

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO REFERIDAS POR FAMILIARES
DE PACIENTES CRÍTICOS: UM DESAFIO PARA ENFERMAGEM**

Rio de Janeiro

2009

Bárbara Rodrigues Carvalho Cordeiro

Bruna Kelly de Jesus Lemos

Helen Balthazar de Lima



Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como um dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Sandra Regina Maciqueira Pereira
Co-Orientadora: Prof^ª Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes

Rio de Janeiro

2009

RESUMO

Este estudo tem como objeto as necessidades de familiares de pacientes internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo em relação aos cuidados de enfermagem. Como Questões Norteadoras: Quais as necessidades de cuidado de enfermagem dos familiares de pacientes da UTI? Os familiares se sentem atendidos pela equipe de enfermagem nestas necessidades? Foram delineados como objetivos: Identificar as necessidades de cuidado que os familiares referem, por ocasião da internação de um parente na UTI; Analisar, sob a ótica dos familiares, a atuação da equipe de enfermagem no atendimento destas necessidades. Pesquisa de Natureza Qualitativa cujo cenário foi a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Geral Federal localizado no município do Rio de Janeiro. Os Sujeitos da pesquisa são Familiares de pacientes internados naquela Unidade, que necessitavam ter o familiar internado na unidade por no mínimo três dias e desejar participar voluntariamente da pesquisa para serem incluídos. Os dados foram colhidos através de entrevista semi-estruturada no período de janeiro a março de 2009 no horário de visita estabelecido pela instituição. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa da instituição onde se desenvolveu o estudo (Parecer nº 44/2008). Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo Temática, segundo Bardin (1977). Foram entrevistados 14 sujeitos sendo em sua maioria do sexo feminino, com predomínio de faixa etária entre 48 a 57 anos e o grau de parentesco de maior destaque foi filho(a). Foram construídas quatro categorias de análise: “A equipe de enfermagem e sua relação com os familiares: atenção às necessidades e desejos”, com as subcategorias “A equipe de enfermagem no atendimento às necessidades e desejos dos familiares” e “O enfermeiro e o atendimento às necessidades e aos desejos dos familiares”; “Orientação e explicação como necessidade e desejo dos familiares”, com as subcategorias, “A omissão de informações pela equipe de enfermagem”, “A equipe de enfermagem proporcionando esclarecimentos e gerando conforto emocional” e “Informação restrita ao momento da visita”; “Aspectos positivos e negativos da recepção/acolhimento”; “Necessidades e desejos dos familiares no cuidado ao ente querido”. Conclui-se que as necessidades destacadas pelos familiares são: O acolhimento (apoio, conforto emocional e atenção); informação e esclarecimentos; Assistência de qualidade ao ente querido; Flexibilização do momento da visita. A equipe de enfermagem atende em parte estas necessidades, revelando a inexistência de padronização no atendimento destas famílias.

Palavras-chave: Enfermagem, necessidades, unidades de terapia intensiva e família

TABELA

Tabela 1 – Dados de Caracterização dos sujeitos. RJ, 2009..... 23

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Conceitos de Cuidado	13
2.2 Acolhendo para Cuidar	15
2.3 A informação como canal de empatia e confiança	15
2.4 Conforto emocional integrante do cuidado	17
2.5 Enfermagem cuidando da Família	18
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	20
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	26
4.1 Caracterização dos sujeitos	26
4.2 Apresentação e discussão das categorias de análise.....	27
4.2.1 A Equipe de Enfermagem e sua Relação com os Familiares: Atenção às Necessidades e Desejos.....	28
4.2.2 Orientação e Explicação como Necessidade e Desejo dos Familiares.....	32
4.2.3 A Equipe de Enfermagem no Acolhimento e na Recepção da Família na Unidade de Terapia Intensiva	39
4.2.4 Necessidades e Desejos dos Familiares no Cuidado ao Ente Querido	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES.....	60
Apêndice A Instrumento de Pesquisa.....	60
Apêndice B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61
Apêndice C Cronograma de Atividades	63
Apêndice D Termo de solicitação de autorização para entrada no campo de pesquisa	64
Apêndice E Termo de Solicitação de Autorização para Entrada no Campo de Pesquisa	65
Apêndice F Tabela 2 – Demonstrativo da categoria: A equipe de enfermagem e sua relação com os familiares: atenção às necessidades e desejos. RJ, 2009	66
Apêndice G Tabela 3 – Demonstrativo da Categoria: Orientação e explicação como necessidade e desejo dos familiares. RJ, 2009	68
Apêndice H Tabela 4 – Demonstrativo da Categoria: A Equipe de Enfermagem no Acolhimento e na Recepção da Família na Unidade de Terapia Intensiva. RJ, 2009	69

Apêndice I Tabela 5 – Demonstrativo da Categoria: Necessidades e desejos dos familiares no cuidado ao ente querido. RJ, 2009	70
ANEXO	64
ANEXO 1 Parecer do CEP-HGB	71

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem como objeto as necessidades de familiares de pacientes internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo em relação aos cuidados de enfermagem.

Nos últimos anos a enfermagem brasileira vem assistindo a uma mudança, em que há uma crescente preocupação com a necessidade de instituir e subsidiar mudanças em sua prática assistencial. Neste contexto, encontra-se a família como unidade de cuidado da saúde de seus membros e enquanto objeto de cuidado dos profissionais da enfermagem.

É importante abordar a necessidade de humanização do cuidado de enfermagem a pacientes gravemente enfermos e a atenção ao seu familiar. Este processo de interação visa, sobretudo, tornar efetiva a qualidade da assistência ao indivíduo doente. No entanto, tem sido uma tarefa difícil devido à própria e complexa dinâmica da UTI que envolve a equipe de enfermagem.

Neste contexto, segundo Bueno (1986, p. 767) necessidade define-se por: *Aquilo que é absolutamente necessário, indispensável, imprescindível.*

A essência da enfermagem é o cuidar. De acordo com Waldow (1998, p. 23) cuidar se caracteriza por:

[...] um ato consciente de amor, ajuda; é educar para a liberdade, auxiliar nas horas em que o sujeito necessita para voltar a caminhar sozinho, é respeitado pela individualidade como ser único e ser do mundo, que tem uma história e que faz a sua história colocando seus conhecimentos, sua arte a serviço de quem dele necessita (WALDOW, 1998, p.23).

Segundo Boff (1999), o ser humano é cuidado; e sem cuidado, deixaríamos de ser humanos, o que faz com que se espere que todo o ser humano se cuide e cuide de tudo e de todos. Portanto, cuidar é um valor fundamental e um ideal comum a todos os seres humanos. Corroborando a afirmativa, Pires (2007) salienta que quando o verbo cuidar é aplicado à enfermagem, é usado no sentido de zelar pelo bem estar ou pela saúde de alguém. O cuidar indica um processo de trabalho que ocorre por meio da realização de um modo de fazer fundamentado em um modo de pensar – o processo de enfermagem.

Transferindo este conceito para o cuidado de enfermagem na terapia intensiva espera-se que ele ultrapasse o tratamento físico, através de ações humanizadas, favorecendo a recuperação do paciente com qualidade.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresenta características totalmente diferentes de outras unidades. É um ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto do doente e familiar como dos profissionais que ali desempenham suas atividades. A internação na UTI rompe bruscamente com o modo de viver do paciente e de seus familiares (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Corroborando Lemos e Rossi (2002), caracterizam Unidade de Terapia Intensiva (UTI), como um local que oferece serviço médico e paramédico especializado, possuindo como ferramenta aliada do trabalho à tecnologia, com observação constante e equipamentos tecnológicos avançados e de alta precisão, mas talvez seja o local que mais gera estresse nos clientes e seus familiares.

O cuidado de enfermagem nestes centros de alta complexidade deve ser caracterizado pela sua humanização, devendo o profissional ter clareza que o ponto final do seu trabalho é o cuidado de enfermagem, não a manutenção da vida “a qualquer preço” (CINTRA; NISHIDE; NUNES; 2001, p. 3).

Desta forma, é importante ressaltar que para o enfermeiro estabelecer um melhor cuidado ao paciente crítico é fundamental que ele mantenha um bom contato e uma boa comunicação com a família (RODRIGUES; ZAGO, 2003). Assim sendo, o profissional de saúde não pode, de maneira alguma, negar o núcleo no qual o paciente vive, e o familiar é muito importante para que se possa entendê-lo e, por essa razão, ajudar na tarefa de reequilibrar e reharmonizar o doente (SILVA, 2000a).

As famílias dos pacientes necessitam também de cuidados e não devem ser vistas como um auxílio “técnico” ao trabalho de Enfermagem, mas como indivíduos a serem cuidados também pela Enfermagem (NASCIMENTO; MARTINS, 2000).

No presente trabalho, utilizaremos a definição de família de Wright, Watson e Bell (1990), que a caracteriza como:

um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo, isto é que se identificam como fazendo parte daquele grupo. Esta definição é flexível o suficiente para incluir as diferentes configurações e composições de famílias que estão presentes na sociedade atual (WRIGHT, WATSON, BELL, 1990,p.143).

