

CURSO DE ENFERMAGEM

Sabrine de Bona

**MENSURANDO O CONFORTO DE FAMILIARES COMO RESULTADO DOS
CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA**

Santa Cruz do Sul

2016

Sabrina de Bona

**MENSURANDO O CONFORTO DE FAMILIARES COMO RESULTADO DOS
CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Enf^a. Ms. Mari Ângela Gaedke

Santa Cruz do Sul

2016

Sabrine de Bona

**MENSURANDO O CONFORTO DE FAMILIARES COMO RESULTADO DOS
CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA**

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora da Universidade de Santa Cruz do Sul como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Foi aprovada em sua versão final em 13 de dezembro de 2016

Prof^a. Ms. Mari Ângela Gaedke

Professora Orientadora - UNISC

Prof^a. Dr^a. Vera Costa Somavilla

Professora examinadora - UNISC

Prof^a. Ms. Eliana Cácia de Melo Machado

Professora examinadora – UNISC

Santa Cruz do Sul

2016

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus, por estar sempre guiando meus passos e me mostrando a direção certa a seguir.

Aos meus pais Adriana e Sergio e meu irmão Rafael, por entenderem a minha ausência nesse período tão importante e necessário na minha vida, sempre me dando o apoio essencial para seguir em frente. Eu amo demais vocês!

A minha Vó materna Lorena e Vó paterna Rosa, por dispensarem todo amor do mundo me dando força para continuar, e aos meus avós Olavo (IM) e Almidorio (IM) por lá de cima estarem acompanhando e protegendo meus passos. Vocês são minhas inspirações!

A toda a minha família, que espera ansiosa para comemorar comigo mais essa vitória.

Ao meu noivo Thiago, por mais do que ninguém entender a correria diária, o nervosismo, a cara amarrada. Por estar mesmo assim sempre do meu lado, me dando força e me mostrando que eu era capaz de muito mais. Eu te amo demais! Obrigada por tudo!

Aos meus amigos, em especial, Jeanice, Angélica e Greice, por também entenderem a ausência em muitos momentos, e por me mandarem toda energia positiva do mundo, afirmando o elo verdadeiro e sincero que construímos nesses anos.

As minhas colegas de faculdade e amigas pra vida toda, Angélica, Jéssica, Jaqueline e Tatiana, por mais do que ninguém compartilharem comigo os momentos de angústia e medo e também aqueles felizes em que as risadas se tornavam fáceis. Obrigada por todos os momentos compartilhados, principalmente pela amizade verdadeira que construímos!

Aos meus colegas de trabalho e amigos do Centro de Terapia Intensiva, por me ajudarem em diversas situações durante esse período e me motivarem sempre. Cada um sabe a importância que teve pra mim nessa fase da minha vida!

Agradeço também a todos os familiares que foram entrevistados e que dispensaram um pouco de seu tempo, para contribuir para a concretização desse trabalho, sem eles nada disso seria possível.

A todos meus professores, meus mestres, que tive a oportunidade de conhecer, aprender e me espelhar. O conhecimento adquirido através de vocês será eterno.

Aos membros da banca examinadora, Vera e Eliana Cácia, por estarem compartilhando comigo essa importante etapa da minha vida acadêmica e como futura Enfermeira.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste sonho e que não foram citados. Obrigada por tudo!

Por fim, meu agradecimento especial a minha orientadora, Mari Ângela Gaedke, por me fazer ter ainda mais certeza do exemplo de profissional competente, comprometida e humana que és, onde tive a honra de te ter do meu lado nessa etapa tão importante e fundamental na minha vida acadêmica e pessoal. Pelas milhares de orientações sempre tão ricas, gentis, acolhedoras. Também pelos momentos de reflexão e aprendizado. Tenho muito orgulho de poder ter compartilhado contigo essa fase e serei eternamente grata por ser sua orientanda. Obrigada por fazer eu me apaixonar cada vez mais pela profissão que escolhi para minha vida.

RESUMO

Tem-se como resultado esperado das práticas do cuidado em enfermagem o conforto, expressão com caráter subjetivo, mas que precisa ser compreendido quando está interligado com os serviços de saúde que são oferecidos aos usuários. Em vista disso, são pouco conhecidas as situações que influenciam no nível de conforto e desconforto dos familiares com ente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Objetivo:** Mensurar o conforto de familiares de pacientes em estado crítico de saúde internados em UTI de dois hospitais no interior do RS. **Métodos:** estudo observacional descritivo do tipo transversal. A amostra de 39 familiares foi entrevistada empregando-se a escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde (ECONF), composta por quatro dimensões: segurança, suporte, interação familiar/ente e integração consigo e com o cotidiano. Foi realizada análise estatística descritiva das variáveis analisadas no estudo. Para a interpretação do nível de conforto dos itens avaliados pela ECONF foi considerado o seguinte escore: pouco conforto – média do nível de conforto $\leq 2,9$; Médio conforto – média do nível de conforto de 3,0 a 3,9; Alto conforto – média do nível de conforto ≥ 4 . **Resultados:** Observou-se que a média geral do nível de conforto foi de 3,68, apresentando-se médio o nível de conforto dos familiares entrevistados e conforme escore estabelecido neste estudo. Evidenciou-se através da análise tanto na média geral quanto na média por UTI separadamente, os familiares demonstraram maior escore de conforto na dimensão segurança e menor escore de conforto na dimensão integração consigo e com o cotidiano. **Conclusão:** Humanizar a assistência em UTI se torna um desafio perante toda tecnicidade e racionalidade que o setor impõe, visto que não é impossível. Os resultados trazem a importância da reflexão da equipe intensivista diante de prestar uma assistência integral e humanizada aos familiares, bem como ações que ajudem a promover o conforto dos mesmos.

Palavras-chave: Humanização; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem; Família.

ABSTRACT

As expected, it is achieved through nursing techniques the comfort, an expression of subjective character but which needs to be comprehend when connected to health services offered to people. Nevertheless, a few situations are known to influence the level of comfort and discomfort of family members with relatives in the ICU (intensive care unit). **Aim:** Rate the comfort level of family members with relatives in critical condition in the ICU of two hospitals in the interior of RS. **Methodology:** observatory descriptive study of transversal type. 39 family members samples were interviewed using the comfort scale for family members of people in critical condition (ECONF), composed of four dimensions: safety, support, familiar interaction / kin and integration with himself and the daily life. A descriptive statistics analysis of variables was made in the study. For the interpretation of the comfort level of the items evaluated by the (ECONF) it was considered the following score: little comfort – average comfort level $\leq 2,9$; regular comfort – average comfort level from 3,0 to 3,9; High comfort – average comfort level ≥ 4 . **Results:** it was observed the general level of comfort was 3.68, which is considered regular the level of comfort from the family members interviewed according to the score established in this study. It was demonstrated through the analysis the general level as well as the ICU level separately, , the family members demonstrated higher score of comfort in the safety emphasis and lower score in the comfort emphasis of integration with himself and the daily life. **Conclusion:** Humanize the assistance in the ICU become a challenge during all techniques and rationality the sector imposes, which is not something impossible to be achieved. The results bring up the importance of the reflexion of the intensive staff in facing of giving a full assistance as well as humanized to the family members, so much to actions that help promote the comfort for themselves.

Key-words: humanization; Intensive Care Treatment; Nursing; Family.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do ente internado na unidade de terapia intensiva. Santa Cruz do Sul – RS, 2016	33
Tabela 2 - Caracterização de dados sociodemográficos dos familiares com ente internado na UTI. Santa Cruz do Sul, RS, 2016	34
Tabela 3 - Descrição da média do nível de conforto dos itens da ECONF. Santa Cruz do Sul – RS, 2016	36
Tabela 4 - Descrição da média do nível de conforto dos itens da ECONF na UTI 1 e UTI 2, respectivamente. Santa Cruz do Sul –RS, 2016	39
Tabela 5 - Média do nível de conforto dos familiares com ente internado na UTI por dimensões mensuradas na ECONF. Santa Cruz do Sul-RS, 2016	41

LISTA DE ABREVIATURAS

ECONF	Escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral.....	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	JUSTIFICATIVA	14
4	REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1	Humanização do cuidado.....	15
4.2	Humanização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).....	17
4.3	Conforto como resultado do cuidado de enfermagem – o conforto em sua totalidade.....	19
4.3.1	Conforto e acolhimento dos familiares de pacientes internados em uma UTI – uma extensão ao cuidado humanizado	20
4.4	Mensuração do conforto de familiares de pacientes em estado crítico de saúde em Unidade de Terapia Intensiva.....	24
5	METODOLOGIA.....	27
5.1	Tipo de pesquisa	27
5.2	Local do estudo	28
5.3	Sujeitos do estudo.....	29
5.3.1	Crterios de inclusão	29
5.3.2	Crterios de exclusão.....	29
5.4	Instrumento para coleta de dados.....	29
5.5	Coleta de dados e logística do estudo.....	31
5.6	Análise dos dados	31
5.7	Divulgação e devolução dos dados	31
5.8	Considerações éticas	32
6	RESULTADOS	33
6.1	Caracterização dos pacientes e familiares.....	33
6.2	Nível de conforto Global e por Dimensão da ECONF.....	35
7	DISCUSSÃO	42
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	57

ANEXO A – Ficha de dados sociodemográficos e clínicos	59
ANEXO B – Escala de Conforto dos Familiares com pessoas em estado crítico de saúde	60
ANEXO C – Carta de Aceite Hospital 1	63
ANEXO D – Carta de Aceite Hospital 2	64
ANEXO E – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	65

1 INTRODUÇÃO

Na contextualização sobre humanização e cuidado, pode-se dizer que as duas práticas são completamente indissociáveis. Esse cuidado vem a ser o instrumento de trabalho dos profissionais de enfermagem, onde a essência humana deve ser usada para fomentar uma assistência com qualidade e de forma humanizada (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009).

Em alguns setores hospitalares, muitas vezes a técnica se sobrepõe aos aspectos relacionados ao cuidado, o que se pode observar dentro de uma unidade de terapia intensiva (UTI). Os profissionais que ali permanecem durante seu turno de trabalho e envolvem-se demasiadamente com monitores, alarmes, instabilidades dos pacientes, muitas vezes lembram somente dos problemas gerados pela doença, e esquecem que existe um paciente com toda sua subjetividade e também a família deste, que acaba vivendo junto o período de hospitalização de seu ente (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

Por ser considerado um ambiente hostil, invasivo, com risco inerente de morte, a UTI passa a ser um setor que propicia muitos desconfortos aos familiares, devido as rotinas rigorosas que são impostas. Geralmente não se encontram preparados para ver seu familiar sedado e com tantos equipamentos. O afastamento gerado pelo setor acarreta em um desequilíbrio na estrutura familiar, pois o estado de saúde de seu ente passa a interferir nas atividades diárias dessas pessoas (BECCARIA et al, 2008).

É de extrema importância realizar um preparo prévio com esses familiares quando acontece o primeiro contato com o paciente em estado crítico e com o ambiente da UTI. O momento da visita é crucial e requer a presença do enfermeiro para fornecer informações e também para poder identificar as condições emocionais e sociais que se encontra esse familiar, e conseqüentemente poder identificar os aspectos que são geradores de conforto e desconforto para o mesmo (PREDEBON et al, 2011).

É relevante entender que a família é uma extensão do seu familiar e que também necessita de assistência durante o período de hospitalização de seu ente. Todas essas questões, necessitam serem visualizadas de maneira holística pela equipe de enfermagem intensivista, primando por uma assistência mais humanizada (LEITE; VASCONCELOS; FONTES, 2010).

Visto que o cuidado vem a ser o foco principal da equipe de enfermagem (WALDOW, 2010), este projeto tem como tema mensurar o conforto dos familiares, buscando conhecer as situações que causam conforto e desconforto nos familiares com entes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Pesquisas têm sido desenvolvidas com o objetivo de criar escalas de mensuração do conforto como um construto subjetivo. Dentre elas durante a revisão da literatura, foi encontrada apenas uma escala para a mensuração do conforto de familiares com pessoas em estado crítico de saúde (ECONF) validada para a língua portuguesa, que será o instrumento norteador para que seja realizado tal estudo.

O interesse pelo tema surgiu durante revisão da literatura e em decorrência da pesquisadora trabalhar em uma unidade de terapia intensiva como técnica de enfermagem, onde pode observar a problemática no seu dia a dia.

Com este projeto, buscou-se, então, mensurar o conforto de familiares de pacientes em estado crítico de saúde internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Espera-se levantar informações importantes que fomentem a implementação de estratégias para a humanização do setor e qualificação da assistência afim de incluir a família no plano terapêutico de seu ente. Ressalta-se ainda o ineditismo de pesquisa com este tema nas instituições em estudo e a escassez de referências sobre o tema na literatura brasileira.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Mensurar o conforto de familiares de pacientes em estado crítico de saúde internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de dois hospitais no interior do Rio Grande do Sul/Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar condições de conforto alteradas de familiares de pacientes em estado crítico de saúde internados em uma UTI, conforme as dimensões de segurança, suporte, interação entre família e ente e integração consigo e com o cotidiano;
- Identificar as necessidades de intervenções da equipe multidisciplinar da UTI para melhoria nas condições de conforto dos familiares.

3 JUSTIFICATIVA

Humanizar a assistência significa prestar um cuidado ao paciente de forma holística, como também ter consciência que a família precisa ser considerada parte importante dessa prática. Tornar essa interação mais humana, remete a reflexões do processo de cuidar, priorizando a subjetividade de cada indivíduo, para assim qualificar de forma integral esse cuidado prestado pela equipe de enfermagem (VIEIRA; MAIA, 2013).

