, A.S. et al. *Sentimentos dos Familiares em Relação ao Paciente Internado na Unidade de Terapia Intensiva*. Revista Brasileira de Enfermagem, nov-dez; 62(6):844-9 Brasília, 2009. Acessado em 05/06/2016 às 18h 04min. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600007

BALSANELLI, A.P.; CUNHA, I.C.K.O.; WHITAKER, I.Y. *Estilos de liderança e perfil profissional de enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva*. Acta Paulista de Enfermagem 2008;21(2):300-4. Acessado em 29/11/2016 às 02h 30min. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v21/n2/v21n2a11.pdf>

BECCARIA, L.M. et al. *Visita em Unidade de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto a humanização do atendimento*. Revista Ciência e Saúde, 2008 abr/jun;15(2): 65-9. Acessado em 24/04/2016 às 20h 11min. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/id%20263.pdf

BETTINELLI, L.A.; ROSA, J.; ERDMANN, A.L. *Interação em Unidade de Terapia Intensiva: experiência de familiares*. Revista Gaúcha de Enfermagem 2007;28(3):377-84. Acessado em 05/06/2016 às 23h 57min. Disponível em: www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4688

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 07, de 24 de fevereiro de 2010*. Dispõem sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapias Intensiva e dá outras providências. Acessado em 28/06/2016 às 20h 59min. Disponível em: www.ambi.org.br/pdf/RDC-07-2010.pdf.

_____. Ministério da saúde. *HumanizaSUS política nacional de humanização, documento base de gestores e trabalhadores do SUS*. 1ºed. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 48 p.

_____. Ministério da Saúde. *Humanização no Cuidado em UTI- Adulto*. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde, *Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa*. RESOLUÇÃO Nº196/96 versão 2012.

CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C.P. *Enfermagem: Unidade de Terapia Intensiva*. SP, editora Martinari, 2010.

COSTA, S.C. FIGUEREDO, M.R.B. SCHAURICH, D. *Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem*. Porto Alegre, 2009. Acessado em 23/08/15 às 20h 35min. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500009&script=sci_arttext.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 25 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

FERREIRA, P. D.; MENDES, T. N. *Família em UTI: Importância do Suporte Psicológico Diante da Iminência de Morte*. Rev. SBPH vol. 16 nº. 1, RJ, Jan/Jun, 2013. Acessado em: 04/06/2016 às 17h. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100006

FRIZON, G.; NASCIMENTO, E.R.P. do; BERTONCELLO, K.C.G.; MARTINS, J.J. *Famíliares na Sala de Espera de uma Unidade de Terapia Intensiva: Sentimentos Revelados*. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre(RS)2011 mar;32(1):72-8. Acessado em 05/06/2016 às 14h 11min. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100009

GAÍVA, M. A. M.; Scochi, C. G. S. *A comunicação entre a equipe e os pais em uma UTI neonatal de um hospital universitário*. An. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm. May. 2002. acessado em 02/07/2016 às 12h 24min. Disponível em: www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100048&script=sci_arttext

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre-RS: Editora da UFRGS, 2009.

HENNIG, A. et al. *Análise de conteúdo: fazemos o que dizemos? Um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica*. Brasília – DF, nov, 2013.

KEGLER, A. L. *Famíliares na Sala de Espera da Unidade de Terapia Intensiva*. Monografia (Graduação em Enfermagem)- Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, 2005.

KRÖGER, M.M.A.; BIANCHINI, S.M.; OLIVEIRA, A.M.L. de; SANTOS, L.S.C. *Enfermagem em Terapia Intensiva, do ambiente da unidade à assistência ao paciente*. 1ºed. São Paulo: Martinari, 2010.

KURCGANT, P. et al. *Administração de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 2005.

LEMONS, R.C.A.; ROSSI, L.A. *O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade*. Rev. Latino-

Americana de Enfermagem, vol.10 n°3, Ribeirão Preto Maio/Junho, 2002. Acessado em 23/11/2016 às 16h 42min. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300009

LINO, M.M.; SILVA, S.C. *Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: A História como Explicação de uma Prática*. Rev. Nursing. SP, a4, n.41, p.25-29, out. 2001.

MARQUES, R.C.; SILVA, M.J.P. da; MAIA, F.O.M. *Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva*. Rev. enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar 2009; 17(1):p.91-5. Acessado em 24/11/2016 às 12h 40min Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a17.pdf>

MARTINS, J.J.; NASCIMENTO, E.R.P.; GEREMIAS, C.K.; SCHNEIDER, D.G.; SCHWEITZER, G.; NETO, M.H. *O Acolhimento à Família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multidisciplinar*. Ver. Eletr. Enf. [internet]. 2008;10(4):1091-101. Acessado em: 22/06/2016 às 00h e 05min. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm.