Corrêa, Sales, Soares (2002), em seu estudo sobre as concepções dos enfermeiros sobre a família do paciente internado em terapia intensiva, identificaram as dificuldades dos enfermeiros em lidar com a família. Uma das dificuldades apontadas está vinculada à organização do trabalho e às especificidades da unidade de terapia intensiva, onde alguns enfermeiros mencionam que o tempo é escasso e o trabalho pesado, interferindo no relacionamento com os familiares.

Existem ainda dificuldades relacionadas com limitações pessoais, ou seja, alguns sentem-se distantes dos familiares, outros mencionaram que absorvem as angustias e sofrimentos dos mesmos, e por isso preferem manter distância, a fim de se defenderem. Uma parcela dos enfermeiros entrevistados relata que talvez houvesse uma maior facilidade em lidar com a família se esta pudesse expressar um modo de “comportamento padrão”, sem precisar entrar em contato com as diferenças e peculiaridades de cada núcleo familiar, mantendo assim um cuidado inautêntico e impessoal (CORRÊA; SALES; SOARES, 2002).

A proposta desta investigação iniciou a partir de um estágio curricular realizado no sexto período do curso de graduação em enfermagem, cujo cenário era o Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral de um Hospital Federal situado no município do Rio de Janeiro. Neste campo, mesmo com o conhecimento prévio adquirido nos conteúdos teóricos, havia tanto uma empolgação por identificarmos uma postura ativa do enfermeiro, quanto uma ansiedade diante da imensa responsabilidade que isto requeria. Além do medo do novo, do desconhecido, pois

nos deparamos com nossas limitações em lidar com o sofrimento de seres fragilizados deitados em leitos e silenciados por suas patologias.

Desta forma, nossas vivências foram se delineando através da vida profissional como acadêmicas de enfermagem e com experiências da vida pessoal e familiar. Coincidência ou não, os dois momentos aconteceram concomitantemente, ampliando nossa percepção sobre a temática e sua plenitude, estimulando-nos a buscar o aperfeiçoamento teórico e prático e primordialmente, levando-nos a compreender que a rotina e o cuidado de enfermagem na terapia intensiva transpõem a fronteira do aparato tecnológico e dos conhecimentos técnico-científicos. As vivências referenciadas nos levaram a compreender que a manutenção da vida proporcionada por tubos e aparelhos torna-se inútil quando não prima por qualidade. E mais, que cuidar sem contato humano reduz o paciente a um objeto dependente de uma máquina.

Meier (2004) utilizando o método de grupo focal com enfermeiros, construiu o conceito tecnologia de enfermagem:

A tecnologia de enfermagem compreende o conhecimento humano (científico e empírico) sistematizado, requer a presença humana, visa a qualidade de vida e se concretiza no ato de cuidar, considerando a questão ética e o processo reflexivo. Os materiais e equipamentos requerem conhecimentos agregados para sua aplicação, sendo assim considerados, tecnologia para a enfermagem (MEIER, 2004, p. 167).

Grande parte da estrutura básica que construímos para lidar com a vida provem de relacionamentos familiares. Assim sendo, quando um membro querido e amado de nossa família torna-se um paciente crítico temos a oportunidade de experienciar o outro lado, desta vez, angustiante pela impotência gerada. Daí é possível compreender e vivenciar que o cuidado de enfermagem prestado aos familiares é uma eficaz ferramenta terapêutica para os pacientes. E para que a família cumpra seu papel de dar suporte à situação vivenciada pelo paciente, ela também precisa de suporte para as suas necessidades físicas e emocionais. Lembrando que neste momento a família está ansiosa, se sentindo isolada, com medo da morte e “sem controle” da situação.

A partir da temática apresentada, interessa-nos interrogar: Quais as necessidades de cuidado de enfermagem dos familiares de pacientes da UTI? Os familiares se sentem atendidos pela equipe de enfermagem nestas necessidades?

Então delineamos os seguintes objetivos: Identificar as necessidades de cuidado que os familiares referem, por ocasião da internação de um parente na UTI; Analisar, sob a ótica dos familiares, a atuação da equipe de enfermagem no atendimento destas necessidades.

Creemos que este estudo se faz extremamente relevante, principalmente quando a família é considerada como uma parte importante da dimensão existencial do paciente. Nesta perspectiva, os enfermeiros devem estar preocupados em garantir suporte físico e emocional a estas famílias, a fim de que estes familiares possam estar preparados e seguros para oferecer apoio ao paciente, bem como auxiliar no cuidado do mesmo. Assim, pretende-se com este estudo ampliar a discussão acerca da tríade enfermeiro-paciente-família e sensibilizar os profissionais de enfermagem quanto à importância do familiar para o cuidado do paciente.

Assim, a pesquisa será de grande contribuição para a assistência de enfermagem na Unidade de Tratamento Intensivo, uma vez que busca esclarecer as reais necessidades de cuidados dos familiares a partir do que eles verbalizam para que o familiar seja compreendido como uma pessoa que também necessita da atenção da enfermagem e assim ele possa integrar a rede de apoio do paciente com segurança e tranquilidade.

No campo do ensino, o estudo também traz significativa contribuição, uma vez que sugere à formação do enfermeiro maior enfoque na família e suas necessidades, tendo em vista as vantagens que o binômio enfermeiro-família proporciona para a recuperação do paciente. Já no campo da pesquisa, a contribuição se dá através do incentivo à realização de novas pesquisas voltadas para a família e suas necessidades, não só na Terapia Intensiva, mas também em outras áreas onde o familiar seja considerado importante ferramenta terapêutica.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceitos de cuidado

O cuidado de enfermagem é um tema bastante amplo que apresenta diversos enfoques, nos dias atuais, é objeto de inúmeros estudos científicos. No presente trabalho este cuidado é destinado à família e será discutido a partir de três aspectos, que se caracterizam por: acolhimento, informação e conforto emocional.

Entendendo o cuidado como um fenômeno resultante do processo de cuidar, Waldow (1998) o define como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos no sentido de promover, manter ou recuperar a dignidade e totalidade humana. Essas ações, segundo a autora, devem ter como base o conhecimento científico, a experiência, a intuição e o pensamento crítico, realizadas para e com o cliente.

O cuidado exige da equipe de enfermeiros conhecimentos das inúmeras tecnologias que surgem e das já existentes na área da saúde, bem como a atualização em relação à humanização do cuidar e às questões éticas que permeiam a prática profissional. Por outro lado, os profissionais de enfermagem necessitam aperfeiçoar seu trabalho, a partir da consideração da tecnologia, da humanização e da ética, com enfoque para a Sistematização do Cuidar (PIRES, 2007).

Desta forma, cuidadores devem promover o bem-estar, e a enfermagem, sendo uma profissão que enfatiza o cuidado personalizado e holístico, deve se preocupar em atender, não apenas as necessidades dos pacientes, mas também de seus familiares. O enfermeiro deve perceber a importância do relacionamento, da presença, da comunicação, da disponibilidade, de forma efetiva e com qualidade. Quando os profissionais de enfermagem delegarem atividades administrativas, como normas e rotinas e se envolverem de forma comprometida com os cuidados humanos, aliados à habilidade técnico-científica, obterão resultados mais

positivos frente ao processo de humanização da assistência (PAULA; FUREGATO; SCATENA, 2000).

Para Silva (2000b), é altamente relevante o amadurecimento na construção deste conhecimento, pois a reflexão em torno da natureza do cuidado é essencial para a enfermagem como disciplina e profissão.

Desta forma, cuidar, inclusive do familiar, implica em perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, em seus conceitos e limitações. Não é suficiente deixar a família entrar na UTI, é necessário cuidá-la para potencializar nosso trabalho na Enfermagem; é preciso questioná-la sobre as dúvidas, observar-lhe as reações e comportamentos, entender-lhe as emoções.

Matsuda, Silva e Tisolin (2003) mostram em sua pesquisa que o interrelacionamento e a comunicação entre enfermeiro–cliente–familiar favorecem a qualidade de vida de todos, principalmente porque a Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente tenso e angustiante, que gera estresse e desgaste físico. Acrescenta que o inter-relacionamento entre enfermeiro–cliente–familiar é tão ou mais importante que a assistência técnica-científica e que os pacientes só conseguem suportar longos períodos de internação pela atenção dada a eles.

Neste contexto, compreende-se que a internação de um ente querido na UTI implica em um afastamento dos familiares da convivência com o paciente que se encontra em estado de desequilíbrio, bem como em profunda ansiedade em relação à doença e ao seu prognóstico. Aliado a isso, encontram-se as questões que permeiam o ambiente da UTI como um ambiente extremamente hostil para o paciente e para os familiares em maior intensidade, tendo em vista que estes estão aptos a perceber com mais detalhes o que acontece.

Todos estes fatores geram necessidades de cuidado nestes familiares, sobre os quais a enfermagem pode e deve atuar. Estudos trazem como principais necessidades dos familiares de pacientes críticos a necessidade de acolhimento, de atenção e de afeto, assim como saber

quem pode lhe dar informação sobre o paciente e orientações gerais sobre a UTI (MORGON; GUIRARDELLO, 2004. SILVA; GOTARDO, 2005).