Vieira e Maia (2013), ainda trazem que estabelecer um diálogo entre a equipe de enfermagem, a família e o paciente, de forma que essa comunicação seja clara e que a ela seja referida sua real importância, vem a ser um ponto relevante para tornar a assistência humanizada, principalmente em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Uma UTI requer uma alta tecnologia por atender pacientes em estado crítico de saúde e que necessitam de monitoramento constante, onde todo esse aparato tecnológico, vem ao encontro com a qualidade e a eficácia da assistência. Porém muitas vezes as rotinas diárias impostas e toda essa tecnologia, acabam por mecanizar o cuidado e conseqüentemente a família acaba não sendo vista como sujeito dessas práticas de saúde (BACKES et al, 2012; URDEN, 2013).

Entender os medos, ansios, expectativas desses familiares, que sofrem durante a internação de seu ente, acolhê-los e criar um vínculo de confiança, ajuda a equipe a compreender as situações de conforto e desconforto vivenciadas pelos mesmos, a fim então de oferecer medidas que supram as necessidades que esses familiares demonstram ter (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2012).

Portanto, ao analisar o cenário da assistência durante os momentos em que a família pode estar presente com seu ente, pretende-se com este estudo gerar reflexões pelos profissionais que estão na linha de frente do cuidado, afim de fomentar a iniciativa de uma qualificação na assistência prestada a esses familiares, tendo como base o conforto e o desconforto gerado a eles pelo setor.

No momento em que se conhecem esses efeitos, podem ser criadas ações que venham a minimizá-las, dando oportunidades à equipe de criar espaços de discussões e compartilhamentos das dificuldades encontradas no ambiente de trabalho, para assim contribuir na melhoria da assistência prestada aos familiares e esmerar pela qualidade de uma assistência mais humanizada.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta revisão foi feita através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico, sendo utilizadas as bases de dados: Literatura da América Latina e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Os descritores utilizados na busca foram: “Humanização”, “Unidade de Terapia Intensiva”, “Enfermagem” e “Família”, conforme as descrições de cada um pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e empregou-se juntamente, o operador booleano *AND*. A busca foi refinada incluindo artigos publicados no idioma português, com o texto completo disponível em suporte eletrônico e para atender aos objetivos do estudo.

Considerando para este trabalho que a interação da família com a equipe de enfermagem intensivista pode promover situações de conforto e desconforto, mensurar o nível dos mesmos, poderia permitir uma reflexão sobre a assistência prestada dentro da UTI. Encontrou-se apenas uma tese no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES), que teve como objetivo construir e validar um instrumento de medida que avaliasse o nível de conforto de familiares de pessoas internadas em UTI. Após a análise de validade do conteúdo da escala, concluiu-se durante tal estudo, que a mesma é um instrumento válido e confiável para a medida do constructo.

Perante o exposto, foram encontrados 45 artigos na totalidade, selecionaram-se 32 artigos pertinentes aos objetivos deste estudo. E a partir da leitura deste material foram encontradas outras referências que foram incorporadas nesta revisão.

4.1 Humanização do cuidado

Vivemos em um contexto onde há um crescente desenvolvimento tecnológico que busca aprimorar a prestação de cuidados em saúde. Percebe-se que muitas vezes a essência desse cuidado realizado pela equipe de enfermagem, precisa ser lembrada diariamente para ser colocada em prática diante de tal mecanicismo. Segundo Santana et al (2012), a humanização da assistência vem enfrentando grandes desafios impostos pelo desenvolvimento científico-tecnológico, visto que, ao

mesmo tempo que traz benefícios, acaba de certa forma a também desumanizar a assistência.

A enfermagem tem como foco principal o cuidado ao paciente, a visão holística do cuidado. Conforme Waldow (2010), o holismo abrange a ideia de totalidade, não assiste apenas o paciente com determinada patologia, mas o vê como um ser biopsicossocial, para assim, poder atender com qualidade suas reais necessidades e proporcionar ações de assistência de forma humanizada (URDEN, 2013).

Como relatam Troncoso e Suazo (2007) apud Santana et al. (2012, p. 48), é necessária uma reflexão sobre o que é ser humano para que o cenário hospitalar se torne humanizado:

Entre os aspectos envolvidos nesse processo estão o cuidado. Cuidar é uma atitude carregada de atenção, zelo e de desvelo. Representa ocupar-se, preocupar-se e sentir afeto com o outro. Estaremos distantes da humanização enquanto nossa prioridade for o tratamento, o saber técnico-científico, depreciando o significado da vida humana, muitas vezes visto como objeto.

O Ministério da Saúde lançou em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) ou como também é conhecida, HumanizaSUS, que “busca por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar” (BRASIL, 2013).

Ainda conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a construção de processos coletivos para realizar ações que promovam inovações no modo de fazer saúde, tentando diminuir a tecnicidade da assistência, tem como principal instrumento a comunicação, estimulando assim as relações interpessoais entre gestores, trabalhadores e usuários.

Existem três princípios para que a PNH ocorra: indissociabilidade entre atenção e gestão, transversalidade e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e do coletivo. A PNH com suas diretrizes vem a expressar o método de inclusão, no sentido da: clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, estímulo das grupalidades, coletivos e redes e construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2010).

Preconizar a gestão participativa, o crescimento profissional e a educação permanente dos profissionais da saúde fazem com que a PNH seja uma política importante para a humanização da assistência. Defender estratégias de valorização e crescimento profissional faz com que os profissionais reflitam e compreendam a

importância de alcançar uma assistência mais qualificada e humanizada, vindo a saúde de forma integral, tanto do usuário quanto a do profissional da saúde atuante (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

Conforme Domingos (2007) apud Silva et al, (2012, p.01):

A humanização como um princípio, orienta a assistência pela articulação e integração da equipe, pela atuação interdisciplinar junto aos clientes, cabendo ao enfermeiro entender as múltiplas facetas envolvidas na dinâmica de vida dos clientes, reconhecendo seus direitos e aspectos humanos - um ser que sente, vive, pensa, possui história e sentimentos. Nas ações de cuidado deve considerar-se, a complexidade do ser humano, pois o termo Humanização é concebido como atendimento das necessidades integrais do indivíduo e necessidades humanas básicas.

4.2 Humanização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Uma Unidade de Terapia Intensiva é um setor onde se encontram pacientes críticos que requerem cuidados específicos e monitoramento constante, e que necessitam da tecnologia para que tais ações sejam prestadas com qualidade. Conforme Urden (2013), uma UTI é um ambiente movido pela alta tecnologia onde o cuidado se torna ágil e direcionado para atender e monitorar as mudanças fisiológicas que podem ser fatais nas condições que se encontram os pacientes.

Por ser destinado ao atendimento de pacientes gravemente enfermos, com inerente risco de vida e que vão necessitar de um cuidado ininterrupto da parte médica e também enfermagem, a UTI torna-se um ambiente estressante, tanto para os profissionais, quanto para os pacientes e seus familiares (COSTA et al, 2010).

Apesar da tecnologia dominante, ela deve ser usada a favor da equipe intensivista, de forma a qualificar e não de banalizar, de mecanizar a assistência prestada. Os profissionais que atuam em uma UTI devem ter consciência de que o foco principal de seu trabalho é o cuidado, que garantir a manutenção da vida nem sempre será possível, mas que muitas vezes proporcionar uma morte digna, e acolher os familiares que sofrem com a situação, refletirá em um cuidado humanizado. A equipe deve entender que as máquinas jamais substituirão a essência humana (CAETANO et al, 2007; BARRA et al, 2005).

No estudo realizado por Caetano et al, (2007), que teve como objetivo conhecer o significado da assistência humanizada prestada a pacientes em tratamento intensivo, sob a visão dos profissionais da saúde que trabalhavam em uma UTI, emergiram três categorias de análise expressas pelos profissionais. Diante

dos discursos escritos, a humanização vai desde proporcionar o conforto emocional, conforto físico até o compromisso profissional.

Como conforto emocional trouxe - dentre os relatos - que além de toda tecnologia de uma UTI, aspectos de dimensão interacionais são vistos como determinantes para a atenção as necessidades dos pacientes. Traduzidas como cortesia, delicadeza, prontidão, comunicação efetiva, nota-se que a humanização é vista por esses profissionais de forma tão importante quanto medicamentos e procedimentos técnicos utilizados e realizados, pois nas suas perspectivas, somente competência técnica não é suficiente para garantir um cuidado com qualidade (CAETANO et al, 2007)

Apesar de todo aparato tecnológico, toda racionalidade que impõe uma UTI, deve-se deixar de lado o modelo biomédico ainda imposto em determinadas situações, e voltar-se ao paciente com um olhar sistêmico, onde aquele corpo que foi fragmentado para o cuidado, seja visto de forma integral, de maneira multidimensional, levando em conta a subjetividade do ser humano, que se demonstra como um ser singular, biopsicossocial e de extrema complexidade (BACKES et al, 2012).

Em contraponto ao que se espera do cuidado de enfermagem, o estudo de Backes et al (2012), traz que os profissionais de enfermagem acabam se tornando rotineiros, tecnicistas, adaptam-se a organização do trabalho que os faz estar em constante atenção para possíveis intercorrências, de uma forma que passam a esquecer de sensibilizar-se com o sofrimento do outro, de se pôr no lugar do paciente, o vendo somente como objeto de trabalho.

Transcendendo todo o aparato tecnológico disponível, juntamente com as intervenções farmacológicas realizadas para manutenção da vida no paciente hospitalizado, entende-se que o compromisso e responsabilidade de toda a equipe intensivista envolve muito mais que isso. Para que aconteça o processo de humanização dentro da UTI, ações que visem desde a integralidade do paciente como ser humano, até a inclusão dos familiares no contexto de adoecimento de seu ente, torna-se de relevante necessidade para sua efetivação (BARRA et al, 2005).

Tornar o ambiente de uma UTI humanizada não é uma tarefa fácil, é um desafio, mas também não pode ser vista como impossível. A tecnologia deve vir a somar, não a diminuir a prestação de cuidados qualificados. Mecanicismo deve ser substituído por integralidade, subjetividade, afetividade, realmente voltando a

assistência para uma visão holística do cuidado. Os profissionais devem ser sensíveis a situação do outro, mantendo um equilíbrio para que não haja um sofrimento de forma extrema perante as situações decorridas em seu dia a dia (PASSOS et al, 2015).

4.3 Conforto como resultado do cuidado de enfermagem – o conforto em sua totalidade

A palavra conforto deriva de confortar, que se origina da palavra latina *confortare* e está ligada ao conceito de consolo e apoio. Depende também da percepção da pessoa que está passando por determinada situação, tornando-se um conceito muito subjetivo, onde não se dispõe de uma definição geral para tal termo (VAN DER LINDEN; GUIMARÃES; TABASNIK, 2005; FREITAS, 2011)

Em uma revisão da literatura sobre conforto, Mussi (1996a) caracterizou como uma concepção subjetiva geral do fenômeno, o elemento bem-estar. Em alguns pontos de vista da revisão, conforto veio a ser caracterizado por um significado de um estado e também de um sentimento, ambos demonstrando a multidimensionalidade e subjetividade do constructo conforto. Como aborda desde questões biopsicossociais quanto ambientais, justifica-se a dificuldade de se encontrar a adoção de um único conceito para tal questão (MUSSI, 1996a; FREITAS, 2011).

Com o objetivo voltado para a área da saúde e de ir além da dimensão da assistência prestada pela enfermagem, têm-se como resultados esperados das práticas de cuidado, o conforto. Florence Nightingale, tinha-o como meta do cuidado de enfermagem, visto que os profissionais deveriam estar preocupados também com as necessidades básicas do ser humano. Katharine Kolcaba elaborou durante anos de estudo a Teoria do Conforto em seu livro intitulado: *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*, que se destaca em suas contribuições perante tal assunto (PONTE; SILVA, 2015).

Ponte e Silva (2015), trazem em seu estudo sobre o conforto como resultado do cuidado de enfermagem, que na teoria de Kolcaba o constructo conforto é contemplado como uma experiência imediata, que se fortalece por sensação de alívio, tranquilidade e transcendência, e que considera os contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O que vem a afirmar que, o cuidado de

enfermagem, a partir de medidas de conforto, buscam pela satisfação das necessidades humanas básicas.

Freitas (2011, p.30), descreve em sua tese abordando o conforto e as práticas de saúde, que “o cuidado é um compromisso, é o atributo mais valioso que a enfermagem, e as pessoas, de um modo geral, podem oferecer as outras.”

Watson (1888) apud Waldow (2010, p.23) descreve que:

Os pressupostos básicos da ciência para o cuidado humano, são os seguintes: cuidar pode ser efetivamente demonstrado e praticado somente de forma interpessoal; o cuidado consiste em fatores que resultam da satisfação de certas necessidades humanas; cuidar inclui aceitar a pessoa não somente como ela é, mas como ela virá a ser; o meio ambiente de cuidado proporciona o desenvolvimento potencial da pessoa, ao mesmo tempo que lhe permite escolher a ação para si de um tempo dado; o cuidado refere-se mais à saúde do que à cura, e a prática de cuidar é o foco central da enfermagem.

O cuidado holístico, promove humanismo, saúde e qualidade de vida. Desta forma, transcendendo o cuidado de enfermagem e o conforto, obtemos uma visão holística do cuidado, onde englobamos desde a assistência com o paciente internado até sua mais importante extensão, que são seus familiares (WALDOW, 2010).

4.3.1 Conforto e acolhimento dos familiares de pacientes internados em uma UTI – uma extensão ao cuidado humanizado

Falar de conforto nos remete tanto a experiências positivas, quanto negativas, e se torna resultante das situações vividas por cada pessoa em sua subjetividade. Por estar sendo considerado como um conceito fundamental para a enfermagem e visto como resultado desejado desse cuidado, devemos reportá-lo ao indivíduo que está sendo assistido e também aos familiares que participam desse processo de saúde-doença e que devem ser considerados elemento importante e integrante do cuidado em saúde (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2012).

Ainda segundo Freitas, Menezes e Mussi (2012), quando ocorre a fragmentação do cuidado, o corpo do paciente doente torna-se o foco da ação central dos profissionais, o que de certa forma vem a atingir os familiares por passarem a ser desconsiderados no plano de cuidado de seu parente. Para promoção do conforto integral dessa família, torna-se extremamente necessário uma

escuta atenta para valorizar as expectativas dos mesmos frente ao período em que estará acompanhando a hospitalização de seu familiar.