MATSUDA, L.M. et al. *A Comunicação Verbal da Equipe de Enfermagem de uma UTI- Adulto Durante o Processo de Visita: Perspectivas dos Visitantes*. An.8. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002 maio. Acessado em 23/05/2016 às 19h 48min. Disponível em: www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000005

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa Qualitativa em saúde.10°ed.Sao Paulo.2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012*.

NEVES, F.B.C.S. et al. *Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2009; 21(1):32-37. Acessado em 28/11/2016 às 02h 20min. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n1/v21n1a05.pdf>

OLIVEIRA, D.A. de; GUIMARÃES, J.P. *A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência*. Caderno Saúde e Desenvolvimento, vol.2, n.2; jan/jun 2013. Acessado em 01/09/2016 às 12h. Disponível em: www.grupouninter.com.br/revistasaude/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/viewFile/197/101

POLAK, Y.N. de S.; MARTINS, N.; LABRONICI, L.A. *A Corporiedade e o Cuidar do Adulto da Socialiedade Hospitalar*. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v.2, n.2, p.43-46, jul./dez. 1997.

PREDEBON, G. R. et al. *A Visita de Familiares em Unidades Intensivas na Ótica da Equipe de Enfermagem*. Revista Ciência Cuidados e Saúde, 2011; 10(4):705-712. Acessado em 10/09/15 às 14h. Disponível em: www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18314.

REZENDE, Maristela Soares de. *O Paciente da Unidade de Terapia Intensiva, o Familiar e a Equipe Intensivista: objetivo comum, trajetórias distintas*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, 2000.

RUEDELL, L.M. et al. *Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em unidade de tratamento intensivo: estudo bibliográfico*. Rev. Cogitare Enfermagem, 2010 Jan/Mar; 15(1):147-52. Acessado em 24/11/2016 às 10h. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17186/11321>

SAIOTE, E.; MENDES, F. *A Partilha de Informação com Familiares em Unidade de Tratamento Intensivo: importância atribuída por enfermeiros*. Rev. Cogitare Enfermagem 2011 Abr/Jun; 16(2):219-25. Acessado em 02/07/2016 às 23h 50min. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/21814/14224>.

SÁ, A. S.; ZIVIANI, L. C.; SILVA, O. C. e; GALVÃO, C.M.; MENDES, K. D. S. *Necessidades de informação do cuidador familiar de candidatos ao transplante de fígado*. Rev. Gaúcha Enfermagem, 2016 mar;37(1):e54650. Acessado em 03/07/2016 às 20h. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/54650/37065>

SALDANHA, Cíntia Stefani. *Fatores estressores entre enfermeiros de duas unidades de terapia intensiva*. Monografia (Graduação em Enfermagem)- Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, 2008.

SCHNEIDER, C. C.; BIELEMANN, V. de L. M.; Sousa, A. S. de; Quadros, L. de C. M. de; Kantorski, L. de P. *Comunicação na Unidade de Tratamento Intensivo, Importância e Limites - Visão da Enfermagem e Familiares*. Rev. Ciência Cuidado e Saúde 2009 Out/Dez; 8(4):531-539. Acessado em:01/06/2016 às 11h. Disponível em: www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/9667/5384.

SILVA, G.A. da. et al. *Humanização em UTI: a hora da visita- uma revisão integrada da literatura*. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, ISSN:1982-4785, Vol. 07, Nº. 01, p. 506-17, MT, 2016. Acessado em: 05/06/2016 às 13h 40min. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1455>

SILVA, G.F.; SANCHES, P.G.; CARVALHO, M.D.B. *Refletindo Sobre o Cuidado de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva*. REME- Rev. Min. Enf.; 11(1): 94-98, jan/mar, 2007. Acessado em 20/05/2016 às 09h 55min. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/321>

SILVA, S.C. da; PIRES, P.daS.; BRITO, C.M. *Cuidando do paciente crítico: procedimentos especializados*. São Paulo: Atheneu, 2013. 370 p. ISBN 978-85-388-0372-0.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.1 -5.