A partir destes dados, damos enfoque para os seguintes temas:

2.2 Acolhendo para cuidar

Teixeira (2003) é um dos autores que trabalha com a abordagem do acolhimento enquanto um modo de se relacionar com os usuários e o define como uma “rede de conversações”. O autor propõe a adoção do termo acolhimento-diálogo para definir um tipo especial de conversa que se dá (ou deveria se dar) no interior dos serviços de saúde e que ele considera como *uma espécie de mola mestra da lógica tecnoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde* (p. 99).

Silva Jr. e Mascarenhas (2004) denominam de acolhimento a postura que pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários, estruturada enquanto “relação de ajuda” (CAMELO et al, 2000).

2.3 A informação como canal de empatia e confiança

A família também sofre com a internação de um parente na Unidade de Terapia Intensiva. Ela tem necessidade de informações relacionadas à internação, ao ambiente, ao risco de vida do seu ente, enfim, necessidades que geram estresse e que devem ser consideradas pelos profissionais durante toda a internação (TAKAHASHI, 1986).

Sabe-se que a falta de informação e a incerteza constituem importantes fontes de ansiedade em pacientes e em seus familiares. A incerteza normalmente causa apreensão e ansiedade, e os familiares esperam aflitos o momento da visita para retirarem as suas dúvidas e, de preferência, receberem boas notícias. Nesse caso, entende-se por "boas notícias"

informações relacionadas à melhora do estado clínico do paciente, ao aumento da probabilidade de cura e à diminuição do risco de morte (FITZSIMONS, PARAHOO e STRINGER, 2000).

A expectativa dos familiares de receber "boas notícias" é sempre muito grande, no entanto, o profissional deve ter o compromisso ético de fornecer informações verdadeiras, sejam elas boas ou más. Para isso, o profissional deve ter a habilidade e a sensibilidade de perceber a capacidade do paciente e de seus familiares de compreender as informações de enfrentar a situação vivenciada, uma vez que comunicar uma verdade de forma inadequada, por um profissional despreparado, pode ser tão prejudicial como ocultá-la (BASCUÑÁN, 2005).

No entanto, muitas vezes, a informação é fornecida a partir da compreensão que o profissional tem do processo da doença (*disease*), mas não é compreendida por clientes e familiares, contribuindo para a manutenção do medo do desconhecido, que envolve o dia a dia dos clientes e familiares na UTI (LEMOS e ROSSI, 2002).

Sobre este fato, o estudo de Maruti e Galdeano (2007) com abordagem nas necessidades dos familiares de pacientes internados na unidade de cuidados intensivos, evidenciou que as necessidades mais referidas pelos familiares em relação ao paciente, foram: conversar com o médico todos os dias; ver o paciente frequentemente; ter o dia e o horário de visita flexíveis podendo ser modificados em situações especiais; ter uma pessoa específica no hospital para entrar em contato e dar notícias do paciente, quando não puder estar presente na visita; conversar com a enfermeira responsável todos os dias; conhecer os cuidados da equipe hospitalar com relação ao paciente. Esses resultados demonstram a importância que os familiares dão às informações e ao contato direto com os profissionais que cuidam do seu ente querido.

Enfim, o enfermeiro deve estar preparado para estabelecer um relacionamento de empatia e confiança com a família, para comunicar-se de forma adequada, a fim de incentivar

e motivar os familiares a retirarem as suas dúvidas, de forma a satisfazer a necessidade de informação e, desse modo, diminuir a angústia e o sofrimento de todos os envolvidos.

2.4 Conforto emocional integrante do cuidado

A análise da literatura de Enfermagem evidencia que desde os primórdios da profissão até o presente, o conforto é uma meta do cuidado e um conceito presente em toda a sua história (MCILVEEN E MORSE, 1995).

Nesta categoria conforto, apesar de ser subjetivo, multifatorial e pessoal, na maioria das vezes se refere não só aos procedimentos, às tecnologias e aos medicamentos adotados na recuperação, mas também aos aspectos interacionais e humanos do cuidado. A dimensão interacional traduzida na forma de atenção, cortesia, delicadeza, prontidão, solicitações e comunicação efetiva.

Segundo Silva (2003) todo exercício profissional exige competência técnica. Mas somente esta competência não é suficiente para garantir um cuidado de qualidade. Embora esse tipo de competência proporcione a correta execução de procedimentos técnicos, de acordo com os princípios que os regem, a principal característica do cuidado é a maneira como ele é realizado. Essa maneira é evidenciada pela competência emocional, ou seja, pelo saber lidar com suas emoções em contato consigo e com o outro. São habilidades aprendidas informal ou formalmente

A autora acrescenta que o resgate da essência do cuidado mediante interação reafirma a importância do trabalho da equipe. Por exemplo: dar um banho é diferente de banhar o corpo de uma pessoa; dar medicação para dor de cabeça é diferente de cuidar da cabeça doída de uma pessoa.

É importante ressaltar que existem inúmeras maneiras de interagir com o ser humano; assim, um olhar, um sorriso, um gesto, um deslocamento físico de aproximação ou

afastamento, constituem formas de interação entre pessoas (OLIVEIRA, SANTOS E SILVA, 2003).

No presente contexto, estudo realizado sobre as necessidades dos familiares de pacientes críticos, mostra que uma das exigências a ser considerada é proporcionar o alívio da família, que se encontra com o psicológico abalado, além de satisfazer todo o desejo de informações e permitir a certeza da presença de um profissional junto do paciente, o que lhes proporciona confiança e tranquilidade (MARUITI e GALDEANO, 2007).

2.5 Enfermagem cuidando da família

Levando em consideração que cada indivíduo é influenciado pelo contexto social e histórico em que está inserido, e mais, que o processo saúde-doença também se entrelaça e se correlaciona com esses contextos, a família passou a se constituir em objeto de investigação ao mesmo tempo que passou a ser delineada como objeto de trabalho, e portanto, como objeto da assistência de enfermagem. Ou seja, passou a existir a convicção de que é praticamente impossível assistir o indivíduo (doente ou sadio) de forma completa quando não se considera pelo menos o seu contexto mais próximo, que é a família à qual ele pertence, pois vários estudos têm demonstrado que a família pode ser entendida tanto como fonte de saúde como de doença para seus membros (BUB *et al*, 1994).

A importância de se inserir a família como objeto de trabalho da enfermagem deve-se ao fato de que esta fornece proteção psicossocial aos seus membros, intermediando a relação dos indivíduos que a compõem com a sociedade, além de se constituir em um importante veículo de transmissão de cultura, onde se incluem os cuidados com a saúde (DELANEY, 1986).

A família é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, além de possuir potencialidades que podem ser desenvolvidas para melhor atenderem suas necessidades de saúde (ELSEN e PATRICIO, 1986).

De qualquer forma, segundo Elsen (1984), a família já não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Ao se reconhecer que ela assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, cumpre que se reconheça a necessidade de ouvi-la em suas dúvidas, levar em conta sua opinião, e, mais que tudo, incentivar sua participação em todo processo profissional de cuidar/curar, de forma a resultar cada contato com os profissionais de saúde em subsídios utilizados pela família na ampliação de seu referencial sobre o processo de cuidar.

3. REFERENCIAL METODOLÓGICO

A metodologia de pesquisa, para Minayo (2003) é o caminho do pensamento a ser seguido, o conjunto de técnicas a ser adotada para construir uma realidade.

Para este estudo, foi utilizada a metodologia qualitativa, a qual se caracteriza por ser uma atividade da ciência que visa a construção da realidade em um nível que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros aspectos profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2003).

Corroborando, Godoy (1995, p.58) declara que:

A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados, envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo.

Esta investigação foi desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Geral Federal localizado no município do Rio de Janeiro, reconhecido como Centro Regional Terciário, o qual possui um setor de emergência e ainda várias clínicas, com diversas especialidades médicas, além dos serviços ambulatoriais e de cirurgia. São 479 leitos para internação, 20 salas de cirurgia (incluindo o Centro Obstétrico), além de 90 consultórios no ambulatório e 48 leitos para observação e repouso no setor de emergência.

O cenário da pesquisa foi escolhido a partir de uma aproximação com o campo por ocasião de estágio curricular, onde percebemos uma dinâmica de trabalho estruturada e com disponibilidade de recursos humanos e materiais, o que favorece e facilita o trabalho das equipes na unidade, possibilitando um cuidado adequado e humano.

A unidade, campo da investigação, localiza-se no prédio central (1) no 2º andar do hospital, e é composta por 10 leitos. O posto de enfermagem localiza-se entre as duas alas. Esta unidade recebe pacientes com diferentes patologias, uma vez que se trata de um UTI geral.

O momento da visita na Unidade de Terapia Intensiva da Instituição investigada dispõe de algumas regras como permitir dois visitantes por paciente no horário exclusivo de 16 às 17 horas, sendo este o período utilizado para transmissão de informações sobre os pacientes internados.