Por ser um setor que causa extrema preocupação, medo e talvez desconforto nos familiares, mesmo sendo um ambiente onde a reabilitação do paciente seja propício, a enfermagem deve atuar de forma fundamental para que a família entenda a importância de tudo que existe naquele setor, e que está direcionado para a recuperação de seu ente. A informação e a comunicação clara, são ferramentas essenciais para que haja um bom entendimento e que diminua a angústia e o medo perante a situação em que se encontra essa família (ROSSATO et al, 2012).

A comunicação vem a ser uma estratégica básica para que ocorra a humanização da assistência, sendo que o enfermeiro deve lembrar-se que além da comunicação verbal, também existe a não-verbal, que é expressa através de gestos, toques, movimentos, expressões faciais. A equipe deve então criar estratégias de comunicação para tentar suprir ao máximo as necessidades dessa família que se encontra estressada com o ambiente exposto, sua rotina rígida e o sofrimento causado pela situação (MARQUES; SILVA; MAIA, 2009; CARMO et al, 2012).

Compreender que a família é uma extensão do paciente e incluí-la no plano terapêutico, usando uma comunicação efetiva, trará resultados positivos e benéficos no elo paciente-família-equipe, visando sempre contribuir para uma assistência humanizada e tendo como resultado esperado, a satisfação, o conforto dessas pessoas (LEITE; VASCONCELOS; FONTES, 2010).

Ressalta-se, conforme Morse (1998) apud Freitas (2011), que o conceito de cuidar está integrado na promoção do conforto, e que o processo de trabalho da equipe de enfermagem, englobando técnicas, comunicação, acolhimento, pode intervir tanto no bem-estar do paciente e da família, como também ocasionar o desconforto dos mesmos se estes não forem realizados e abordados de forma esperada.

A família vive junto com seu ente as situações de medo, anseios, esperanças e riscos, e também sofre pela impotência e grande limitação devido ao afastamento gerado pelo setor. A equipe intensivista deve transmitir a esses familiares a ideia de que tudo será exposto de maneira clara, sem esconder informações importantes, tanto nos boletins médicos quanto no diálogo com os profissionais da enfermagem (PELAZZA et al, 2014; PASSOS et al, 2015).

Esse diálogo conseqüentemente refletirá no acolhimento desse familiar, o que deve ser visto como uma prática extremamente relevante para um cuidado humanizado em UTI (PASSOS et al, 2015).

Segundo Brasil (2010, p.06), “o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão.” Como já citado anteriormente, existe desde 2003 a Política Nacional de Humanização criada pelo Ministério da Saúde, onde o acolhimento é uma de suas diretrizes de maior relevância ética, estética e política do SUS:

Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. (BRASIL, 2010, p.6).

Essa prática, estende o cuidado aos familiares, fazendo com que o mesmo estabeleça um vínculo com os profissionais da saúde, e entendendo que essa postura acolhedora é primordial para que se estabeleça a humanização da assistência. Os familiares passam a sentir-se ouvidos, compreendidos e seguros de que seu ente está em boas mãos. Estabelecer estratégias para a promoção dessa prática dentro de uma UTI deve ser um objetivo a ser atingido pela equipe de enfermagem intensivista (MAESTRI et al, 2012).

O estudo realizado por Maestri et al (2012) teve como objetivo identificar quais são as estratégias de acolhimento implementadas pelos enfermeiros em uma UTI adulto de um hospital público no Sul do Brasil. De acordo com os resultados, as estratégias de acolhimento implementadas na UTI são: recepcionar os familiares na admissão; o contato telefônico com os familiares e a relação dialógica no horário de visita. Todas estratégias são julgadas de fácil implementação e são ações que fortalecem as relações interpessoais, confortam e conseqüentemente humanizam a assistência.

A comunicação se torna efetiva e se concretiza positivamente com a interação diária da equipe com os familiares. O que se pode visualizar em um estudo realizado por Simoni e Silva (2012), que objetivou verificar e atender as principais necessidades de informação e acolhimento verbalizadas pelas famílias através da

implementação da visita de enfermagem na UTI, foi que esta ação diária veio ao encontro de tais necessidades.

Relatando a experiência vivida pela autora, foi sentida a necessidade de criar algumas estratégias para melhorar o atendimento dos familiares pela equipe de enfermagem, durante o horário de visita da UTI. Implementando então, a visita de enfermagem, notou-se que a ansiedade e as dúvidas dos familiares diminuíram no decorrer dos dias, destacando a real necessidade desse contato entre equipe-família (SIMONI; SILVA, 2012).

Conforme Pelazza et al (2015, p.61), “o termo visita de enfermagem está sendo usado para nomear uma forma de comunicação estruturada com a família de pacientes em UTIs, e que tal estratégia aumenta a satisfação e atende as necessidades da família.”

Autores como Freitas, Menezes e Mussi (2012), trazem em seu estudo, visando compreender o significado de conforto para familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva, resultados em seis categorias expressas pelos mesmos, que foram denominadas como: segurança, acolhimento, informação, proximidade, suporte social e espiritual, comodidade e integração consigo e com o cotidiano. Obtiveram como conclusão que:

Essas categorias mostraram que o conforto significou sentir confiança na competência técnico-científica dos profissionais de saúde; perceber atitude solidária e sensível das pessoas do sistema de atendimentos; ter acesso e estar informado sobre as condições do parente internado; poder estar próximo física e emocionalmente do ente; receber ajuda de pessoas do seu convívio social; ter fontes de suporte espiritual; desfrutar do apoio da estrutura física e ambiental do hospital e conseguir cuidar de si e manter a dinâmica da vida cotidiana. (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2012, p.903)

Em contra partida, um dos principais motivos que podem gerar desconforto nos familiares, é geralmente a equipe alegar a falta de tempo, perante todas suas tarefas diárias, de estabelecer vínculos com a família (FRIZON et al, 2011).

Os familiares ainda podem vivenciar desconfortos no seu cotidiano, em circunstância dessa internação do ente em uma UTI. Freitas, Mussi e Menezes (2012, p.709), descrevem que o dia a dia dessa família transforma-se devido a um sofrimento de “uma descontinuidade da vida cotidiana, expressadas pelos desconfortos da possibilidade da perda do familiar, da cisão na vida familiar, das mudanças na vida social e profissional e das dificuldades de cuidar de si.”

Nota-se que diante da promoção do conforto, necessita-se de acolhimento, comunicação, conhecimento, demonstração de interesse da equipe de enfermagem e ainda como essência do cuidado de se colocar no lugar do outro, para conseguir qualificar ainda mais a assistência prestada, tornando o atendimento aos familiares humanizados, incluindo-os no plano terapêutico (GIBAULT et al, 2013).

4.4 Mensuração do conforto de familiares de pacientes em estado crítico de saúde em Unidade de Terapia Intensiva

Por ser um constructo de caráter complexo e multidimensional, o conforto dos familiares de pacientes em estado crítico em unidade de terapia intensiva, não pode ser relacionado somente à ambiência hospitalar, porque transcende a esfera de infraestrutura e engloba a vivência contínua e permanente junto ao ente internado, enfrentando, diante disso, anseios, medos, ruptura da vida cotidiana, incertezas, os quais poderão ser fonte de desconforto (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2015).

Nota-se a necessidade de dar real importância para a promoção do conforto de familiares com um membro internado na UTI, considerando todos os desconfortos vivenciados pelos mesmos. Apesar da extrema relevância que tem a temática, ainda é escassa a teorização sobre conforto, com bases alicerçadas na família brasileira, visto isso torna-se fundamental trabalhar com instrumentos válidos e confiáveis (GIBAUT, 2014; FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2015).

Levando em conta toda a política de humanização da assistência, a importância da equipe de enfermagem de ampliar seu olhar perante a família exposta, afim de conhecer o nível de conforto e desconforto e suas necessidades dentro da terapia intensiva, deve-se criar estratégias e implementar medidas de conforto para estabelecer uma relação de confiança entre família-equipe. Cria-se assim um meio de inclusão dessa família na prática dos cuidados de enfermagem (PREDEBON et al, 2011).

Freitas (2011) realizou um estudo pioneiro quanto a construção de uma escala denominada Escala de Conforto para Familiares de Pessoas em Estado Crítico de Saúde (ECONF), objetivando a mensuração do conforto de familiares com um ente na UTI. Após os procedimentos de validação se obteve uma escala com 55 itens, distribuídos em 4 dimensões: segurança, suporte, interação familiar/ente e integração consigo e com o cotidiano. Utilizou-se alguns critérios para participação

dos familiares no estudo, como: ter idade igual ou maior que 18 anos, ser a pessoa mais próxima do membro hospitalizado que convive com ele e mantém relacionamento estreito, ter um familiar adulto na UTI com mais de 24 horas de internação, ter realizado ao menos uma visita a seu membro e estar em condições emocionais para responder aos questionamentos da pesquisa.

Dentre os 4 fatores relacionados descreveu-se suas dimensões (FREITAS, 2011; FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2015):

Primeiro fator Segurança: relacionado a confiança dos familiares na competência dos profissionais de enfermagem e no seu conhecimento técnico científico, bem como sua capacidade de humanismo frente às demonstrações de afeto para com elas. Associa também questões de segurança entre técnica e sensibilidade, informação, acolhimento.

O segundo fator Suporte: representando o conforto relacionado a infraestrutura hospitalar englobando o espaço físico para acomodações, atendendo também a necessidade dos familiares, à flexibilização frente as rotinas hospitalares, especialmente relacionadas as visitas e as informações sobre a condição de saúde de seu membro.

Terceiro fator Interação entre família e ente: retrata a dimensão afetiva do grupo familiar. Poder estar perto, perceber a possibilidade de vê-lo recuperado, minimizando a possibilidade de perda, juntamente com a satisfação da assistência prestada ao mesmo pela equipe intensivista.

O quarto fator Integração consigo e com o cotidiano: conforto por poder cuidar de si, ajudar o seu ente e poder dar continuidade à sua vida familiar, como acontecia antes da hospitalização.

O estudo de validação desta escala demonstrou parâmetros psicométricos satisfatórios, sendo o primeiro instrumento validado no Brasil para a avaliação do conforto de familiares de pessoas em estado crítico de saúde (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2015).

Existem outros instrumentos direcionadas para a avaliação das necessidades das famílias no contexto de cuidados intensivos, porém não direcionadas ao constructo conforto e muitas não traduzidas para nossa realidade brasileira, como no caso da ECONF. Na revisão de literatura encontrou-se referências às escalas (CAMPOS, 2014; FREITAS, 2011):

- Escala de Estressores em UTI (*Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale – ICUESS*): que tem por objetivo mensurar os agentes estressores em UTI, para posteriormente, desenvolver intervenções que possam minimizar o impacto desses fatores durante a permanência dos pacientes que necessitam internar nessas unidades (ROSA et al, 2009);
- *Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)*: instrumento para a avaliação das necessidades da família em contexto de cuidados intensivos. Consiste em um questionário que expressa um conjunto de necessidades específicas da família do doente internado, às quais a família atribui diferentes graus de importância (CAMPOS, 2014);
- *Needs Met Inventory (NMI)*, a versão reduzida do CCFNI, porém com o mesmo objetivo;
- *Family Needs Questionnaire (FNQ)*: instrumento estruturado desenvolvido nos Estados Unidos para medir as necessidades percebidas pelos membros da família após a lesão cerebral traumática de seu ente (HORA; SOUSA, 2009).

Como é recente a validação desta escala, foi encontrado apenas um estudo publicado até o momento que a utilizou. Este estudo foi desenvolvido em seis UTIs, distribuídas em três hospitais públicos de ensino da Bahia. A amostra de 250 familiares foi entrevistada aplicando a Escala de Conforto de Familiares de Pessoas em Estado Crítico de Saúde (ECONF). O estudo teve como objetivo investigar a influência de variáveis relacionadas aos familiares de pessoas internadas em UTI e ao contexto de internação dessas sobre o nível de conforto dos familiares. Entre os principais resultados deste estudo o nível de conforto dos familiares por dimensão da ECONF variou de alto a médio. Os resultados assinalaram a importância da reflexão dos profissionais de saúde quanto à efetividade de práticas de cuidar dirigidas a familiares visando a promoção do conforto, em serviços públicos, no contexto baiano. Considerando as variáveis estudadas, concluiu-se nesse estudo que é um desafio implementar ações que ajudem familiares a minimizar o desconforto vivido com internação do membro na UTI (GIBAULT, 2014).

5 METODOLOGIA

A metodologia utilizada vem ao encontro do processo de produção de conhecimento sobre a realidade que se está buscando conhecer. Inclui um conjunto de procedimentos como a utilização das técnicas e instrumentos de pesquisa, dando também a real importância as reflexões teóricas do estudo (TOZONI-REIS, 2010).

Minayo (1998) apud Tozoni-Reis (2010, p.16) ainda ressalta que “a organização do processo de pesquisa obedece a três principais dimensões: as escolhas teóricas, as técnicas e a criatividade do pesquisador”.

5.1 Tipo de pesquisa

Em decorrência do objetivo do projeto, optou-se por um estudo de abordagem quantitativa, de delineamento observacional descritivo do tipo transversal, para análise da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde (ECONF).

O estudo observacional parte da observação da realidade e pretende avaliar se existe associação entre um determinado fator de exposição e um desfecho, sem entretanto, intervir diretamente na relação analisada (ARAGÃO, 2011).

Aragão (2011) diz que os estudos descritivos descrevem a realidade, também sem tentar explicá-la ou nela intervir. São muito frequentes na área da saúde quando as realidades observadas servem para compartilhar experiências, sendo elas positivas ou negativas, afim de fornecer informações para que os dados encontrados sirvam de indicadores, tornando-se uma ferramenta de gestão muito importante. Os estudos descritivos são de extrema relevância quando o assunto abordado ainda é pouco conhecido.