SOUZA, E.L.V. de; NASCIMENTO, J.C. do; AFIO, C.J.; RIBEIRO, R.C.V. *Uso de equipamento de proteção individual em unidade de terapia intensiva*. Rev. Enf. Ser III nº 4, Coimbra, julho,

2011. Acessado em 24/11/2016 às 16h 15min. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200013

SPOHR, V. M.; FREITAS, H.M. B. de; ILHA, S.; NICOLA, G. D. O.; ZAMBERLAN, C.; GEHLEN, M.H. *Sentimentos Despertados em Familiares de Pessoas Internadas na Unidade de Terapia Intensiva*. Revista Cogitare Enfermagem, out/dez, 2013. 18(4):736-42. Acessado em: 27/06/2016 às 23h 45min. Disponível em: www.revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/34930/21682

UNDEN, L.D.; STACY, K.M.; LOUGH, M.E. *Cuidados Intensivos de Enfermagem*. 6ª ed. Elsevier, RJ, 2013.

URIZZI, F. et al. *Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2008; 20(4): 370-375; PR. Acessado em 30/11/2016 às 10h. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a09.pdf>

VALGOI, V.; LOHMANN, P.M. *Biossegurança na unidade de terapia intensiva: a utilização das medidas de precaução pelos profissionais da saúde*. Trabalho de conclusão de curso apresentado para obtenção do título de bacharel em enfermagem, à UNIVATES, Lajeado/RS, novembro de 2012.

Sites:

<http://www.amib.org.br/>

ANEXO A**Termo de Aceite da Instituição Hospitalar**

Santa Cruz do Sul, 29 de julho de 2016

Prezados Senhores

Declaramos para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado “**A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI ADULTO EM RELAÇÃO AS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM**”, desenvolvido pela aluna do curso de Enfermagem – UNISC, **Angélica Fiuza**, sob supervisão da **Profª Luciane Maria Schmidt Alves**, bem como os objetivos e a metodologia do estudo proposto. Salientamos que publicações acerca dos dados obtidos no referido estudo devem ser previamente submetidos à análise da Instituição.

Afirmamos concordar com o parecer ético substanciado que será emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Atenciosamente,


Enf. **Kátiuscia Brandenburg**
Coordenadora das Emergências e UTI Adulto / HSC


Prof. Dr. Giana Diesel Sebastião
Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão / HSC

ASSOCIAÇÃO PRÓ-ENSINO EM SANTA CRUZ DO SUL - APESC

Rua Fernando Abbott, 174 - 96.810-072 - Santa Cruz do Sul - RS - Fone/Fax: (51) 3713-7400 - www.hospitalstacruz.com.br - hsc@unisc.br

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Orientações de enfermagem em UTI Adulto: a percepção dos enfermeiros e dos familiares de pacientes internados

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

I – Para prestar um atendimento integral e humanizado em UTI, deve-se reunir o contexto familiar e social do paciente. Os familiares frente ao sofrimento enfrentado deprimem-se, desestruturando os sentidos emocionais. A equipe de enfermagem na sua rotina diária acaba acomodando-se e cria mecanismo de defesa, para desempenhar a jornada de trabalho. Informações claras, objetivas, honestas e com frequência são necessidades primordiais aos familiares. O acúmulo de tarefas, a impaciência, a preocupação sobre o quadro clínico do paciente, são algumas das dificuldades relacionadas à comunicação. Sentimentos como receio, medo, impaciência, nervoso, depressão são sentimentos que familiares enfrentam, perante a gravidade da doença no ambiente intensivo. É o familiar que vai ao encontro das informações, quando deveria ser os profissionais de saúde os ofertantes de informações, através de comunicação clara, acessível e sem a utilização de termos técnicos, na tentativa de sanar o afastamento de ambos. Deste modo, a partir desta problemática, o presente projeto tem como relevância, o trabalho investigativo com profissionais da equipe de enfermagem e familiares de paciente internados na Unidade de Terapia Intensiva, buscando entender a importância e a necessidade das orientações realizadas pela equipe de enfermagem aos familiares, verificando a forma de acolhimento à família e reconhecer as ações de enfermagem desempenhada pela equipe em questão. A família é parceira da equipe, ela deve ser mobilizada e estimulada a ajudar o paciente na recuperação. Por tanto, é necessário manter a família próxima ao paciente, mas principalmente bem orientada, confiante, segura, ciente da evolução do estado de saúde do paciente e acolhida. Ao final do estudo, será disponibilizado à instituição o relatório da pesquisa como forma de retorno. Espera-se que este estudo possibilite a qualificação da assistência em enfermagem na UTI, fortalecendo condutas efetivas e modificando as inadequadas, a partir de relatos dos familiares e profissionais enfermeiros.