Foram selecionados como sujeitos da pesquisa os familiares de pacientes internados na Unidade de Tratamento Intensivo. Como critérios de inclusão dos sujeitos foram estabelecidos: ter o familiar internado na unidade por no mínimo três dias e desejar participar voluntariamente da pesquisa. Considera-se familiares neste estudo a definição de Wright, Watson e Bell (1990), inserida na introdução. A codificação dos sujeitos foi feita pelo número da entrevista, de acordo com a ordem de abordagem dos sujeitos. Ex: O primeiro entrevistado teve a codificação E.1. O segundo E.2 e assim, sucessivamente, até esgotarem os entrevistados.

A coleta de dados foi efetuada através de entrevista semi-estruturada. Foi realizada pelas pesquisadoras no período de janeiro a março de 2009 por ocasião de horário de visita estabelecido pela instituição. A visita se dá no horário de 15 às 16 horas, sendo permitida a entrada de dois visitantes por paciente a cada dia. Este é o único momento que os visitantes tem para obter alguma informação sobre os pacientes.

Para Minayo (2003) entrevista semi-estruturada consiste em um roteiro preliminar de perguntas, o qual pode se adequar à entrevista, pois o entrevistador é livre para acrescentar perguntas a esse roteiro se julgar necessário para o aprofundamento dos pontos que considera importantes para os objetivos do estudo. Este acréscimo de questões se fez necessário diversas vezes durante a realização das entrevistas, para melhor esclarecimento dos dados.

O roteiro de entrevista é composto primeiramente pelos dados de identificação dos sujeitos, (três perguntas fechadas, incluindo sexo, idade e grau de parentesco), seguido de nove questões abertas de pesquisa (APÊNDICE A).

Inicialmente aplicamos um teste piloto com três familiares de uma outra UTI. Nenhuma alteração foi feita no instrumento de coleta dos dados, validando-o para a pesquisa.

Os familiares entrevistados foram escolhidos dentre aqueles que estavam presentes por ocasião da coleta de dados e corresponderam aos critérios de inclusão dos sujeitos. A entrevista foi realizada na instituição hospitalar, local do estudo, no corredor da UTI, único ambiente disponível. Os familiares foram abordados antes de iniciarem as visitas, enquanto aguardavam serem chamados para entrar na UTI. Após nos identificarmos, foram efetuados esclarecimentos quanto aos objetivos e importância da pesquisa, bem como os procedimentos éticos a serem adotados e então foram convidados a participar, assim que a visita terminasse. Aqueles que concordaram em participar foram acomodados no corredor após a visita, e então iniciada a entrevista.

As entrevistas foram gravadas em um aparelho de mp3/mp4 player com gravador de voz, os arquivos contendo as falas foram transferidos para o computador através do qual foi possível a transcrição na íntegra das falas. Planejamos que a coleta de dados fosse encerrada somente quando houvesse saturação das informações, que, de acordo com Turato (2003), envolve a suspensão de inclusão de novos participantes quando o pesquisador avalia que os dados obtidos passam a apresentar uma certa redundância ou repetição, não havendo mais relevância no prosseguimento da coleta de dados. Segundo Minayo (1992), a amostra ideal é aquela que possibilita a apreensão da totalidade do problema a ser investigado. Assim, o seu desenho passa mais pela necessidade de se contemplar as diferentes dimensões do objeto de estudo do que pela definição numérica.

Porém, por conta do tempo reduzido de realização da pesquisa, somado a algumas recusas de familiares, este procedimento não foi possível, sendo a coleta de dados encerrada antes da saturação, com 14 familiares entrevistados.

O projeto foi cadastrado no Sistema de Informações sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – SISNEP (FR - 235918) e encaminhado ao Comitê de Bioética e

Ética em Pesquisa da instituição onde se desenvolveu o estudo, o qual deu parecer favorável em dezembro de 2008 (Parecer nº 44/2008).

Os participantes do estudo, após serem informados quanto aos objetivos do trabalho e concordarem em participar, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (APÊNDICE B), elaborado conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata das pesquisas envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996), sendo-lhes garantido o anonimato das respostas e a possibilidade de recusa, podendo ainda desistir de sua participação em qualquer etapa da pesquisa, respeitando os princípios básicos da Bioética que se constituem em: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo Temática que, Segundo Bardin (1977, p.42), pode ser entendida como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo se realiza em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BARDIN, 1977).

A pré-análise corresponde ao momento de organização do material e de formulação de hipóteses ou questões norteadoras, além de servir para elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final. Nesta etapa, as entrevistas serão transcritas e a sua reunião constituirá o *corpus* da pesquisa. Para tanto, é preciso que as mesmas tenham os seguintes elementos: exaustividade (deve-se esgotar a totalidade da comunicação); representatividade (a amostra deve representar o universo); homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes); pertinência (serem necessários ao conteúdo e objetivo da pesquisa); exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria) (BARDIN, 1977).

O primeiro contato com o material se constitui no que Bardin (1977, p.96) chama de "leitura flutuante", ou seja, a leitura através da qual surgem as primeiras hipóteses e objetivos

do trabalho. Após a leitura flutuante, devem ser escolhidos índices, que surgirão das questões norteadoras ou das hipóteses, e organizá-los em indicadores. Os temas que se repetem freqüentemente podem ser índices – e "se recortam do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados" (op.cit, p.100).

Em seguida, é iniciada a etapa de Exploração do material, onde é realizada a codificação, ou seja, os dados brutos são processados de forma organizada e agregados em unidades que permitem uma descrição das características pertencentes a um determinado conteúdo (BARDIN, 1977).

A codificação compreende:

A escolha de unidades de registro ou de significação (recorte);

A seleção de regras de contagem (enumeração) e

A escolha de categorias (classificação e agregação) - A categoria é uma forma geral de conceito, reflexo da realidade, sintetizando, em determinado momento, o saber. Por isso, se modificam constantemente, assim como a realidade (BARDIN, 1977).

A última etapa refere-se à análise dos resultados. A partir das informações, o investigador propõe suas inferências e realiza suas interpretações de acordo com o referencial teórico e os objetivos propostos, havendo a possibilidade de identificar novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. Os resultados obtidos, aliados ao confronto sistemático com o material e às inferências alcançadas, podem servir a outras análises baseadas em novas dimensões teóricas ou em técnicas diferentes (BARDIN, 1977).

Tivemos algumas dificuldades conseguir a aceitação dos sujeitos uma vez que, ao término das visitas, muitos familiares encontravam-se apressados em voltar para casa, pois moravam longe. Por esta razão, quatro sujeitos se recusaram a participar da pesquisa.

Outra dificuldade encontrada foi o receio inicial que percebemos em alguns participantes de que tivéssemos alguma ligação com a unidade e isto pudesse prejudicar o

atendimento dos pacientes. Por este motivo, três sujeitos se recusaram a participar. Em outros momentos, esta dificuldade foi superada após o esclarecimento da pesquisa e da nossa presença naquele local.

Uma coisa que nos foi favorável foi o grande interesse da direção da unidade na realização da pesquisa, fato que facilitou nossa entrada no campo. Além disso, após nossa aproximação com os familiares, os mesmos se sentiram bem à vontade em responder.

O corpus de análise se constitui de 14 (catorze), entrevistas que incluíram dados de caracterização dos sujeitos e 9 (nove) questões de pesquisa. Todas as questões foram analisadas, gerando dados relacionados com nossos objetivos de pesquisa.

Foram então construídas quatro categorias de análise: “A equipe de enfermagem e sua relação com os familiares: atenção às necessidades e desejos”, com as subcategorias “A equipe de enfermagem no atendimento às necessidades e desejos dos familiares” e “O enfermeiro e o atendimento às necessidades e aos desejos dos familiares”; “Orientação e explicação como necessidade e desejo dos familiares”, com as subcategorias, “A omissão de informações pela equipe de enfermagem”, “A equipe de enfermagem proporcionando esclarecimentos e gerando conforto emocional” e “Informação restrita ao momento da visita”; “A Equipe de Enfermagem no Acolhimento e na Recepção da Família na Unidade de Terapia Intensiva”; “Necessidades e desejos dos familiares no cuidado ao ente querido”.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Tabela 1 – Dados de Caracterização dos sujeitos. RJ, 2009.

VARIÁVEIS		N	%
IDADE	18 a 27 anos	3	21,4
	28 a 37 anos	2	14,2
	38 a 47 anos	3	21,4
	48 a 57 anos	4	28,8
	58 anos ou mais	2	14,2
	Total	14	100,0
SEXO	Feminino	12	85,8
	Masculino	2	14,2
	Total	14	100,0
GRAU DE PARENTESCO	Mãe/Pai	1	7,1
	Filho (a)	5	35,8
	Neto (a)	1	7,1
	Esposo (a)	2	14,2
	Outro	5	35,8
	Total	14	100,0

Os entrevistados encontram-se bem distribuídos entre as diferentes faixas etárias, aparecendo com maior percentual, ou seja, 28,8 % (o que corresponde a quatro sujeitos) aquela que compreende as idades de 48 a 57 anos.