Como um dos tipos de estudo observacional temos o de corte transversal, que tem por objetivo verificar a prevalência ou a frequência de uma determinada característica e referem-se a um determinado momento, sem período de acompanhamento. São úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição, possibilitando o primeiro momento de análise de uma associação. Estudos transversais voltados para a área da saúde, tendem a revelar a associação entre os fatores analisados (GOLDIM, 2000; HULLEY, 2003; ARAGÃO, 2011).

A abordagem quantitativa engloba tudo que pode ser mensurado em números, classificados e analisados, utilizando métodos estatísticos. Partindo de modelos de pesquisa bem estruturados, o pesquisador formula hipóteses sobre os fenômenos e as situações que serão estudadas (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

Richardson (1998) apud Dalfovo, Lana e Silveira (2008, p.07) diz que:

Este método é frequentemente aplicado nos estudos descritivos (aqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis), os quais propõem investigar “o que é”, ou seja, a descobrir as características de um fenômeno como tal.

5.2 Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido em duas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto de hospitais distintos localizadas no interior do Rio Grande do Sul, que para fins de anonimato identificou-se pelos números ordinais 1 e 2.

Na UTI do Hospital 1, são disponibilizados 10 leitos para o atendimento de pacientes adultos: oito leitos destinados para atendimento geral e dois para pacientes cardíacos, sendo a instituição referência para alta complexidade cardiovascular. Conta com uma equipe intensivista composta por plantão médico 24 horas, como também 1 enfermeiro e 5 técnicos de enfermagem por turno. Os horários de visita disponibilizados são: tarde - 13h30min às 14h e noite - 21h às 21h30min., com direito a 03 visitantes por leito, sendo 01 visitante de cada vez. O Hospital 1 é uma entidade de ensino, conta com 234 leitos, cerca de 900 colaboradores, distribuídos em quatro turnos de trabalho.

Na UTI do Hospital 2, são disponibilizados 7 leitos, sendo a maioria leitos em box individuais. O Hospital 2 é uma entidade filantrópica e possui Declaração de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal, além de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde. O Hospital é referência regional em oncologia onde é Unidade de Alta Complexidade para Tratamento Oncológico (UNACON). Os horários de visita disponibilizados são: manhã - 11h:30min às 12h, tarde - 15h:30min às 16h e a noite - 21h às 21h:30min. Beira de leito: 16h às 17h. Na UTI, são permitidos 2 familiares nas visitas e 1 familiar na beira de leito. Conta com uma equipe intensivista composta por plantão médico 24 horas, como também 1 enfermeiro por turno e 4 técnicos de enfermagem no turno diurno e 3 técnicos de

enfermagem no turno noturno. Conta com 98 leitos, cerca de 430 colaboradores, distribuídos em 3 turnos de trabalho.

5.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos dessa pesquisa foram familiares de pacientes em estado crítico de saúde que estavam internados a mais de 24 horas sob cuidados intensivos.

5.3.1 Critérios de inclusão

- Ter idade igual ou maior a 18 anos;
- Ter um familiar adulto na UTI com mais de 24 horas de internação;
- Ser a pessoa mais próxima do membro hospitalizado que convive com ele e mantém relacionamento estreito;
- Ter realizado pelo menos uma visita ao ente;
- Estar em condições emocionais para responder aos questionamentos da pesquisa;
- Aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.3.2 Critérios de exclusão

Não foram entrevistados familiares que não atenderam aos critérios de inclusão, além daquelas que se negaram a participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.4 Instrumento para coleta de dados

Os dados foram coletados mediante dois instrumentos. O primeiro instrumento denominado Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos (ANEXO A), que levantou dados da pessoa internada na UTI, como, idade, sexo, tempo de internação em dias, gravidade e diagnóstico médico que determinou a internação na UTI e a natureza do diagnóstico (estas informações foram coletadas do prontuário do

paciente após autorização da instituição). Na segunda parte do instrumento, foram caracterizados dados dos familiares, que se destinaram ao registro de dados socioeconômicos, demográficos, e de relacionamento com o ente internado e se já havia tido outras experiências de familiares internados em UTI. Estes dados foram coletados mediante entrevista com os familiares que consentiram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O segundo instrumento aplicado, foi a Escala de Conforto para Familiares de Pessoas em Estado Crítico de Saúde (ECONF) (ANEXO B) que foi validada em 2012 e que foi desenvolvida para ser um instrumento aplicado por entrevista (FREITAS, 2011).

Foi respondida pelos familiares, em um ambiente privativo, fazendo-os indagações sobre situações de conforto e desconforto vividas no ambiente em que seu ente permanecia internado, e posteriormente responderam a escala. Consta na mesma, seis opções de respostas que avaliam o nível de conforto do familiar em relação a 55 itens: 0 – Não se aplica, 1 – Nada confortável, 2 – Pouco confortável, 3 – Mais ou menos confortável, 4 – Muito confortável e 5 – Totalmente confortável. Estes itens estão distribuídos em 4 fatores: segurança, suporte, interação familiar/ente e integração consigo e com o cotidiano.

Conforme Gibaut (2014) descreve as dimensões:

Na dimensão segurança, composta por 20 itens, o conforto está relacionado à confiança que os familiares dispõe pelo trabalho da equipe de saúde, seja por sua competência técnico-científica, bem como por sua competência humanística que se relaciona à consideração e demonstrações afetivas que os profissionais e a instituição demonstram pelos familiares.

A dimensão Suporte, composta por 21 itens, representa o conforto relacionado a infraestrutura hospitalar, em termos de espaço físico e acomodações para os familiares, como também a flexibilização das normas e rotinas hospitalares, especialmente relacionado às visitas e ao acesso a informações que são passadas pela equipe do estado clínico do seu ente.

Composta por 7 itens, a dimensão Interação Familiar/Ente, representa o conforto de poder estar junto de seu ente, ver a possibilidade de recuperação do mesmo e a satisfação de seu familiar com o atendimento que lhe é prestado.

Por último, composta por 7 itens, a dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano, que relaciona o conforto do familiar no que diz respeito a possibilidade de

poder cuidar de si e também do seu ente, dar continuidade à rotina e sua vida em família, como antes da internação do membro na UTI.

5.5 Coleta de dados e logística do estudo

Inicialmente foi realizado contato prévio com as instituições para autorização desta pesquisa, e posteriormente, com a coordenação do setor, afim de esclarecer os objetivos do estudo e delimitar acordos para então começar a familiarização com o campo de pesquisa e com os familiares alvo do estudo. O período de coleta de dados deu-se nos meses de setembro e outubro, totalizando dois meses, sendo que neste período 49 sujeitos atenderam aos critérios de inclusão, compondo desta forma a amostra.

5.6 Análise dos dados

Ao final do período de coleta de dados, os mesmos foram digitados em banco de dados, e posteriormente foi realizada análise estatística descritiva das variáveis analisadas no estudo. As variáveis categóricas foram expressas por meio de frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas expressas por meio de média do nível de conforto dos familiares. Para tanto foi utilizado o *software SPSS®*, versão 20.

Para a interpretação do nível de conforto dos itens avaliados pela ECONF foi considerado o seguinte escore: pouco conforto – média do nível de conforto $\leq 2,9$; Médio conforto – média do nível de conforto de 3,0 a 3,9; Alto conforto – média do nível de conforto ≥ 4 .

5.7 Divulgação e devolução dos dados

Os resultados desta pesquisa serão posteriormente divulgados em artigo científico para publicação em revistas especializadas da área. Pretende-se também repassar os dados levantados neste estudo para as instituições envolvidas.

5.8 Considerações éticas

Por envolver seres humanos, este projeto de pesquisa, respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa que preconiza aspectos envolvendo os mesmos.

No primeiro momento este projeto foi encaminhado para a Secretaria de Ensino do Hospital 1 e do Hospital 2, para solicitação de autorização deste estudo monográfico, por meio de um formulário padrão disponibilizado pelas instituições, tendo sido aprovado (ANEXO C, D). Posteriormente foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul tendo sido aprovado sob o parecer nº 1.710.415 (ANEXO E).

Em respeito a ética aplicada na pesquisa em saúde, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) aos participantes da pesquisa, no momento da inserção no campo de estudo. Estes tiveram liberdade de decidir em participar ou não da pesquisa, além de poderem desistir a qualquer momento, visando assim o objetivo do Termo que resguarda a privacidade dos sujeitos.

Para assegurar anonimato, foram substituídos os nomes dos participantes pela letra F seguido de um número arábico de acordo com a sequência das observações.

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização dos pacientes e familiares

Foram entrevistados 49 familiares, sendo 19 na UTI 1 e 30 na UTI 2, de um total de 39 pacientes. Em alguns casos foram entrevistados mais de um familiar por paciente. O tempo médio da entrevista foi de 20 minutos. A caracterização do ente internado é apresentada na tabela 1, sendo que a idade média dos pacientes internados na UTI foi de 64 anos e o número de dias que o paciente estava internado no momento da entrevista variou de 3 a 5 dias (44,9%). A maioria dos pacientes estavam internados por diagnóstico clínico (46,9%), e predominou como nível de gravidade, grave instável (53,1%).

**Tabela 1 – Caracterização do ente internado na unidade de terapia intensiva.
Santa Cruz do Sul – RS, 2016**

	N	%
Natureza do Diagnóstico		
Clínico	23	46,9
Cirúrgico	16	32,7
Clínico que evoluiu para cirúrgico	10	20,4
Gravidade		
Estável	14	28,6
Grave	9	18,4
Grave instável	26	53,1
Tempo internação na UTI		
1-2 dias	12	24,5
2-5 dias	22	44,9
+5 dias	15	30,6

Fonte: dados da pesquisa.

A caracterização da amostra dos familiares é apresentada na tabela 2, sendo que a idade média dos familiares foi de 44 anos com predominância do sexo feminino (77,6%), com ensino médio completo (34,7%), casados/união estável (77,6%), católicos (81,6%), empregados (40,8%), recebendo em torno de 1 a menos de 2 salários mínimos (28,6%), ressalta-se que a mesma prevalência dos entrevistados (28,6%) não sabiam informar a renda mensal. A maioria dos familiares era filho (36,7%) ou cônjuge (22,4%) do membro internado, porém apenas 14,3%

residiam com o mesmo, e 34,7% da amostra moravam com uma pessoa. O próprio entrevistado era o responsável pela sua família em 79,6% dos casos. Predominou a procedência de moradores de Santa Cruz do Sul (46,9%). A maioria dos entrevistados (65,3%) afirmou não ter experiência anterior com familiar internado em UTI.

Tabela 2 – Caracterização de dados sociodemográficos dos familiares com ente internado na UTI. Santa Cruz do Sul – RS, 2016

	N	%
Sexo		
Feminino	38	77,6
Masculino	11	22,4
Idade		
18 -30	9	18,4
31-50	23	46,9
>51 Anos	17	34,7
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	15	30,6
Ensino Fundamental completo	10	20,4
Ensino Médio completo	17	34,7
Ensino Superior	7	14,3
Estado Civil		
Solteiro(a)/Separado(a)	8	16,3
Casado(a)/União estável	38	77,6
Viúvo(a)	3	6,1
Procedência		
0 - SCS	23	46,9
1 - Município Vale do Rio Pardo	18	36,7
2 - Outras regiões	8	16,3
Religião		
Evangélico(a)	7	14,3
Católico(a)	40	81,6
Espirita	1	2,0
Umbandista	1	2,0
Outra		
Situação de Trabalho		
Empregado(a)	20	40,8
Desempregado(a)	8	16,3
Aposentado(a)	6	12,2
Aposentado(a) com atividade	2	4,1
Dono(a) de casa	3	6,1
Autônomo(a)	6	12,2
Outros	4	8,2

Renda Mensal		
Não sabe informar	14	28,6
1 a menos de 2 salários	14	28,6
2 Salários Mínimos	13	26,5
+2 Salários Mínimos	8	16,3
Relação Familiar com Parente		
Internado	11	22,4
Cônjuge	5	10,2
Pai	6	12,2
Mãe	18	36,7
Filho	4	8,2
Irmão(a)	5	10,2
Outros		
Responsável pela Família		
Parente Internado	0	0
Entrevistado	39	79,6
Outro	10	20,4
Quantas pessoas residem na casa		
0 - 1	17	34,7
1 - 2 ou 3	17	34,7
2 - 3 ou +	10	20,4
3 - Sozinho(a)	5	10,2
Com quem reside		
Parente Internado	7	14,3
Sozinho	5	10,2
Outros	37	75,5
Experiência prévia de internação de familiar em UTI		
Sim	17	34,7
Não	32	65,3

Fonte: dados da pesquisa.

6.2 Nível de conforto global e por dimensão da ECONF

Em relação ao nível de conforto global e por dimensão da ECONF observou-se que a média geral do nível de conforto dos familiares foi de 3,68, apresentando médio nível de conforto dos familiares entrevistados, conforme escore estabelecido neste estudo.

Na tabela 3 são apresentados o nível de conforto global para cada item da ECONF separados pela dimensão que avaliam. Na dimensão segurança o nível de conforto dos familiares apresentou-se alto na maioria dos itens. Nos itens “Saber qual tratamento está sendo dado ao seu parente”, “Perceber que os profissionais

não insistem para que você saia logo ao término da visita”, “Perceber que os profissionais da UTI compreendem a situação que você está passando” e “Receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI” o nível de conforto apresentou-se médio.

Quanto aos 21 itens da dimensão suporte, 7 apresentaram alto nível de conforto e 13 médio nível de conforto. O Item “Ter um telefone público perto da sala de espera” não se aplicou para nenhuma das UTIs.

Para 6 dos 7 itens da dimensão Interação Familiar/Ente, o nível de conforto foi médio. Para o item “Ver seu parente em condições de se comunicar com você”, os familiares apresentaram pouco conforto.

Na dimensão Integração Consigo e com o cotidiano, os familiares apresentaram-se pouco confortáveis em 5 dos 7 itens, sendo que para os itens “Manter-se controlado(a) emocionalmente” e “Ter disposição física para lidar com a situação” mostraram-se com médio nível de conforto.