II - Para atingir esses objetivos serão realizadas entrevistas semiestruturadas. Serão sujeitos do estudo, profissionais enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva e familiares de pacientes

internados no setor em questão de um Hospital de Ensino do Vale do Rio Pardo, interior do Rio Grande do Sul.

III - Aos sujeitos do estudo será assegurados o anonimato e o sigilo total. Os sujeitos terão conhecimento da proposta de estudo quanto aos seus objetivos e o método de coleta de dados, bem como os resultados que serão expressos no estudo e prováveis publicações científicas. Estando os sujeitos cientes sobre esses aspectos da pesquisa. Os sujeitos serão informados que o estudo não lhes causará nenhum prejuízo físico, social, moral e psicológico. Por outro lado, entendemos que os resultados servirão para instrumentalizar estudantes e profissionais da área da saúde e dar norte a novos estudos sobre este tema.

IV - O projeto terá como patrocinador a estudante autora do estudo.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

A demais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa.

Fui igualmente informado(a):

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida à cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- Do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

- Da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- De que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é:

Angélica Fiuza – Fone: (051) 97163609

O Orientador Docente do Projeto é:

Luciane Maria Schmidt Alves – Fone: (051) 37177469

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __/__/____

Nome e assinatura do
Paciente ou voluntário

Nome e assinatura do
Responsável Legal, quando
for o caso

Nome e assinatura do
responsável pela obtenção do
presente consentimento

APÊNDICE B

Questionário Semiestruturada Aplicado aos Familiares

- 1- Codinome: _____
- 2- Grau de parentesco: _____
- 3- Sexo: F M
- 4- Idade: _____ anos
- 5- Reside em meio: urbano rural
- 6- Religião: _____
- 7- Grau de escolaridade: 1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo 3º grau incompleto 3º grau completo.
- 8- Profissão: _____
- 9- Já teve familiar na UTI anteriormente? Sim Não Quem?

- 10- Qual seu sentimento tendo um familiar na UTI?

- 11- Você identificou o profissional enfermeiro? Sim Não
- 12- Qual profissional que lhe dá informações?

- 13- Quais informações que você recebeu?

- 14- E em qual momento? _____

15- Como se sentiu durante a visita a UTI?

16- O que acha em relação aos horários oferecidos pela instituição para a realização das visitas?

17- Sugestões:

APÊNDICE C

Entrevista Semiestruturada Aplicada aos Profissional Enfermeiro Intensivista

1. Codinome: _____
2. Idade: _____ anos
3. Tempo de atuação na UTI? _____
4. Como é realizado as orientações aos familiares de pacientes internados na unidade?

5. Quando acontece a oferta de informações aos familiares? Qual o profissional que orienta?

6. A unidade utiliza algum protocolo para as orientações aos familiares?

7. Como é organizada essas orientações?

8. Como você percebe a efetividade das orientações realizadas pelo enfermeiro? Ou seja, você acha importante o enfermeiro orientar esses familiares?

() sim () não

Se sim, por que?

*A entrevista com as respostas serão transcritas, para em seguida ser feita a análise dos dados coletados.