Estes resultados se aproximam dos encontrados no estudo de Freitas, Kimura e Ferreira (2007), que tratou da comparação entre as necessidades de familiares de pacientes de UTI's de instituições públicas e privadas, o qual mostrou que cerca de metade (49,5%) dos participantes concentrava-se na faixa etária entre 40 e 59 anos.

Por outro lado, aparece certa divergência com os dados encontrados por Maruiti e Galdeano (2007), pesquisa com o mesmo objeto de estudo deste trabalho, na qual a média de idade encontrada entre os sujeitos da pesquisa foi de 37 anos.

Quanto ao sexo, os participantes eram majoritariamente do sexo feminino, aparecendo com um percentual de 85,8% (equivalente a doze sujeitos). Estes dados estão em consonância com os encontrados nos estudo de Morgon e Guirardello (2004), onde o percentual de sujeitos do sexo feminino foi de 71,1%.

Ainda em relação ao sexo, o trabalho de Lourenço e Neves (2008) reforça o predomínio do sexo feminino entre os visitantes da UTI, com uma proporção de 90% de mulheres entre os pesquisados, trazendo a informação de que os homens comparecem à visita com menor frequência e por esta causa apareceram em menor proporção.

O grau de parentesco que apresentou maior percentual foi Filho(a), representando 35,8% (N= 5) dos participantes e com igual proporção a categoria outro, que compreendeu amiga (N=1), genro (N=1), irmã (N=1), ex-mulher (N=1) e sobrinha (N=2). No trabalho de Morgon e Guirardello (2004), o grau de parentesco foi: filhos (34,6%), seguido de pais (27%), cônjuges (21,1%) e outros (17,3%).

4.2 Apresentação e discussão das categorias de análise

Categoria 1 - A Equipe de Enfermagem e sua Relação com os Familiares: Atenção às Necessidades e Desejos

Esta categoria agrega 57 (cinquenta e sete) temas que, por sua vez, absorveram 124 unidades de registro (UR) correspondendo ao percentual de 48,7% do material analisado. A atuação da equipe de enfermagem na atenção aos familiares, suprimindo ou não suas necessidades e desejos de apoio e conforto, é o seu ponto principal.

Dentro dela, encontram-se as subcategorias: “A equipe de enfermagem no atendimento às necessidades e desejos dos familiares” e “O enfermeiro e o atendimento às necessidades e aos desejos dos familiares”. Esta última subcategoria merece destaque, pois apesar do instrumento de coleta de dados estar voltado para a equipe de enfermagem, o profissional enfermeiro(a) foi particularmente citado pelos sujeitos.

Subcategoria 1.1 - A equipe de enfermagem no atendimento às necessidades e desejos dos familiares

Na análise desta subcategoria, pudemos perceber que, ao mesmo tempo em que a equipe de enfermagem é classificada como atenciosa, existe uma necessidade por parte dos familiares de maior aproximação desta, assim como existem divergências entre os sujeitos quando indagados se a equipe de enfermagem atende às suas necessidades.

Em alguns depoimentos é possível perceber que não há uma uniformidade de atendimento entre as diferentes equipes:

*Não há uma política geral de atendimento, não há padronização.
Existem algumas pessoas ótimas, enquanto outras são indiferentes –
E.12*

*Olha tem dias né, tem dias que a equipe é maravilhosa, tem dias que a
equipe é aquela que é sim, não, tá - E.3.*

Estas falas sugerem que os familiares encontram dificuldades no relacionamento com os profissionais de enfermagem, por cada equipe agir de maneira diferente. Esta pode ser uma das razões para a divergência de opiniões em relação às equipes e sua atuação no atendimento das necessidades destes familiares.

Assim, em alguns momentos os sujeitos se colocam extremamente atendidos pela equipe de enfermagem:

*Perfeitamente, é a melhor possível. (Atendimento das Necessidades)
E.1*

Atende, atende. Com certeza atende. A minha, a de meus irmãos, com certeza. (as Necessidades) E.1

Em outros momentos, eles consideram que a equipe de enfermagem pode se aprimorar, visando melhor satisfazê-los em suas necessidades e desejos, principalmente no que diz respeito à aproximação:

O ideal seria que a equipe de enfermagem chegasse até nós, nem que fosse uns 10 minutos antes de começar a visita. E.9

Gostaria que a equipe chegasse e conversasse com os familiares que estão visitando, não fala nada,[...] e pra mim isso é ruim, eles podiam conversar com a gente, eles ficam ali direto. E.11

Inaba, Silva e Telles (2005) ressaltam que é iminente a necessidade das famílias de se comunicar com a equipe de Enfermagem durante os horários de visita, receber orientações e esclarecer dúvidas, assim como ter satisfeita sua necessidade de conforto, receber palavras carinhosas e atenção.

Em uma revisão sobre a arte de cuidar em enfermagem familiar, Santos e Bustamante-Edquén (2004) afirmam que a enfermagem ainda não se apropriou, em sua totalidade, do cuidado da família como objeto específico de sua prática profissional, pois ainda não desenvolveu a compreensão de que cada família tem suas próprias necessidades e peculiaridades

Esta falta de compreensão, aliada a dificuldades organizacionais específicas da UTI, culmina com um afastamento da equipe de saúde das famílias dos pacientes, o que gera, para as mesmas, grande sofrimento, além daqueles gerados pela própria situação de internação de um ente querido (SOARES, 2007).

Muitos profissionais de saúde das UTI ainda acreditam que o cuidado dos familiares dependa basicamente de habilidades e características pessoais e que esta responsabilidade recai exclusivamente sobre profissionais específicos como psicólogos e assistentes sociais. Entretanto, embora esses profissionais assumam extrema importância nesse processo, o cuida-

do dos familiares é uma responsabilidade de todos os profissionais que atuam na UTI (SOARES, 2007).

Não é suficiente permitir que a família unicamente visite um de seus membros na UTI, há necessidade de que ela também seja cuidada para potencializar nosso trabalho na Enfermagem. Para tal, é preciso investigar suas dúvidas, observar seus comportamentos e sentimentos e através deles, compreender suas reações.

A partir destas reflexões, fica evidente que é necessário um esforço contínuo da enfermagem, como profissionais que cuidam, para estabelecer a comunicação necessária e a empatia, importantes para que o familiar se sinta compreendido e se sinta útil para a reabilitação de seu parente internado.

Subcategoria 1.2 - O enfermeiro e o atendimento às necessidades e aos desejos dos familiares

Esta subcategoria também é marcada por divergências entre os participantes quanto ao atendimento de suas necessidades e desejos, porém destacando a figura do profissional enfermeiro(a). Alguns sujeitos expressam uma satisfação no que diz respeito à relação com os enfermeiros, os quais se utilizam da conversa, do apoio e educação ao atendê-los:

Os enfermeiros eles são muito educados, eles sabem, parece que eles sabem a dor que a gente tá sentindo então eles tratam a gente com muito carinho e amor. E.4

[...] as enfermeiras conversam conosco, tem uma irmã que tá muito nervosa com o quadro porque foi ela que teve que trazer minha mãe quando ela internou, aí a enfermeira veio, conversou muito com ela, acalmou ela. E.13

Porém, alguns trechos das entrevistas mostram que os enfermeiros estão aquém daquilo que os familiares esperavam, mantendo-se distantes, por vezes desconhecidos:

olha quanto as enfermeiras aí eu não sei ti dizer. E.3

Eu só vi o médico, mas não sei o nome dele, que esteve lá falando com a gente no final da visita, e a nutricionista que esteve lá, mas assim enfermeira eu não tive contato com elas não. E.6

Os outros ficam de azul, e devem ser as enfermeiras, mas ficam longe e não conversam nada com a gente. E.11

Quando foi aberta a oportunidade de fazerem alguma solicitação ou sugestão para a equipe de enfermagem, alguns sujeitos direcionaram as mesmas para os enfermeiros:

Gostaria que os enfermeiros tivessem mais atenção com o paciente. E.10

Se pelo menos eu pudesse chamar um enfermeiro e ele só me desse um resumo do quadro. E.14

O que se observa no cotidiano da prática em cuidados intensivos é um distanciamento entre a família e os profissionais. O cuidado de enfermagem acontece de forma fragmentada e em meio a um ambiente estressante onde o paciente está isolado, muitas vezes tratado como um objeto, sem identidade, sem sistema de valores (CASATE; CORRÊA, 2005)

Além disso, Correa (1995) afirma que os enfermeiros intensivistas são considerados por outros trabalhadores da saúde, como profissionais altamente competentes, pois apresentam grande domínio dos conhecimentos na esfera técnico-biológica exigidos em seu cotidiano. Porém a mesma autora salienta que, sem a compreensão da família em sua totalidade e como objeto do cuidado de enfermagem, não se pode considerar que este enfermeiro esteja realizando seu trabalho com total competência, mesmo sendo altamente qualificado tecnicamente.