Tabela 3 – Descrição da média do nível de conforto dos itens da ECONF. Santa Cruz do Sul – RS, 2016

DIMENSÃO SEGURANÇA – 20 Itens	Média	n
Perceber que seu parente recebe atendimento rápido quando necessário	4,1	47
Receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI	3,9	44
Sabe que a UTI oferece segurança à recuperação do seu parente	4,1	49
Saber qual tratamento está sendo dado ao seu parente	3,9	49
Perceber que seu parente tem recebido os cuidados de higiene	4,0	49
Perceber que a equipe da UTI oferece informações com boa vontade	4,0	49
Ter profissionais disponíveis para ajudar seu parente	4,0	48
Perceber que a equipe presta atenção às condições do seu parente	4,0	49
Perceber que os profissionais não insistem para que você saia logo ao término da visita	3,9	48
Perceber competência profissional naqueles que trabalham na UTI	4,1	49
Sentir que a equipe se interessa pela recuperação do seu parente	4,0	48
Receber informação detalhada sobre a situação de seu parente	4,0	47
Ser atendido(a) com gentileza na recepção da UTI	4,0	49
Saber que a melhor assistência possível está sendo dada ao seu parente	4,0	49
Perceber que a equipe tem paciência para ouvir os familiares	4,0	48
Perceber que os profissionais da UTI compreendem a situação que você está passando	3,9	46
Perceber que você é atendido(a) com tranquilidade pela equipe	4,0	48

Receber informações dos profissionais de forma que você possa entender	4,1	48
Perceber tranquilidade no atendimento ao seu parente	4,1	47
Ser tratado(a) gentilmente pelos profissionais da UTI	4,1	49
DIMENSÃO SUPORTE – 21 itens		
Receber informação sobre seu parente em qualquer horário	3,7	34
Poder receber informações sobre seu parente quando você telefonar	3,2	11
Ser acompanhado(a) por amigo ou familiar durante a visita	3,2	6
Receber todos os dias informações do médico	4,1	48
Ser avisado sobre mudanças na condição clínica do seu parente em casa	4,0	7
Ter uma sala de espera perto da UTI	3,5	46
Ver seu parente fora do horário de visita quando necessário	3,7	10
Ter um local para refeições no hospital ou próximo	3,5	27
Ter um meio de distração na sala de espera (revista, TV, rádio)	3,5	43
Ter um telefone público perto da sala de espera	0	49
Receber explicações sobre o que vai acontecer com seu parente (transferências, alta, exames, novos tratamentos)	4,0	45
Saber quem são os profissionais que podem lhe ajudar quando necessário	3,5	49
Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI	3,7	45
Ser permitido maior número de visitantes quando necessário	3,2	24
Ter água para beber na sala de espera	4,0	49
Ser informado sobre o motivo de atraso da visita quando ocorrer	4,1	32
Ter um banheiro perto da sala de espera	3,6	46
Receber apoio espiritual e religioso de alguém	3,9	48
Ter uma conversa com alguém da equipe	3,8	37
Ser permitido ficar na sala de espera da UTI fora do horário de visita	4,1	40
Receber informações sobre a rotina da UTI	4,1	48
DIMENSÃO INTERAÇÃO FAMILIAR/ENTE – 7 Itens		
Perceber que há chance de recuperação do seu parente	3,4	49
Perceber que seu parente gosta do tratamento que recebe	3,6	28
Ver seu parente em condições de se comunicar com você	2,8	49
Ser capaz de ajudar o seu parente a enfrentar essa situação	3,9	49
Perceber que seu parente está reagindo bem ao tratamento	3,3	49
Saber que seu parente percebe que vocês estão por perto	3,9	44
Ver seu parente fora do risco de vida	3,2	49
DIMENSÃO INTEGRAÇÃO CONSIGO E COM O COTIDIANO – 7 Itens		
Manter sua rotina de sono como antes da internação do seu parente	2,5	49
Manter-se controlado(a) emocionalmente	3,4	49
Ser capaz de relaxar e/ou se distrair durante o período de internação	2,9	49
Manter a rotina com seus familiares	2,6	49
Continuar com minhas atividades habituais (estudo, trabalho, lazer, etc.)	2,7	49

Manter seus hábitos alimentares como antes da internação do seu parente	2,9	49
Ter disposição física para lidar com a situação	3,2	49

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar o nível de conforto de cada item da ECONF separadamente por UTI, não foram observadas diferenças significativas na maioria dos itens, o que está disposto na Tabela 4.

Notou-se que referente a dimensão segurança nos itens “Receber informação detalhada sobre a situação do seu parente”, “Sentir que a equipe se interessa pela recuperação do seu parente” e “Saber qual tratamento está sendo dado ao seu parente”, na UTI 1 os familiares apresentaram alto conforto, enquanto na UTI 2, esses mesmos itens demonstraram nível médio de conforto dos familiares entrevistados. Em contrapartida na UTI 2, para os itens “Perceber que a equipe tem paciência para ouvir os familiares”, “Perceber que os profissionais não insistem para que você saia logo ao término da visita”, “Perceber que a equipe da UTI oferece informações com boa vontade” e “Receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI”, o nível de conforto foi alto, enquanto na UTI 1 apresentou-se como médio.

Na dimensão Suporte os itens que mais demonstraram diferença no nível de conforto foram “Ter um meio de distração na sala de espera (revista, TV, rádio)” e “Ser permitido maior número de visitantes quando necessário” que apresentaram médio conforto na UTI 2 e pouco conforto na UTI 1 e “Ser acompanhado(a) por amigo ou familiar durante a visita” que apresentou alto nível de conforto dos familiares na UTI 1 e pouco conforto na UTI 2.

Na dimensão Interação Familiar/Ente o item “Saber que o seu parente percebe que vocês estão por perto” apresentou alto conforto na UTI 1 e médio conforto na UTI 2 e no item “Ver seu parente fora do risco de vida” os familiares demonstraram médio conforto na UTI 1 e pouco conforto na UTI 2.

E na última dimensão Integração consigo e com o cotidiano mensurada pela escala, os itens “Ser capaz de relaxar e/ou se distrair durante o período de internação” e “Manter seus hábitos alimentares como antes da internação de seu parente” apresentou médio nível de conforto na UTI 2 e pouco conforto na UTI 1.

Tabela 4 – Descrição da média do nível de conforto dos itens da ECONF na UTI 1 e UTI 2, respectivamente. Santa Cruz do Sul –RS, 2016

	UTI 1		UTI 2	
	Média	n	Média	n
DIMENSÃO SEGURANÇA – 20 Itens				
Perceber que seu parente recebe atendimento rápido quando necessário	4,1	18	4,1	30
Receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI	3,8	17	4,0	27
Sabe que a UTI oferece segurança à recuperação do seu parente	4,2	19	4,1	30
Saber qual tratamento está sendo dado ao seu parente	4,1	19	3,9	30
Perceber que seu parente tem recebido os cuidados de higiene	4,1	19	4,1	30
Perceber que a equipe da UTI oferece informações com boa vontade	3,8	19	4,1	30
Ter profissionais disponíveis para ajudar seu parente	4,0	18	4,1	30
Perceber que a equipe presta atenção às condições do seu parente	4,1	19	4,0	30
Perceber que os profissionais não insistem para que você saia logo ao término da visita	3,8	19	4,0	29
Perceber competência profissional naqueles que trabalham na UTI	4,1	19	4,1	30
Sentir que a equipe se interessa pela recuperação do seu parente	4,1	19	3,9	29
Receber informação detalhada sobre a situação de seu parente	4,2	18	3,9	29
Ser atendido(a) com gentileza na recepção da UTI	4,0	19	4,1	30
Saber que a melhor assistência possível está sendo dada ao seu parente	4,1	19	4,0	30
Perceber que a equipe tem paciência para ouvir os familiares	3,9	19	4,1	29
Perceber que os profissionais da UTI compreendem a situação que você está passando	3,9	18	3,9	28
Perceber que você é atendido(a) com tranquilidade pela equipe	4,1	19	4,1	29
Receber informações dos profissionais de forma que você possa entender	4,2	18	4,1	30
Perceber tranquilidade no atendimento ao seu parente	4,2	17	4,1	30
Ser tratado(a) gentilmente pelos profissionais da UTI	4,1	19	4,1	30
DIMENSÃO SUPORTE – 21 itens				
Receber informação sobre seu parente em qualquer horário	3,4	16	3,9	18
Poder receber informações sobre seu parente quando você telefonar	3,5	4	3,0	7

Ser acompanhado(a) por amigo ou familiar durante a visita	4,0	3	2,3	3
Receber todos os dias informações do médico	4,1	18	4,1	30
Ser avisado sobre mudanças na condição clínica do seu parente em casa	4,3	3	3,7	4
Ter uma sala de espera perto da UTI	3,0	19	3,9	27
Ver seu parente fora do horário de visita quando necessário	3,7	6	3,7	4
Ter um local para refeições no hospital ou próximo	3,6	14	3,3	13
Ter um meio de distração na sala de espera (revista, TV, rádio)	2,9	19	3,9	24
Ter um telefone público perto da sala de espera	0	19	0	30
Receber explicações sobre o que vai acontecer com seu parente (transferências, alta, exames, novos tratamentos)	3,9	18	4,1	27
Saber quem são os profissionais que podem lhe ajudar quando necessário	3,5	19	3,6	30
Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI	3,3	19	3,9	24
Ser permitido maior número de visitantes quando necessário	2,8	11	3,5	13
Ter água para beber na sala de espera	4,1	19	4,0	30
Ser informado sobre o motivo de atraso da visita quando ocorrer	4,1	13	4,0	19
Ter um banheiro perto da sala de espera	3,0	17	4,0	29
Receber apoio espiritual e religioso de alguém	4,1	19	3,8	29
Ter uma conversa com alguém da equipe	3,7	14	3,9	23
Ser permitido ficar na sala de espera da UTI fora do horário de visita	4,1	17	4,1	23
Receber informações sobre a rotina da UTI	4,1	19	4,1	29
DIMENSÃO INTERAÇÃO FAMILIAR/ENTE – 7 Itens				
Perceber que há chance de recuperação do seu parente	3,6	19	3,3	30
Perceber que seu parente gosta do tratamento que recebe	3,9	11	3,5	17
Ver seu parente em condições de se comunicar com você	2,7	19	2,9	30
Ser capaz de ajudar o seu parente a enfrentar essa situação	3,9	19	3,8	30
Perceber que seu parente está reagindo bem ao tratamento	3,8	19	3,0	30
Saber que seu parente percebe que vocês estão por perto	4,0	17	3,8	27
Ver seu parente fora do risco de vida	3,6	19	2,9	30
DIMENSÃO INTEGRAÇÃO CONSIGO E COM O COTIDIANO – 7 Itens				
Manter sua rotina de sono como antes da internação do seu parente	2,5	19	2,6	30

Manter-se controlado(a) emocionalmente	3,4	19	3,4	30
Ser capaz de relaxar e/ou se distrair durante o período de internação	2,7	19	3,1	30
Manter a rotina com seus familiares	2,7	19	2,6	30
Continuar com minhas atividades habituais (estudo, trabalho, lazer, etc.)	2,8	19	2,6	30
Manter seus hábitos alimentares como antes da internação do seu parente	2,8	19	3,0	30
Ter disposição física para lidar com a situação	3,4	19	3,1	30

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar a média geral do nível de conforto por dimensão da ECONF verificou-se que a dimensão segurança teve o maior escore de conforto, e a dimensão integração consigo e com o cotidiano o menor nível (Tabela 5). Ao realizar a análise separadamente por UTI, observou-se que na UTI 1 e na UTI 2 o maior e o menor escore de conforto também se apresentaram nas mesmas dimensões (Tabela 5).

Tabela 5 – Média do nível de conforto dos familiares com ente internado na UTI por dimensões mensuradas na ECONF. Santa Cruz do Sul-RS, 2016

Dimensão	Geral		UTI 1		UTI 2	
	n	Média	N	Média	n	Média
Segurança	38	4,04	13	4,12	25	3,99
Suporte	49	3,72	19	3,45	30	3,74
Interação familiar/ente	27	3,86	10	3,94	17	3,80
Integração consigo e com o cotidiano	49	2,90	19	2,90	30	2,90

Fonte: dados da pesquisa.

7 DISCUSSÃO

Observou-se que a amostra de familiares com ente internado em UTI refere-se a um grupo de familiares com idade média de 44 anos, predominantemente caracterizado por pessoas casadas/união estável, católicas, com ensino médio completo, empregadas e sem experiência anterior de familiar internado em UTI. Observou-se que a maioria dos familiares eram filhos(a) ou cônjuges do ente internado, com predominância do sexo feminino. No estudo de Gutierrez e Minayo (2010), ao analisar os cuidados prestados a saúde no âmbito familiar, a mulher aparece como principal cuidadora, o que mostra a centralidade feminina no que diz respeito ao cuidar e engloba os cuidados domiciliares, com os filhos e os demais membros da família que necessitam de atenção. Para Gutierrez e Minayo (2010) o cuidado vem a ser apontado como sinônimo de mulher, o que também fica claro nesse estudo.

O nível de conforto global dos familiares pela ECONF teve média geral de 3,68, demonstrando que os familiares apresentam médio nível de conforto perante a todas as dimensões que a escala compõe.

Analisando os níveis de conforto dos familiares através das dimensões, obteve-se nível de conforto alto na maioria dos itens dispostos na dimensão segurança. Demonstrou-se assim que os familiares confiam no trabalho da equipe intensivista no que diz respeito a competência técnico-científica, bem como pela competência humana que dispuseram para com eles.

Conforme Freitas, Menezes e Mussi (2012), sentir-se confortável para os familiares dentro dessa dimensão, significa ter a percepção de que seu ente está sob os cuidados de uma equipe que lhe oferece condições de melhora e conseqüentemente está em um local que dispõe de recursos para seu tratamento. Freitas, Menezes e Mussi (2015) traz que a dimensão segurança implica a associação entre técnica e sensibilidade, afirmando a importância do cuidado humanizado dentro de uma UTI.