APÊNDICE D

Resultados dos dados em relação à pesquisa com os familiares

Codínome	Lua	Cesar	Krge	Brunessa	Joana	Karime	Marcos	Gui	Romilda	João
Grau parentesco	Filha	Pai	Filha	Nora	Filha	Neta	Pai	Cunhada	Esposa	Primo
Sexo	F	M	F	F	F	F	M	F	F	M
Idade	52	71	28	21	34	20	46	59	72	36
Residência	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano	Rural	Urbano	Urbano
Religião	Católica	Católico	Evangélica	Católica	Católica	Católica	Católico	Evangélica	Evangélica	Católica
Escolaridade	Sup. Comp.	1º in.	2º comp.	2º comp.	Sup. Comp.	Sup. Inc.	2º comp.	1º comp.	1º inc.	Sup. Comp.
Profissão	Indústria	Agricultor	Do lar	Revisora firma calçados	Publicitária	Estudante	Mecânico industrial	Do lar	Aposentada	Empresário
Já teve familiar anteriormente e internado, quem?	Sim, pai	Sim, outro filho	Sim, vó	Não	Não	Sim, avós e pai	Sim, cunhado, avó da esposa	Sim, esposo	Não	Não
Sentimento	Angustia	Medo, angustia, alívio por paciente estar vivo	Preocupação	Angustia	Tristeza, incerteza, sensação perda, insegurança	Nervoso, angustia e confiança	Medo, apreensão, confiança na equipe	Sentimento ruim, esperança e confiança na equipe	Abalada	Alívio, pelo bom atendimento
Identificou enfermeiro	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim
Profissionais que orientam	Enfermeiro/médico	Médico, psicóloga	Nenhum	Médico	Enfermeiro/Médico	Médico	Médico	Nenhum	Médicos	Enfermeiro
Informações recebidas	Rotina da UTI	Estado de saúde	Nenhuma	Estado de saúde	Estado de saúde, procedimentos feitos	Estado de saúde, evolução do quadro	Estado de saúde e cuidados domiciliares	Nenhuma	Estado de saúde	Nada de muito concreto, muito impessoal
Momento das orientações	Antes visita	Depois da visita diurna	Nenhum	-----	Durante e após visita	Após visita	Após visita	Nenhum	Nas visitas	Após questionamentos
Durante a visita (sentimento)	Segura	Mistura de emoções, hora difícil	Ansiosa, preocupada	Angustia e nervosismo	Nervosa, ansiosa, desconfortável	Bem	Bem, por ver o bom atendimento	Angustia, impotente, triste, bem pelo atendimento bom	Bem	Alívio, local bem estruturado e organizado

Horários	Horário noturno muito tarde	Maior tempo, mas entendem complex.	Mais horários	Bons, pois paciente precisam descansar	Concorda	Pouco tempo	Mais um horário pela manha	Mais tempo	Mais tempo	-----
Sugestões	EPI para visitantes , visando proteção dos pacientes	EPI p/ visitantes e inf. Mais frequentes	-----	Agradeci mento pelos cuidados ofertados	EPI p/ visitantes, acontece desencontro de informações entre equipe aos familiares	Bom atendimento	EPIS, (mascara)	Mais horários disponíveis	-----	Médicos deixar anexado ao prontuário informações para a enfermagem passar na visita noturna

APÊNDICE E

Resultados dos dados em relação à pesquisa com os profissionais enfermeiros

Participante	Idade	Tempo de atuação na unidade	Como se dá as orientações	Quando acontece a oferta das informações? Qual o profissional	Utilizam protocolos ou instrumento?	Como são organizadas as informações?	Efetividade, importante ou não orientar?
Profissional A	30 anos	2anos e 5 meses	Na admissão do paciente pelo médico, orientações gerais pela enfermagem e quando solicitado pelos familiares	Na admissão, quando da necessidade de realizar algum procedimento ou mudança no quadro clínico do paciente após a visita da tarde, isso por médico e enfermeiro	Nenhum	De forma clara, objetiva para melhor entendimento dos familiares	É importante, principalmente quando aos cuidados prestados e alterações diárias
Profissional B	24 anos	3 meses	Na admissão, em uma conversa na sala de espera ou no horário de visita e quando solicitado pelos familiares	Na admissão e após visita da tarde. Enfermeiro, médico e téc. enfermagem	Nenhum	Sobre o estado clínico do paciente	É efetivas quando os familiares não perguntam as mesmas perguntas diariamente
Profissional C	26 anos	6 meses	São oferecidas informações sobre o quadro clínico e dúvidas dos familiares	Após visita da tarde por médico e pelo enfermeiro somente informações que são permitidas pela categoria	Nenhum	Quadro clínico do paciente	Percebo pouca efetividade, os familiares não compreendem. É importante pois os familiares se sentem confiantes e aliviados.
Profissional D	31 anos	3 anos	Informações na visita da tarde ou dúvidas dos familiares fora desse horário, onde então o enfermeiro orienta	Após visita da tarde pelo médico. E dúvidas ao decorrer do dia onde o enfermeiro orienta	Nenhum	Não tem organização	Importante, pois os familiares recebem apenas 1x ao dia informações pelo médico. Então os familiares ficam angustiados por notícias ao longo do dia
Profissional E	30 anos	4 anos	Após visita da tarde e sobre algumas dúvidas.	Médico após a visita e o enfermeiro esclarece dúvidas sem detalhar diagnóstico.	Nenhum	Nas visitas ou na admissão ou contato via telefone solicitando presença.	Importante, o enfermeiro deve saber sobre o quadro clínico do paciente, sobre as necessidades da família e também da equipe, para poder prestar as informações necessárias.