Esta idéia de supervalorização do enfermeiro do CTI também pode ser, mesmo que informalmente, um fator gerador de distanciamento entre o enfermeiro e os membros da família da pessoa internada, gerando uma falha no atendimento às necessidades e desejos destes familiares.

No estudo de Correa, Sales e Soares (2002), todos os enfermeiros entrevistados referiram dificuldades em lidar com a família, revelando distintas dimensões dessa vivência. Ao mesmo tempo em que os enfermeiros percebem os sentimentos de sofrimento dos familiares, revelam em si mesmos dificuldades em lidar com eles. Para alguns enfermeiros, essa dificuldade está vinculada à organização do trabalho e às especificidades de uma terapia intensiva, às próprias limitações pessoais ou da equipe de saúde e, ainda, ao modo das famílias expressarem seus sentimentos.

É importante ressaltar que o Enfermeiro está em posição singular para identificar as necessidades dos familiares, utilizando-se do conhecimento destas para planejar e implementar uma assistência com qualidade, entendendo-se que a assistência ao paciente na UTI deve estender-se, também, ao familiar do paciente (MORGON; GUIRARDELLO, 2004).

Assim, torna-se imprescindível que o enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva esteja sempre próximo aos familiares dos pacientes, pois assim estará apto a realizar os diagnósticos dos problemas que estas famílias enfrentam, visando auxiliar na manutenção do equilíbrio deste núcleo ao qual o paciente está intimamente relacionado, equilíbrio este que é fundamental para a recuperação do sujeito internado e para proporcionar-lhe melhor qualidade de vida.

Categoria 2 - Orientação e Explicação como Necessidade e Desejo dos Familiares

Esta categoria permitiu analisar o quanto é importante e necessário a transmissão de informações e de esclarecimentos para os familiares, abordando 26 temas e abrangendo 27% do trabalho.

A informação adequada, honesta e uniforme é de vital importância para evitar e diminuir os fatores estressantes, tanto para o paciente quanto para a família. A falta de divulgação da informação para os familiares sobre as reais condições do paciente e sobre as

estratégias diagnósticas e terapêuticas utilizadas é queixa frequentemente elaborada por eles. A informação deve ser fornecida aos poucos e repetida várias vezes ao dia, sempre com o mesmo enfoque. É necessário um perfeito alinhamento do fluxo de informações que vão da equipe para os familiares, para eliminar-se o fator confusão como elemento de estresse (AMIB, 1998).

Esta categoria foi organizada a partir de três subcategorias, quais sejam: A omissão de informações pela equipe de enfermagem, que apresenta 36 unidades de registro; A equipe de enfermagem proporcionando esclarecimentos e gerando conforto emocional representada por 25 UR; Informação restrita ao momento da visita, composta por 7 unidades de registro.

Subcategoria 2.1- A omissão de informações pela equipe de enfermagem

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem no Brasil (BRASIL, 2000) também inclui entre os deveres dos enfermeiros, prestar informações ao cliente e à família sobre a assistência de enfermagem, bem como colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do cliente e família sobre seu estado de saúde e tratamento. A partir do momento que a equipe de enfermagem dispõe-se a oferecer informações e apoio, auxilia nos aspectos psicológicos da família que, por vezes, são desencadeados pela vivência da situação de internação, desta forma o tratamento tende a ser mais humanizado e coerente com a função do profissional.

[...] a equipe de enfermagem diz que não pode falar nada, que é proibido, não sei o que, só o médico [...] (E.3)

[...] quando você pergunta alguma coisa e pede ajuda ao enfermeiro, eles respondem que só depois ou então, agora não pode, e sempre de má vontade [...] (E.10)

Quando a gente pergunta alguma coisa diz que é só com o médico, e aí a gente tem que esperar acabar a visita pra conversar com o médico [...] exemplo, eu queria saber que medicamento ela está

tomando, o que tem no soro dela, mas eles não informam nada [...] tive que esperar até o fim da visita pra perguntar ao médico. (E.11)

[...] eu acho que tem informações que o médico cede no final da visita que a enfermagem poderia dar, sobre o estado dele [...] O batimento dele tava 83, antes tava 76, e o que significa? E aí a gente tem que esperar até o final da visita, são coisas que poderiam ser minimizadas, é isso que falta um pouco [...] (E.14)

Segundo os depoimentos explicitados, a equipe de enfermagem nega-se a prestar esclarecimentos sobre a situação do paciente alegando ser esta uma função do profissional médico. A partir disso é bastante interessante a declaração da entrevista 11, quando diz que a equipe permanece com o paciente e então poderia conversar com os familiares, e mais, quando exemplifica suas dúvidas estas se relacionam diretamente com o paciente e não com a patologia apresentada. Desta forma, as informações solicitadas apresentam respostas ao alcance da equipe de enfermagem.

Enfocando a temática orientação à família do paciente internado em UTI, Scarelli (1993) verifica que a maioria dos familiares, sujeitos de seu estudo, recebe orientações dos médicos e apresenta dúvidas após as mesmas. Kurcgant (1991) pontua que as orientações sobre o estado do paciente, diagnóstico, condições e necessidades devem ser feitas pelos diferentes profissionais que atuam na unidade.

O médico esclarece sobre o diagnóstico médico, mas o familiar tem necessidade de falar sobre ele e de pedir maiores esclarecimentos sobre tudo aquilo que diz respeito ao paciente. Esta autora afirma, ainda, que a explicação sobre o que é melhor para o paciente, sobre o ambiente e equipamentos, deve ser feita tantas vezes quantas forem necessárias e que, nesses momentos, a enfermeira não deve se restringir a responder perguntas dos familiares, mas deve ficar atenta para detectar indícios de insegurança e medo.

Como muitos desses familiares encontram-se tipicamente em estado de choque e medo, o fornecimento de informações precisas e compreensíveis e a provisão de suporte psicológico e orientação a todos os membros da família tornam-se muito importantes

(AZOULAY *et al.*, 2001; HARDICRE, 2003; WAIDMAN e ELSEEN, 2004). Assim sendo, mudanças no modo de se fazer a assistência nos hospitais exigem mudança de atitude e no modo como os profissionais vêm seus clientes. A literatura específica sobre o assunto é unânime sobre a necessidade de os enfermeiros ampliarem sua atuação, reconhecendo e assumindo que, junto com a pessoa doente sob seus cuidados, há uma família que também está sofrendo e exige assistência (HICKEY e LEWANDOWSKI, 1988; OLIVEIRA, 1991; HARDICRE, 2003; BARBOSA; RODRIGUES, 2004).

O enfermeiro que trabalha na UTI é o profissional da equipe de saúde mais freqüentemente citado como responsável pela satisfação das necessidades de familiares do paciente criticamente enfermo e pela determinação da extensão do envolvimento familiar na unidade de cuidados críticos (HICKEY e LEWANDOWSKI, 1988). No entanto, a assistência à família apresenta-se como um desafio para os enfermeiros intensivistas. Trabalhar com pacientes graves e familiares angustiados e amedrontados é uma parte estressante de seu papel (HARDICRE, 2003). Como despendem muito tempo com cuidados físicos aos pacientes, os enfermeiros tendem a considerá-los como o único alvo de seus cuidados. Todavia, essa tendência precisa ser revista. Os enfermeiros precisam compreender que o paciente faz parte de uma família e que o foco de sua atenção deve ser o conjunto paciente-família, assumindo que a assistência às necessidades familiares também é sua responsabilidade.

Subcategoria 2.2- A equipe de enfermagem proporcionando esclarecimentos e gerando conforto emocional

A família se sente cuidada pela equipe de saúde quando recebem informações acerca de seu familiar internado e quando a equipe tenta acalmar aos familiares (RODRIGUEZ, 2003).

[...] qualquer dúvida eles me passam, assim eu pergunto eles me respondem [...] (E.2)

Não tenho do que reclamar [...] tudo que preciso saber eles me falam [...] E conosco é possível perceber a atenção recebida quando fazemos alguma pergunta [...] a gente pergunta e eles tiram nossas

dúvidas. A maior coisa que precisamos é esclarecimentos, informações e eles estão dando bem (E. 7)

A enfermagem, o corpo de enfermagem sempre tá também ali nos apoiando, nos orientando como funciona uma coisa, quando alarma um aparelho ela vem e nos orienta, nos dá atenção (E. 13)

[...] sempre colocam a gente a par de tudo o que está acontecendo, não só comigo, mas com meus irmãos também... Todas elas, todas as equipes são excelentes. (E. 13)

A orientação e a informação, em geral, tranquilizam o indivíduo, pois quando este tem suas dúvidas esclarecidas, sente-se mais seguro e confiante (KURCGANT, 1991). Porém, um dos maiores desafios para a enfermeira, de acordo com Stillwell (1984), é atender a todas as necessidades que cada membro da família demanda, pois elas variam de um indivíduo para outro e a enfermeira possui um tempo escasso por estar em constante vigilância ao paciente crítico.