A informação e o acolhimento são fatores fundamentais que pertencem a essa dimensão (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2015). Os itens em que o nível de conforto dos familiares se apresentou como médio, demonstraram que existiram situações em que os familiares necessitavam de uma maior atenção e que não supriram suas expectativas ou que poderiam ser melhoradas. Ouvir os familiares, prestar atenção

as suas necessidades, compartilhar informações sobre o estado de saúde do ente internado, de forma clara e de fácil entendimento, faz com que a dimensão segurança lhes propicie maior conforto nesse período sensível de suas vidas e minimize a possibilidade de maior sofrimento.

Ao analisar separadamente os resultados de cada UTI envolvida no estudo, na dimensão segurança, também apresentaram-se como alto e médio os níveis de conforto dos familiares em ambas UTIs. Considerando os itens dessa dimensão e levando em conta que o nível de conforto evidenciado pela pesquisa mostrou que os familiares sentiram-se confortáveis, demonstra a importância que é para eles perceber que seu parente está realmente em um lugar seguro, onde os cuidados dispensados são prestados por profissionais que além de competência técnica, também se sensibilizam e acolhem os familiares, tendo paciência, tranquilidade, sendo gentis na abordagem com os mesmos e com seu ente, oferecendo uma palavra de apoio e compreendendo a situação por eles vivenciada.

Todos os profissionais envolvidos têm a capacidade de tornar a UTI um ambiente menos hostil perante todas essas atitudes, percebendo também cada paciente da UTI como indivíduo único, que possuiu suas necessidades específicas e que tem uma importante extensão que também vivencia todos os seus medos, anseios e sofrimentos: sua família (PASSOS et al, 2015).

No estudo de Serra et al (2009), sobre a análise da satisfação dos familiares com entes internados em uma UTI adulto no Hospital Português na cidade de Salvador – BA, discutiu que “o grau de satisfação dos familiares de pacientes admitidos em UTI é um parâmetro fundamental para avaliar a comunicação neste ambiente”, e traz em sua conclusão que a maioria dos familiares avaliou positivamente os profissionais da UTI em questões relacionadas à comunicação, atitude e cuidado médico com o paciente, mas em questões relacionadas com a capacidade dos profissionais de confortar os familiares o percentual de satisfação foi menor.

Gibault (2014) retrata que “a promoção do conforto por meio das práticas de acolhimento deve ser entendida como um direito da família que tem um membro na UTI”, ainda relaciona esse direito com a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, que aborda o familiar como objeto das ações de acolhimento, sendo parte integrante do processo saúde-doença de seu ente e conseqüentemente na recuperação do mesmo.

A equipe intensivista precisa ter consciência da necessidade de associar toda a tecnologia que a UTI dispõe, à práticas de escuta, comunicação, respeito, englobando tudo que dá sentido a humanização, sendo que a implantação e implementação da humanização na UTI deve ser sentida por todos, tanto pelos profissionais, e principalmente pelos próprios pacientes e familiares (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

Na dimensão suporte, na maioria dos itens da ECONF, os familiares apresentaram médio nível de conforto. Nos itens relacionados aos boletins médicos diários, a ser avisado em casa sobre a condição clínica do ente, receber explicações sobre novos exames, transferências, alta do parente, ser informado sobre o motivo de atraso das visitas, poder ficar na sala de espera sem restrições de horários, receber informações da rotina da UTI, bem como ter água para beber na sala de espera, os familiares apresentaram alto nível de conforto, demonstrando novamente a importância da informação e comunicação da equipe para sentirem-se mais seguros, associando também aquelas informações recebidas sem serem rotineiras, o que demonstra atender as suas expectativas de humanização.

Conforme Freitas, Menezes e Mussi (2012), o fornecimento de informações aos familiares deve ser antecipado sempre que possível e necessário, para que não acentue um desequilíbrio emocional caso seu ente apresente uma piora clínica, sendo essa situação visualizada somente no horário de visita e sem nenhuma preparação emocional para lidar com ela.

Os familiares demonstraram sentir-se confortáveis quando há possibilidade de poder estar perto do ente sempre que necessário, mesmo quando se sabe que existem normas e rotinas hospitalares, principalmente dentro de uma UTI. Aqui, analisa-se a importância de o enfermeiro ter bom senso e individualizar as normas hospitalares para cada situação apresentada pelos familiares, entendendo que ocorre uma ruptura nesse elo e que o sofrimento apresentado perante essa situação não pode ser eliminado, mas diante dessas atitudes, pode ser minimizado, prestando assim uma assistência holística e humana. (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2012; PASSOS et al, 2015).

No estudo realizado por Vasconcelos et al (2016), sobre o cotidiano de familiares de pacientes internados na UTI com ênfase nas representações sociais, discorre sobre a Política Nacional do paciente crítico, trazendo que no ano de 2005 foi instituído pelo Ministério da Saúde o cuidado centrado na família, o que vem a

afirmar a importância do cuidado humanizado para com eles. Ainda traz que perante essa política a UTI deve oferecer no mínimo três visitas diárias, contando também com três boletins médicos, para que os familiares estejam sempre informados do estado clínico de seu ente, e conseqüentemente lhes proporcionando um maior conforto.

O conforto também se relaciona a comodidade (CAETANO et al, 2007). Nessa dimensão também se avalia o conforto relacionado ao suporte que o ambiente hospitalar oferece aos familiares, o que se demonstrou médio no nível geral de conforto estudado. Ter uma sala de espera, um banheiro e água para beber perto da UTI, demonstra a preocupação voltada para esses familiares que necessitam de uma infraestrutura adequada, no que diz respeito a espaço físico e acomodações. Conforme Freitas, Menezes e Mussi (2015) é necessário que esse local seja agradável, limpo, privativo, próximo a UTI, equipada com móveis confortáveis, meios de distração e também a disponibilidade de um local para refeições, atendendo assim as suas necessidades básicas e podendo ficar o mais próximo possível de seu ente, visto que alguns familiares não residem na mesma cidade, passando a maior parte do tempo de internação de seu ente, no hospital.

Outro fator que teve nível médio de conforto dos familiares, foi o item relacionado ao apoio espiritual/religioso. Bousso et al (2011, p.401) retrata que “a religião é um instrumento de explicações que ajudam a dar significado às experiências de doença e morte”:

Um componente essencial na avaliação da família a respeito da relação entre religião, doença e morte é composto pelas crenças e valores que direcionam a vida da família. Os recursos de suporte encontrados nas diferentes religiões ajudam a confortar as famílias nas experiências inesperadas de doença e morte com explicações de que estas experiências trazem conseqüências positivas para a vida da família como uma forma de crescimento, de regeneração ou de evolução (BOUSSO et al, 2011, p. 401).

Cabe a equipe intensivista, entender essa estratégia usada pelos familiares e respeitar cada uma delas. Aqui também ocorre uma flexibilização das normas e rotinas da UTI, sendo que fora do horário de visita, é permitida a entrada de padres/pastores para confortar perante a sua fé, tanto o ente como o familiar.

Considerando a análise realizada separadamente por UTI, notou-se que na UTI 1 os familiares demonstraram se sentirem pouco confortáveis em relação aos itens: “Ter um meio de distração na sala de espera” e “Ser permitido maior número de

visitantes quando necessário”, já na UTI 2 os familiares se apresentaram pouco confortáveis em relação ao item “Ser acompanhado por amigo ou familiar durante a visita”.

Essas questões remetem a ser reafirmado a importância da infraestrutura hospitalar para acomodar esses familiares, observando que na UTI 1 a sala de espera não é privativa, não possui meios de distração e o banheiro disponível fica longe da UTI. Também importante salientar o quanto cada situação deve ser analisada de forma individual, repensando as normas e rotinas hospitalares, tentando reduzir o sofrimento do ente e também dos familiares que se encontram em uma situação delicada e que não podem estar próximos do ente todo o tempo da internação.

O cuidado voltado para esses familiares, requer sensibilidade e atenção da equipe de enfermagem. Os profissionais devem respeitar a singularidade de cada um e realizar uma avaliação criteriosa para entender quais são as necessidades maiores daquelas pessoas. Para se obter um relacionamento interpessoal efetivo e criar vínculos, os profissionais precisam estar atentos ao que os familiares lhes mostram, tanto referentes a comunicação verbal quanto na comunicação não verbal (PUGGINA et al, 2014).

Ter uma equipe multiprofissional para suprir esses cuidados é de extrema relevância, pois diante de necessidades específicas se pode solicitar ajuda da equipe multiprofissional que compõe a UTI. Para oferecer um suporte integral ao paciente e ao familiar, outros profissionais muitas vezes precisam se envolver nesse processo de reestabelecimento de saúde, como por exemplo: assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, dentre outros que surgem como uma equipe de apoio e que não deixam de ser importantes para se obter uma assistência integral, de qualidade e humanizada (NETO et al, 2016).

No que foge do alcance do enfermeiro, buscar ajuda do assistente social, bem como do psicólogo, ajuda o familiar em todas as questões biopsicossociais que estão fragilizadas nesse momento de sua vida.

Aqui, pode-se citar exemplos relatados pelos familiares entrevistados, onde muitos permaneciam no hospital por não residirem na cidade, sendo que através de uma conversa com a equipe de enfermagem, explicaram sua situação e a partir disso foram providenciadas as medidas necessárias, como alimentação, conversa com um psicólogo e disponibilizado materiais para realizarem sua higiene pessoal.

Mostraram-se confortáveis diante das condutas, pois através delas, englobando toda equipe multiprofissional, foi prestado o suporte que estavam necessitando no momento.

Vale salientar que na análise do nível de conforto pelo item “Saber quem são os profissionais que podem lhe ajudar quando necessário”, os familiares demonstraram médio nível de conforto.

Embora não fizesse parte da ECONF, foi incluído à entrevista um questionamento sobre conseguir identificar quem era o Enfermeiro, o Técnico de Enfermagem e o Médico dentro da unidade, observou-se que todos os familiares responderam que não sabiam diferenciar os profissionais e ainda trouxeram como exemplo a dificuldade da identificação pelo fato de todos usarem a mesma roupa.

Ainda foram indagados sobre a importância que eles sentiam em saber sobre cada papel desses profissionais dentro da UTI, e perante suas análises, todos responderam que ao mesmo tempo que gostariam de estar cientes dos papéis de cada profissional dentro do setor, também sentiam segurança e competência em pedir ajuda para qualquer profissional que estivesse ali, afirmando o conforto por eles estabelecido.

Desta forma, pode-se perceber que toda equipe intensivista, apesar de ser reconhecida positivamente pela família como competente para o cuidado, o que chama a atenção é a invisibilidade do enfermeiro perante a família, que não consegue o reconhecer dentro da equipe.

A UTI acaba por transformar os profissionais em pessoas tecnicistas, diante da necessidade que esse setor impõe de manutenção da vida e pelo perfil crítico dos pacientes que ali internam, porém no momento em que os profissionais aliam a tecnologia com o cuidado humanizado, ao acolherem esse familiar, passarão a criar vínculos, contribuindo para esses familiares se sentirem mais confortáveis diante da hospitalização do ente na UTI (PASSOS et al, 2015).

O Enfermeiro deve ter como rotina se identificar para os familiares durante o horário de visita ou sempre que houver oportunidade, acaba ajudando o profissional a fortalecer o vínculo criado com o familiar, sendo um momento ideal para ser explicado qual o seu papel dentro da unidade.

Na dimensão Interação Familiar/Ente a maioria dos itens apresentou médio nível de conforto, sendo que para o item “Ver seu parente em condições de se comunicar com você”, os familiares apresentaram pouco conforto. Já na análise

separada por UTI, na UTI 1 os familiares apresentaram alto conforto por saber que seu parente percebia que eles estavam por perto, já na UTI 2 os familiares sentiram-se com nível de conforto médio. No item relacionado a condição clínica de seu ente, ver o parente fora do risco de vida representou médio conforto na UTI 1 e pouco conforto na UTI 2 para os familiares.

Essa dimensão representa o conforto de poder estar junto de seu ente, ver a possibilidade de recuperação do mesmo e a satisfação de seu familiar com o atendimento que lhe é prestado (GIBAUT, 2014).

Em vista disso, pode-se notar que a UTI além de ser um setor que oferece todo suporte para a manutenção da vida dos pacientes, também acaba trazendo situações de desconfortos aos familiares por todos os aparatos tecnológicos invasivos que ela dispõe, lhes privando muitas vezes de se comunicar e interagir com o ente. (SIMONI; SILVA, 2012)

São fatores estressores para os familiares ver seu ente com nível rebaixado de sensório, muitas vezes por estarem sedados, limitado por meio de fios, tubos, drenos e cateteres, muitas vezes também estando amarrados no leito por questões de segurança. Tais situações também implicam na transferência da tomada de decisões para os familiares, o que pode impactar como situações estressoras para sua saúde mental (COSTA et al, 2010).

Para os familiares, desfrutar de uma interação com o ente, saber que ele percebe sua presença na UTI e sentir-se capaz de ajudar na sua recuperação, traz perspectivas de um bom prognóstico de seu estado clínico, mostrando que o conforto se relaciona intimamente com essa dimensão.

São questões que aliadas à comunicação, atenção e suporte da equipe, deixam os familiares ainda mais tranquilos em sentir que seu ente pode voltar a fazer parte da dinâmica familiar.

Considerando todas as dimensões analisadas, como também na análise separada por UTI, a dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano foi a que apresentou menor nível de conforto, estando os familiares pouco confortáveis em relação as situações expressas nessa dimensão.

Nota-se a partir disso que os familiares que vivenciam a internação de um ente na UTI, tem a sua rotina, seu estudo, seu lazer e trabalho interrompidas, afetando também os hábitos alimentares e principalmente o sono, a distração com outras situações e conseqüentemente o relaxamento.