Desta forma, quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano do outro, torna-se um radar de alta sensibilidade, humaniza-se no processo para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria, o que nos coloca na descoberta que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos tecnológicos, mas um dom a ser vivido e prazerosamente partilhado solidariamente com os outros (PESSINI, 2005). O que mostra que o cuidar em enfermagem pode ser mais do que uma obrigação profissional, pois quando uma equipe investe e acredita no trabalho que realiza há uma troca mutua e diversificada entre o ser cuidado e seu cuidador, neste momento, abordada para o binômio família-profissional de enfermagem.

Segundo Nascimento e Martins (2000), o contato estreito da família com o sujeito hospitalizado, além de benéfico para este, diminui o sentimento de desamparo do familiar diante do sofrimento desse indivíduo. Além disso, segundo as mesmas autoras, a família deve, e tem amparo legal, ser informada das condições de saúde de seu familiar, como também pode participar ativamente desse processo.

Em um trabalho realizado por Inaba, Silva e Telles (2005), onde o objetivo era verificar o que é comunicação adequada com a equipe de enfermagem na percepção do familiar do paciente crítico as autoras concluíram que a

Comunicação adequada para os familiares é conversar e receber informações pertinentes ao que o indivíduo quer saber; é entender o que o outro quer transmitir e sentir-se bem atendido, tratado também com carinho e paciência. É aquela em que há informações claras e objetivas; há explicações sobre o estado do paciente e sobre os equipamentos, sondas, cateteres e drenos nele existentes. Existe a necessidade das famílias de se comunicar com a equipe de Enfermagem durante os horários de visita, receber orientações e esclarecer dúvidas, assim como, ter satisfeita sua necessidade de conforto, receber palavras carinhosas e atenção.

As mesmas autoras afirmam ainda que existe a necessidade de alguém da equipe de Enfermagem ser referência para os familiares; alguém a quem eles possam recorrer para uma conversa, esclarecimento de suas dúvidas e ser tranquilizados e orientados

Subcategoria 2.3- Informação restrita ao momento da visita

Neste enfoque os sujeitos declaram-se insatisfeitos pelo fato de só obterem informações no horário de visita, sugerindo outros meios viáveis para receberem informações, além de desejarem a flexibilização e o prolongamento do horário da visita.

[...] o médico só dá qualquer informação no momento da visita [...] Um telefone pra contato, que eu não tenha que vir sempre aqui pessoalmente no horário da visita quando quiser ter informação. (E. 12)

[...] a gente sabe que ele está num local que a gente só tem uma hora por dia pra vê-lo, durante o restante do dia a gente não tem notícia alguma, entendeu, e fica essa apreensão [...] esse é o problema do CTI, a gente não ter uma comunicação maior, é só esse período [...] digamos que nem eu, nem ninguém pudesse vir hoje aqui, a gente fica sem ter notícias dele no dia de hoje [...] (E. 14)

No primeiro dia que me receberam ali a pessoa até que se apresentou, falou que era técnica de enfermagem, me explicou como era o procedimento aqui dentro, para a visita né? Ela me disse o tempo da permanência, o número de visitantes que deveria ser respeitado

mesmo, dois visitantes por paciente, que não adiantaria tentar dar uma de perdido e querer revezar porque não funcionaria, ela explicou tudo isso [...] E.14

O estudo realizado por Souza (1988), enfocando as visitas em UTI, mostra que a maioria dos pacientes por ela entrevistados indica a separação da família como problema prioritário; além disso, metade dos pacientes deseja receber visitas de forma diferente do que ocorre habitualmente - pelo visor ou diretamente, em curtos períodos. Considera-se que há a necessidade de um plano individualizado de visitas para minimizar o problema da separação da família.

Rodriguez (2003) declara que uma das principais reivindicações dos familiares é relacionada ao pouco tempo que é propiciado para permanecer junto ao seu familiar e este é um aspecto possível de ser trabalhado junto à direção e a equipe no sentido de atendê-los. E o autor afirma ainda, que é a sensibilidade do enfermeiro em perceber as necessidades da família que pode resultar na implementação de novas políticas como horário de visitas mais flexíveis e maior proximidade da equipe com a família.

A partir da análise desta categoria é importante ressaltar que o desconhecimento e a incerteza sobre o ambiente, equipamentos, finalidades e normas de funcionamento da UTI e sobre as condições do paciente pode gerar altos níveis de ansiedade nos familiares, prejudicando sua capacidade de oferecer suporte e conforto psicológico ao paciente. Para que a família possa colaborar na recuperação do seu parente é fundamental que ela esteja informada sobre o que está acontecendo com o paciente e que esteja emocionalmente estável, o que exige o atendimento de suas necessidades pelos profissionais de saúde que atuam na unidade (OLIVEIRA, 1991).

Categoria 3 - A Equipe de Enfermagem no Acolhimento e na Recepção da Família na Unidade de Terapia Intensiva

A categoria desenvolvida neste momento compreende 15,3% da análise abrangendo 12 temas e 39 unidades de registro. Nesta categoria os depoimentos foram agrupados e analisados considerando a recepção e o acolhimento dispensados aos familiares de pacientes gravemente enfermos por parte da equipe de enfermagem.

Inicialmente faz-se necessário declarar que há pelo menos duas razões para que a atenção à família seja uma parte importante das responsabilidades do enfermeiro. Primeiro, porque na UTI, os familiares lidam muito de perto com a possibilidade de morte do paciente, o que gera grande sofrimento. Mesmo pequenas alterações no estado do paciente podem fazer com que os sentimentos dos familiares oscilem entre a esperança e a desesperança. Segundo, porque os pacientes criticamente enfermos são menos capazes de falar por si mesmos e tomar decisões requerendo que algum familiar responda por ele (HARVEY, 1998).

3.1- Receptividade da equipe de enfermagem

A partir do questionamento sobre como havia sido a recepção por parte da equipe, em sua maioria, os relatos expuseram dados positivos, no entanto houve insatisfações sobre o recebimento da mesma.

[...] eu sou recebida muito bem todos os dias que eu estou aqui [...]
E.1

Muito bem, muito bem eles me tratam muito bem todo mundo tem uma receptividade muito boa diferente da unidade de que ele veio [...] E. 2

Durante a primeira visita, a família precisa ser tranquilizada, pois o ambiente de UTI pode parecer assustador, causando ansiedade e, como consequência, pode prejudicar a interação paciente-família. As explicações a respeito da unidade devem ser simples, dando a

oportunidade para a formulação de perguntas a respeito do ambiente, esclarecendo todas as dúvidas. O preparo dos familiares para ver o paciente pela primeira vez é de responsabilidade da enfermeira, sendo assim, antes de entrar na unidade, a família deve ser preparada quanto à aparência geral do seu ente querido, saber os equipamentos que ele está usando e para que serve cada um deles. (NAGANUMA, *et al*, 1995)

A inclusão da família na hospitalização é uma questão desenvolvida primordialmente na pediatria, no entanto é importante compreender que o núcleo familiar é a base de qualquer indivíduo, não somente da criança. Desta forma, é necessário buscar estratégias e abordagens para a recepção da família, sendo enfatizado neste estudo, a unidade de terapia intensiva.

Em um estudo de 1994, Burr e cols. identificaram sete traços que estimulam a adaptação dos membros da família sob estresse. As competências de comunicação e a espiritualidade foram os traços mais úteis. As capacidades cognitivas, as forças emocionais, as capacidades de relacionamento, a vontade de utilizar os recursos da comunidade e as forças e talentos individuais também se associam à adaptação afetiva.

Assim, o conhecimento destes traços é um facilitador na construção de uma recepção positiva capaz de minimizar a ansiedade familiar inerente à situação de internação. Em outros momentos está explícita a insatisfação dos familiares quanto à recepção da equipe de enfermagem.

Hum... Essa equipe?! Muito mal, muito mal [recepção da equipe de enfermagem] E. 10

Talvez necessite de um pouco mais de recepção por parte da equipe de enfermagem, eles são até educados, mas temos que ir até eles. E.9

Há mais uma busca do familiar a equipe do que a equipe mostrar uma receptividade. E. 12

Embora os familiares necessitem muito do suporte dos profissionais de saúde das UTIs, as respostas geralmente são menores que as expectativas (OLIVEIRA, 2006). Segundo Grudtner *apud* Oliveira (2006) alguns profissionais ainda orientam sua atuação pelo modelo

biomédico, percebendo a família como intrusa, exigente e mais uma sobrecarga ao serviço; outros, sentindo-se despreparados técnica e emocionalmente e sem autonomia para lidar com pacientes e familiares, passam a evitar este contato. Qualquer que seja o motivo, o paciente e sua família ficam sem o atendimento de suas necessidades de afeto, segurança e apoio, sendo privados das informações e ignorados ou afastados das tomadas de decisão sobre o paciente. Concluindo esta compreensão Rodgers (1983) atenta para o fato de que as limitações no relacionamento com os profissionais da UTI resultam na dificuldade dos familiares em obter uma fonte consistente que complemente sua fonte primária de suporte para aliviar sua ansiedade.