Freitas, Menezes e Mussi (2012), confirmam em seu estudo que ter um ente na UTI, significou pouco conforto, pelo fato de os familiares não conseguirem conciliar a vida cotidiana com a internação hospitalar do ente, tendo comprometimento do sono, repouso, nutrição e da continuidade da vida familiar, como também fica claro nessa análise.

Muitas vezes os familiares acabam largando o emprego para poder dar todo suporte ao ente internado, esquecendo muitas vezes de si mesmo e do restante da família, ou também, por não residirem na mesma cidade, acabam afastando-se de suas responsabilidades na dinâmica familiar em que estão inseridos inserido, gerando assim maiores preocupações e desconfortos.

Sell et al (2012, p.490), afirma tais situações em seu estudo:

O momento que os familiares estão passando exige deles adaptações às alterações de sua rotina diária. O discurso transparece a dificuldade, com o atual momento vivido, de honrar seus compromissos satisfatoriamente. O familiar sobrecarregado com as responsabilidades sente-se abalado emocionalmente, levando a um prejuízo das suas atividades profissionais e pessoais. Com a mudança inesperada que advém de uma situação de internação, muitas vezes a família tem que assumir as funções desse familiar, seja de ordem afetiva ou prática.

Em virtude de todas essas situações vividas pelos familiares devido a um ente internado em UTI, a mudança na rotina, o medo de perda do ente, que também gera angústia, sofrimento, a dificuldade para poder cuidar de si, de sua vida familiar e profissional, acaba sendo o foco central dos desconfortos gerados pela internação, o que fica claro diante dos resultados obtidos através da análise da escala.

Por fim, ao analisar a média do nível de conforto dos familiares com ente internado na UTI pelas dimensões da ECONF, notou-se que tanto na média geral quanto na média por UTI separadamente, os familiares demonstraram maior escore de conforto na dimensão segurança e menor escore de conforto na dimensão integração consigo e com o cotidiano.

Esses resultados demonstraram que a maioria dos familiares perceberam a UTI como uma unidade que gera segurança para seu ente, que a equipe intensivista é composta por profissionais competentes, que estão 24h em contato com seu familiar e que sabem o que fazer quando houver necessidade de intervenção ou quando forem solicitados.

Em contrapartida, notou-se através da análise que os familiares encontraram grande dificuldade em manter sua rotina como antes da hospitalização do ente, o

que fica evidente perante o pouco conforto apresentado na dimensão integração consigo e com o cotidiano.

Tal situação faz com os familiares se reorganizem de forma a tentar superar as situações difíceis que irão surgir em todo contexto biopsicossocial frente à hospitalização do ente, o que muitas vezes acaba não ocorrendo e causando muitos desconfortos.

As implicações da hospitalização do ente na UTI causa instabilidade na rotina diária e acaba trazendo dificuldade para o familiar conciliar seus afazeres, descanso, bem como cuidar de si e dos demais membros de sua família. Muitos não conseguem se afastar de seu emprego para permanecer no hospital e ficar mais próximo do ente, o que pode acabar causando angústias, preocupações e sofrimento. Em alguns outros casos, a cisão familiar e da rotina diária, acaba por acontecer pelo fato do familiar ter que ficar todo período de internação no hospital, por não residir na mesma cidade, o que também gera desconforto perante todo contexto vivido (SELL et al, 2012).

Realizar o trabalho técnico com competência, acolher, humanizar e confortar tanto pacientes como familiares, não é uma tarefa fácil para a equipe intensivista, acaba se tornando um desafio diário para os profissionais envolvidos, mas não pode ser visto como impossível. Ao aliarem um atendimento de qualidade e humano aos aspectos técnicos-científicos necessários, presta-se uma assistência humanizada dentro da UTI.

No período da coleta de dados, notou-se no decorrer dos dias, a dificuldade do contato diário com os familiares, principalmente na UTI 1. A rotina dessas pessoas se demonstrou muito corrida, sendo que no momento da abordagem, declaravam não ter mais tempo para ficarem no hospital e realizarem a entrevista, devido aos demais compromissos que tinham fora dali. Tentavam dar conta de suas obrigações externas para no horário da visita conseguirem se deslocar até o hospital e aproveitar o tempo disponível com seu ente, voltando a rotina logo que a visita terminava, o que por esse motivo, acabou gerando um menor número de entrevistas nesse local.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos por esse estudo, notou-se que a média geral do nível de conforto dos familiares com ente em UTI foi de 3,68, o que sendo analisado através do escore estabelecido nesse estudo, os familiares obtiveram médio nível de conforto perante as dimensões da escala.

A média que se apresentou mais baixa, quando analisadas por dimensões, foi a integração consigo e com o cotidiano, demonstrando que a descontinuidade da vida diária, acaba gerando mudanças na vida social, profissional e pessoal desses familiares que possuem um ente internado em uma UTI. Em contrapartida, a dimensão que apresentou maior conforto foi a relacionada a segurança, ficando claro que os familiares confiam na competência técnico-científica da equipe intensivista e sentiram que os mesmos se sensibilizam com a situação que estão vivenciando, pois a mesma acaba trazendo medos, angústias, mudanças e desconfortos pela cisão familiar ocorrida.

Cabe ao enfermeiro intensivista o desafio de implementar ações que ajude os familiares a minimizarem os desconfortos vividos perante a hospitalização do ente. Torna-se necessário conversar com a equipe de enfermagem e realizar uma reflexão sobre o quanto é importante a efetividade das práticas de cuidar dentro da unidade, estendendo essa visão também à família.

Manter uma excelência na qualidade técnica é de extrema importância, pois o paciente crítico que está na unidade necessita de um olhar minucioso e um cuidado ininterrupto de toda equipe intensivista para a manutenção de sua vida, porém somente o fazer técnico não é suficiente, humanizar é preciso.

A promoção do conforto por meio de práticas de acolhimento, escuta, informações adequadas, flexibilização de normas e rotinas e infraestrutura hospitalar, deve ser entendida e vista como um direito do familiar com um ente na UTI. Para isso, o enfermeiro como líder, deve preparar sua equipe de forma integral, visando realizar capacitações técnicas para maior aperfeiçoamento, bem como o preparo emocional e humano desses profissionais.

O enfermeiro não pode esquecer que ele é a referência e o espelho de sua equipe, todas as decisões e atitudes tomadas, com certeza terão uma consequência positiva ou negativa perante os mesmos. Gerenciar, assistir, escutar, também acaba sendo importante para que a equipe se sinta capaz e motivada a querer estar

sempre prestando a melhor assistência possível ao cliente que está sob seus cuidados.

Quando a situação foge do alcance do enfermeiro, de sozinho, encontrar uma resolução para o problema levantado, deve ter ciência de que pode pedir auxílio aos multiprofissionais que compõe a equipe intensivista, buscando assim, de maneira holística, atender as necessidades dos familiares, gerando o conforto de que tanto necessitam.

Diante de toda reflexão obtida através desse trabalho, acredita-se que o mesmo tenha demonstrado o quanto a enfermeiro tem papel fundamental sendo líder de sua equipe. A ele cabe fazer a equipe entender a essência do cuidado e diante disso refletir na assistência que é prestada.

Durante o período da coleta e da transcrição dos dados, existem sentimentos, sensações, anseios e reflexões da pesquisadora, que contribuíram imensamente para seu crescimento profissional e pessoal. Por já trabalhar em uma UTI como técnica de enfermagem e vivenciar muitas situações aqui descritas, percebe-se que cada vez mais a essência humana nunca deve ser perdida, porque ela vem a ser o ingrediente principal para tornar o cuidado humanizado.

Acredita-se que ao se conhecer os resultados da pesquisa, as informações contribuam para uma maior discussão, reconhecimento e intervenções que podem vir a ter impacto na vida desses familiares e da equipe intensivista, de forma a sempre desafiar ainda mais a busca pela excelência na prestação do cuidado humanizado na UTI.

REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis*, Volta Redonda, v. 3, n. 6, p. 59-62, 2011.
- BACKES, M. T. S. et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 689-696, 2012.
- BARRA, D. C. C. et al. Processo de humanização e a tecnologia para o paciente internado em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Min. Enf.*, Belo Horizonte, v. 9, n. 4, p. 341-350, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH)*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf>. Acesso em: 02.mai.2016
- BECCARIA, L. M. et al. Visita em Unidade de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arq Ciênc Saúde*, São José do Rio Preto, v. 15, n. 2, p. 65-69, 2008.
- BOUSSO, R. S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 397-403, 2011.
- CAETANO, J. A. et al. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 325-330, 2007.
- CAMPOS, Sara Filipa Barros. *Necessidades da família em cuidados intensivos – Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2014.
- CARMO, A. F. S. et al. O cuidado e a comunicação: interação entre enfermeiros e familiares de usuários em uma unidade de terapia intensiva adulto. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2730-2743, 2012.
- CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. *Rev. Bras Enferm.*, Brasília, v. 62, n. 3, p. 349-354, 2009.
- COSTA, J. B. et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. *J Bras Psiquiatr*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 182-189, 2010.

- COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. *Interface comunicação saúde educação*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 571-580, 2009.
- DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v. 2, n. 4, p. 01-13, 2008.
- FREITAS, K. S. *Construção e validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde (ECONF)*. 2014. 197 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem)– Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- FREITA, K. S.; MENEZES, I.G.; MUSSI, F. C. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em uma unidade de terapia intensiva. *Texto e contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 896-904, 2012.
- FREITAS, K. S.; MENEZES, I. G.; MUSSI, F. C. Validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 660-668, 2015.
- FREITAS, K. S.; MUSSI, F. C.; MENEZES, I. G. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 704-711, 2012.
- FRIZON, G. et al., Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 72-78, 2011.
- GIBAUT, Mariana de Almeida Moraes. *Nível de conforto de familiares de pessoas internadas em unidade de terapia intensiva*. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- GIBAUT, M. A. M. et al. Conforto de familiares de pessoas em unidade de terapia intensiva frente ao acolhimento. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1117-1124, 2013.
- GOLDIM, José Roberto. *Manual de iniciação à pesquisa em saúde*. 2.ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.
- GUTIERRES, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, pp. 1497-1508, 2010.
- HORA, E. C.; SOUSA, R. M. C. Cross-cultural adaptation of the instrument "Family Needs Questionnaire". *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 541-547, 2009.
- HULLEY, S. B. et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEITE, N. C.; VASCONCELOS, J. M. B.; FONTES, W. D. A comunicação no processo de humanização da assistência em unidade de terapia intensiva: a vivência de familiares e cuidadores. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 4, n. 4, p. 1587-1594, 2010.

MAESTRI, E. et al. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 73-78, 2012.

MARQUES, R. C.; SILVA, M. J. P.; MAIA, F. O. M. Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Revista enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 91-95, 2009.

MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto: revisão de literatura. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 254-266, 1996.

NETO, J. D. A. et al. Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 43-50, 2016

PASSOS, S. S. S. et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 368-374, 2015.

PELAZZA, B. B. et al. Visita de enfermagem e dúvidas manifestadas pela família em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 60-65, 2014.

PONTE, K. M. A. P.; SILVA, L. F. Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado e Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2603-2614, 2015.

PREDEBON, G. R. et al. A visita de familiares em unidades intensivas na ótica da equipe de enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde*, Maringá, v. 10, n. 4, p. 705-712, 2011.

PUGGINA, A. C. et al. Percepção da comunicação, satisfação e necessidade dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-283, 2014.

REIS, C. C. A., SENA, E. L. S., FERNANDES, M. H. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista de pesquisa cuidado e fundamental online*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4212-4222, 2016.

ROSA, B. A. et al. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 627-635, 2009.

ROSSATO, K. et al. A Família no ambiente da unidade de terapia intensiva e suas necessidades: a importância da assistência de enfermagem. In: Jornada

Internacional de Enfermagem Unifra, 2., 2012, Santa Maria. *Anais*. Santa Maria: Unifra, 2012.

SANTANA, J. C. B. et al. O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. *Enfermagem Revista*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 47-57, 2012.

SELL, C. T. et al. Alterações na dinâmica familiar com a hospitalização em unidade de terapia intensiva. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 488-492, 2012.

SERRA, F. B. C. et al. Análise de Satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-37, 2009

SILVA, P. L. M. et al. O processo de humanização nos serviços de enfermagem: uma avaliação holística do cuidar frente à assistência em saúde. *Revista Digital*, Buenos Aires, v. 15, n. 166, 2012.

SIMONI, R. C. M.; SILVA, M. J. P. O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 65-70, 2012.

TOZONI-REIS, Maria Freitas de Campos. *Metodologia da pesquisa*. 2.ed. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2010.

URDEN, Linda. *Cuidados Intensivos de Enfermagem*. 6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

VAN DER LINDEN, J. C. S.; GUIMARÃES, L. B. M.; TABASNIK, R. Conforto e desconforto: são construtos opostos?. In: Congresso Internacional de Pesquisa em Design, 3., Rio de Janeiro, 2005.

VASCONCELOS, E. V. et al. O cotidiano de familiares de pacientes internados na uti: um estudo com as representações sociais. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental online*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4313-4327, 2016

VIERIA, C. A.; MAIA, L. F. S. Assistência de enfermagem humanizada ao paciente em UTI. *Revista científica de enfermagem*, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 17-22, 2013.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidar Expressão humanizadora da enfermagem*. 3.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Mensurando o conforto de familiares como resultado dos cuidados da equipe de enfermagem intensivista

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor onde encontram-se pacientes graves que requerem cuidados específicos e monitoramento constante, e que necessitam da tecnologia para que tais ações sejam prestadas com qualidade. Por ser um ambiente destinado a assistência de pacientes com risco iminente de morte, que necessitam de cuidados contínuos da equipe médica e da equipe de enfermagem, torna-se um ambiente estressante tanto para a equipe quanto para os familiares.

Tendo em vista que para cada pessoa a experiência da internação de seu familiar em uma UTI é diferente, e que pode gerar diversos sentimentos, o objetivo deste estudo é mensurar o conforto dos familiares com um ente em uma UTI, através da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde (ECONF). A coleta de dados se dará a partir da aplicação desta escala por meio de entrevista com os familiares em local reservado em sala de espera da UTI. A participação neste estudo não expõe em nenhum momento os indivíduos a riscos ou desconfortos.

Pretende-se com os resultados deste estudo refletir sobre os fatores que geram conforto e desconforto perante todo contexto da hospitalização e da assistência prestada, levando a intervenções sobre estes fatores que resultem na melhoria do cuidado. Espera-se também que seja estimulada a reflexão sobre a importância dos familiares perante a recuperação do estado de saúde de seu ente.

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.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca 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 a Prof^a. Enf^a Ms. Mari Ângela Gaedke (Fone: (51) 9983-5673).

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

ANEXO A - Ficha de dados sociodemográficos e clínicos

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Data _____ Hora _____ Nº. _____

1. UTI Hospital 1 () 2. UTI Hospital 2 ()	
I. DADOS DA PESSOA INTERNADO	
Tempo de internação do parente na UTI em dias:	
Nível de gravidade: 1. Estável () 2. Grave estável () 3. Grave instável () 4. Gravíssimo () 5. Alta ()	
Natureza do diagnóstico: 1. Clínico () 2. Cirúrgico () 3. Clínico que evoluiu para cirúrgico ()	
Diagnóstico médico (motivo da internação na UTI):	
Idade do parente:	
II. DADOS DO FAMILIAR	
Sexo	Qual a sua idade?
1. masculino () 2. feminino ()	_____ anos
Qual a sua escolaridade?	
1. Analfabeto () 2. I grau incompleto () (1,2,3,4,5,6,7,8) 3. I grau completo () 4. II grau incompleto () (1,2,3)	5. II grau completo () 6. III grau incompleto () 7. III grau completo () 8. Pós-graduação ()
Qual o seu estado civil?	
1. solteiro(a) () 2. casado(a) () 3. união consensual () 4. separado(a) () 5. divorciado(a) () 6. viúvo(a) ()	
Qual a cidade que você reside?	
1. Salvador () 2. Feira de Santana () 3. Outra _____	
Qual a sua religião?	
1. evangélico(a) () 2. católico(a) () 3. espírita () 4. nenhuma () 5. Outro _____	
Com relação a sua situação de trabalho você é ?	
1. empregado(a) () 2. desempregado(a) () 3. aposentado(a) sem atividade () 4. aposentado(a) com atividade ()	5. dona(o) de casa () 6. autônomo(a) () 7. outros ()
Qual a renda mensal da sua família em reais? R\$= _____	
Qual a sua relação familiar com o seu parente internado?	
1. Cônjuge () 2. Pai () 3. Mãe () 4. Filho(a) () 5. Irmão(a) () 6. Outros _____	
Quem é o responsável por sua família?	
1. Cônjuge () 2. Pai ou Mãe () 3. Filho (a) () 4. Irmão(a) () 5. () parente internado 6. O entrevistado () 7. Outros () _____	
Quantas pessoas residem com você na sua casa?	
1. 01 () 2. 02 () 3. 03 () 4. 04 () 5. 05 () 6. Outros quantos? _____ ()	
Com quem você mora?	
1. Cônjuge () 2. Pai ou Mãe () 3. Filho (a) () 4. Irmão(a) () 5. () parente internado 6. Outros _____	
O Sr. ou a Sra. Já teve alguma outra experiência de internação de outros parentes UTIs?	
1. Sim () 2. Não () Quantas vezes? _____	

Local de coleta

Local de residência:

Telefone:

ANEXO B - Escala de Conforto de Familiares com Pessoas em Estado Crítico de Saúde

FAMILIAR: _____ Nº. _____

Data: ___/___/_____ Hora: _____

Tempo de aplicação (min): _____

ESCALA DE CONFORTO PARA FAMILIARES DE PESSOAS EM ESTADO CRÍTICO DE SAÚDE (ECONF)

Abaixo se encontram afirmativas sobre conforto de familiares de uma pessoa internada na UTI. As situações apresentadas podem se referir ao cuidado com você e com o seu parente. Por favor, após ler e ouvir cada afirmativa indique a opção que corresponde o quanto você está confortável nesta internação, considerando a seguinte escala:

- 0 – Não se aplica; 1 – Nada confortável; 2 – Pouco confortável; 3 – Mais ou menos confortável;
4 – Muito confortável; 5 – Totalmente confortável**

	Itens	Opinião
01	Perceber que há chance de recuperação do seu parente	
02	Receber informações sobre seu parente em qualquer horário	
03	Perceber que seu parente gosta do tratamento que recebe	
04	Perceber que o seu parente recebe atendimento rápido quando necessário	
05	Manter sua rotina de sono como antes da internação do seu parente	
06	Receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI	
07	Saber que a UTI oferece segurança à recuperação do seu parente	
08	Ver o seu parente em condições de se comunicar com você	
09	Saber qual tratamento está sendo dado ao seu parente	
10	Perceber que o seu parente tem recebido os cuidados de higiene	
11	Perceber que a equipe da UTI oferece informações com boa vontade	
12	Manter-se controlado(a) emocionalmente	
13	Poder receber informações sobre seu parente quando você telefonar	
14	Ser acompanhado (a) por amigo ou familiar durante a visita	
15	Ter profissionais disponíveis para ajudar o seu parente	
16	Receber todos os dias informações do médico	
17	Ser avisado(a) sobre mudanças na condição clínica do seu parente em casa	
18	Perceber que a equipe presta atenção às condições do seu parente	

19	Perceber que os profissionais não insistem para que você saia logo ao término da visita	
20	Perceber competência profissional naqueles que trabalham na UTI	
21	Ter uma sala de espera perto da UTI	
22	Ver o seu parente fora do horário de visita quando necessário	
23	Sentir que a equipe se interessa pela recuperação do seu parente	
24	Ser capaz de relaxar e/ou se distrair durante o período da internação	
25	Manter a rotina com seus familiares	
26	Receber informação detalhada sobre a situação de seu parente	
27	Ser capaz de ajudar o seu parente a enfrentar essa situação	
28	Ser atendido(a) com gentileza na recepção da UTI	
29	Ter um local para refeições no hospital ou próximo	
30	Perceber que seu parente está reagindo bem ao tratamento	
31	Ter um meio de distração na sala de espera (revista, TV, rádio)	
32	Continuar as minhas atividades habituais (estudo, trabalho, lazer, etc.)	
33	Ter um telefone público perto da sala de espera	
34	Receber explicações sobre o que vai acontecer com o seu parente (transferências, alta, exames, novos tratamentos)	
35	Saber quem são os profissionais que podem lhe ajudar quando necessário	
36	Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI	
37	Saber que a melhor assistência possível está sendo dada ao seu parente	
38	Perceber que a equipe tem paciência para ouvir os familiares	
39	Saber que o seu parente percebe que vocês estão por perto	
40	Perceber que os profissionais da UTI compreendem a situação que você está passando	
41	Perceber que você é atendido(a) com tranquilidade pela equipe	
42	Receber informações dos profissionais de forma que você possa entender	
43	Ser permitido maior número de visitantes quando necessário	
44	Perceber tranquilidade no atendimento ao seu parente	
45	Ter água para beber na sala de espera	
46	Ser informado sobre o motivo de atraso da visita quando ocorrer	
47	Ter um banheiro perto da sala de espera	
48	Ver o seu parente fora de risco de vida	
49	Manter seus hábitos alimentares como antes da internação do seu parente	

50	Receber apoio espiritual/religioso de alguém	
51	Ter uma conversa com alguém da equipe	
52	Ser permitido ficar na sala de espera da UTI fora do horário de visita	
53	Receber informações sobre a rotina da UTI	
54	Ter disposição física para lidar com esta situação	
55	Ser tratado(a) gentilmente pelos profissionais da UTI	

ANEXO C – Carta de Aceite Hospital 1



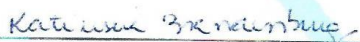
Santa Cruz do Sul, 15 de julho de 2016

Prezados Senhores

Declaramos para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado **“MENSURANDO O CONFORTO DE FAMILIARES COMO RESULTADO DOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA”**, desenvolvido pela aluna do curso de Enfermagem – UNISC, **Sabrina de Bona**, sob supervisão da **Profª. Mari Ângela Gaedke**, 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 consubstanciado 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.ª Giana Diesel Sebastiany
 Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão / HSC

ASSOCIAÇÃO PRÓ-ENSINO EM SANTA CRUZ DO SUL - APFSC

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

ANEXO D – Carta de Aceite Hospital 2



Santa Cruz do Sul, 29 de junho de 2016.

Ao comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados senhores,

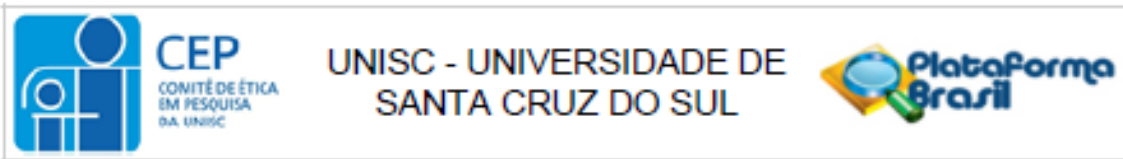
Declaramos para os devidos fins conhecer o protocolo de pesquisa intitulado: **“MENSURANDO O CONFORTO DE FAMILIARES COMO RESULTADO DOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA”**, desenvolvido pela acadêmica Sabrine de Bona, do Curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, sob a orientação da Prof^a. Enf^a. Ms. Mari Ângela Gaedke, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa e autorizamos o desenvolvimento no Hospital Ana Nery.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso de resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente,

Dr. Luiz Alberto Hauth
Diretor Médico
Hospital Ana Nery Santa Cruz do Sul

ANEXO E – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mensurando o conforto de familiares como resultado dos cuidados da equipe de enfermagem intensivista

Pesquisador: Mari Angela Gaedke

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59039316.1.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.710.415

Apresentação do Projeto:

CURSO DE ENFERMAGEM

Aluna: Sabrine de Bona

MENSURANDO O CONFORTO DE FAMILIARES COMO RESULTADO DOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para aprovação na disciplina Trabalho de Curso I.

Orientadora: Profa. Enfa. Ms. Mari Ângela Gaedke

Objetivo da Pesquisa:

OK.

2 OBJETIVOS

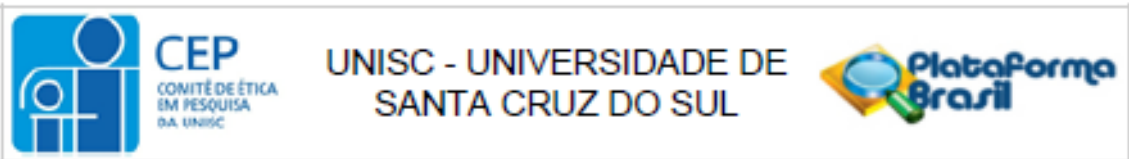
2.1 Objetivo Geral

Mensurar o conforto de familiares de pacientes em estado crítico de saúde internados em Unidades de Terapia Intensiva(UTI) de dois hospitais no Vale do Rio Pardo.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar condições de conforto alteradas de familiares de pacientes em estado crítico de saúde internados em uma UTI, conforme as dimensões de segurança, suporte, interação entre família e

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 1.710.415

ente e integração consigo e com o cotidiano;

- Identificar as necessidades de intervenções da equipe multidisciplinar da UTI para melhoria nas condições de conforto dos familiares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

OK.

Riscos:

Este estudo não expõe em nenhum momento os sujeitos do estudo a nenhum tipo de risco ou exposição.

Benefícios:

É relevante entender que a família é uma extensão do paciente que está internado e que também necessita de assistência durante o período de hospitalização de seu ente. Todas essas questões, necessitam serem visualizadas de maneira holística pela equipe de enfermagem intensivista, primando por uma assistência mais humanizada e conseqüentemente acarretando benefícios tanto para o paciente quanto para a família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem estruturado. Está de acordo com o exigido para TCI.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Cronograma: Prevê a fase de coleta de dados como sendo agosto e setembro de 2016.

Obs.: Consta: * Este período poderá sofrer alteração pois os dados somente serão coletados após a aprovação do projeto junto ao CEP.

- Folha de Rosto: OK. Assinada pela Chefe de Departamento de enfermagem e Odonto.

- Orçamento: OK.

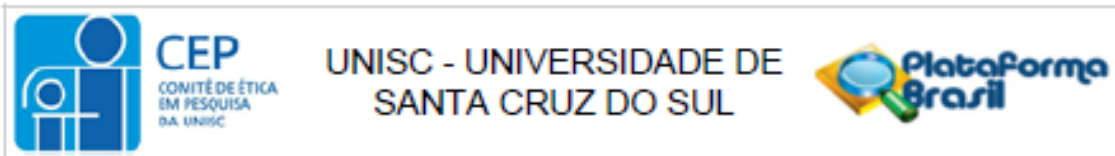
- Cartas de Aceite: OK.

- TCLE: OK.

Recomendações:

O Cronograma deve ser modificado, devendo a coleta de dados começar a acontecer apenas após a aprovação do projeto por este Comitê, conforme indicado pela própria pesquisadora ao final do Cronograma anexado.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 1.710.415

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_783268.pdf	08/08/2016 18:59:29		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_783268.pdf	08/08/2016 18:54:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	08/08/2016 18:54:04	Mari Angela Gaedke	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/08/2016 18:53:01	Mari Angela Gaedke	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	08/08/2016 18:51:58	Mari Angela Gaedke	Aceito
Folha de Rosto	FolharostoDigitalizada.pdf	25/07/2016 11:54:54	Mari Angela Gaedke	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	21/07/2016 20:13:15	Mari Angela Gaedke	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HSC.pdf	21/07/2016 20:11:33	Mari Angela Gaedke	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HAN.pdf	21/07/2016 20:11:18	Mari Angela Gaedke	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7690 E-mail: cep@unisc.br