Desta forma, é importante salientar que o cuidar de enfermagem transcende o assistir centrado no fazer, nas técnicas ou procedimentos de enfermagem, envolve o ver e tratar o doente e seus familiares como indivíduos singulares, que se encontram em um momento indesejado e inesperado de sua existência e necessitando de cuidados humanizados (SOUSA et. al., 2000).

Assim, considera-se a importância e a necessidade do profissional enfermeiro no assistir a família com intuito de prestar assistência integral e humanizada, proporcionando apoio biopsicossocial, mediante o diálogo, orientações e atenção tanto para o paciente quanto para a família, utilizando dos preceitos humanos, éticos e legais que lhe são conferidos.

3.2- O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva

Alguns depoimentos mencionam a necessidade de acolhimento e amparo por parte dos profissionais, enquanto outros verbalizam uma sensação de conforto emocional e segurança que têm sido gerados pelo corpo de enfermagem.

Os trechos seguintes compreendem depoimentos de sujeitos satisfeitos com a atuação da equipe:

[...] logicamente que eles estão fazendo, o possível, talvez, o impossível [...] E.3

[...] a gente chega, eles vê que a gente tá triste, tá abalado eles vão perto da gente dá uma posição de como ele está sendo tratado [...] E.4

A enfermagem, o corpo de enfermagem sempre tá também ali nos apoiando, nos orientando como funciona uma coisa, quando alarma um aparelho ela vem e nos orienta, nos dá atenção. E. 13

A partir das declarações, é possível perceber que os familiares se sentem acolhidos, através de duas dimensões que podem ser expressas concomitantemente. Sendo uma delas, quando a equipe demonstra compreender a complexidade da situação vivenciada e se preocupa com o bem-estar do núcleo familiar. E a outra, quando os profissionais dispensam bom tratamento e cuidado aos seus entes queridos.

Corroborando esta análise Martins *et al* (2008) declara que:

Acolhimento é atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar, dando respostas mais adequadas às necessidades dos usuários hospitalizados e de seus familiares, sendo estes considerados os indivíduos que necessitam de cuidados em saúde no cenário hospitalar.

De acordo com Angelo e Bouso (2002), a saúde física e emocional dos membros da família ocupam um papel importante no seu funcionamento. Segundo os autores, como os membros da família são interconectados e dependentes uns dos outros, ao ocorrer qualquer mudança na saúde de um de seus membros, todos os demais são afetados e a unidade familiar como um todo será alterada. Da mesma forma, o funcionamento da família influencia a saúde e o bem estar de seus membros. Pode-se dizer que ela afeta a saúde do indivíduo e que a saúde do indivíduo afeta a família.

Neste momento abordaremos a ausência de acolhimento da família por parte da equipe de enfermagem.

Então está sendo difícil [situação de internação] por causa da relação com os profissionais[...] gostaria que eles tivessem um pouco mais de respeito e consideração pelos familiares [...] E. 10

[...] *Eu acho que o acolhimento da equipe poderia ser muito melhor*
 [...] E. 12

Eu só acho que faltaria um psicólogo dentro do CTI, seria interessante, para os familiares [...] porque você já fica com teu psicológico um pouco comprometido [...] vendo seu pai nesta situação e não pode fazer nada [...] E.9

Na falta do estabelecimento de estratégias de acolhimento o familiar sente-se perdido e desrespeitado pelos profissionais. Tal postura profissional gera na família, como percebido na última citação, sensação de impotência, pois não é valorizada pela enfermagem e nem inserida no cuidado do paciente.

Enfatizando esta idéia, é importante ressaltar que nesse cenário, a família se percebe doente, pela desestruturação holística, causada pela vivência do risco iminente da perda, a sensação de impotência diante da doença, o sentimento de culpa, a impossibilidade de manter suas tarefas diárias e tantas outras modificações que a doença e a hospitalização acarretam no seu cotidiano (CUNHA; ZAGONEL, 2008). Por outro lado, a equipe acaba por não perceber a necessidade do acolhimento ao familiar, que muitas vezes entra e sai da UTI, no horário de visita, sem receber a atenção que necessita para o enfrentamento da situação crítica de saúde do seu familiar (MARTINS *et al*, 2008)

Nesse momento, a equipe tem papel fundamental no apoio ao familiar. É importante que perceba as diversas formas como a família pode reagir à nova situação e de que modo a enfrenta. Os sentimentos e os comportamentos da família estão baseados numa série de valores, tais como: a percepção prévia de hospital e da UTI; a gravidade da situação do doente; a confiança ou não nos trabalhadores de saúde que cuidam de seu ente e que fornecem as informações; os seus aspectos culturais e a maneira que ocorrem as suas relações com os trabalhadores (MARTINS, NASCIMENTO, 2005).

Desta forma, esta categoria nos esclarece e enfatiza a importância do momento de recepção e do acolhimento dos familiares pela equipe de enfermagem. Pois diante da situação estressante de hospitalização em UTI, a família pode se sentir desorganizada, desamparada e

com dificuldade para se mobilizar (FREITAS, 2005). Sendo da competência da equipe de enfermagem propiciar estratégias que possibilitem o ajustamento familiar.

Categoria 4 - Necessidades e Desejos dos Familiares no Cuidado ao Ente Querido

A categoria aborda 14 temas, construídos a partir de 24 (9,4%) unidades de registros que convergem em necessidades e desejos de cuidado.

4.1 O cuidado como necessidade dos familiares

A palavra cuidado, segundo Bueno (2007), significa precaução; cautela; desvelo; inquietação de espírito, pessoa ou coisa que é objeto de desvelos, pode também significar atenção!, ou até mesmo como adjetivo empregado como algo imaginado, previsto. O emprego do vocábulo no meio profissional é muito comum, principalmente no ambiente hospitalar. Empregamos a palavra embasada no significado traduzindo para nossa assistência como forma cautelosa, atenciosa, pensada e organizada de prestação de serviço sendo fundamental o desvelo. A importância da prestação de serviço desta forma se faz clara na verbalização dos entrevistados, que de diversas formas abordam o cuidado reproduzindo suas diversas faces, como podemos perceber a seguir:

[...] Ele está grave está, só que ele ali necessita de um cuidado a mais[...] (E.2).

[...] é um médico para todos os leitos do CTI, na minha opinião deveriam ter pelo menos uns três médicos (E.5).

(O que você considera como boa a relação com os profissionais de enfermagem?) [...] O cuidado....fazendo todos os procedimentos necessários, eu acho que aí que está sendo bom[...] (E.14).

[...]o paciente é bem tratado eles se importam muito, assim, em cuidar direito[...] (E.4).

[...] minha mãe está sempre arrumadinha, a gente vê que os produtos de higiene que a gente trás está sendo usado [...] (E.13).

[...] eu percebi que a minha sogra tá muito bem higienizada[...] (E.5).

As idéias que se referem ao cuidar [ou assistir] e que também parecem ser entendidas como atendimento, prestação de um serviço, bem como uma ação e comportamento, parecem estar ligadas a tradicional idéia de fazer algo, em termos de uma intervenção ou procedimento de enfermagem (WALDOW, 1998, p.22).

Desta forma, entende-se que para o familiar o cuidado ao paciente gravemente enfermo se revela por meio da execução de procedimentos técnicos. E através das falas é possível perceber que a certeza da realização destes procedimentos proporciona aos familiares algum conforto, que por sua vez, reconhecem a assistência prestada.

No entanto, é importante ressaltar que “o cuidado não se restringe apenas a uma ação técnica no sentido de fazer, executar um procedimento, mas também no sentido de ser, expresso de forma atitudinal, pois é relacional (NASCIMENTO; TRENTINI 2004, p.251 apud WALDOW, 1998).” Ainda assim, temos observado que esses aspectos são desconsiderados ou pouco valorizados, quando o cuidado se dá num ambiente de terapia intensiva onde a tecnologia e o tecnicismo predominam. O cuidar na UTI é tecnicista, mecânico e sem relação afetiva, valorizando a execução de tarefas, desconsiderando os sentimentos dos pacientes e de seus familiares (VILA; ROSSI, 2002).

As famílias, no entanto muitas vezes, acreditam estar sendo realizado um cuidado efetivo e de excelência quando os profissionais exercem apenas suas atividades técnicas sem saber por vezes que o carinho, respeito e atenção para com aquele ser adoecido também é parte de seu cuidado.

A população em geral em sua cultura arcaica não tomou consciência e até mesmo os profissionais não conseguem enxergar sua profissão como algo mais grandioso do que meramente medicar, monitorar, higienizar. Sem querer minimizar essas atribuições também essenciais é preciso que se ampliem os horizontes desses profissionais para que eles consigam compreender o seu verdadeiro papel assistencial.

Neste contexto, Siqueira Et al. (2006), coloca que os profissionais de enfermagem devem estabelecer uma relação que ultrapasse o cuidado físico, por meio de ações humanizadas, favorecendo a recuperação com qualidade do indivíduo sob seus cuidados.

A assistência ao paciente deve abranger no plano de cuidados da equipe não só as necessidades físicas e patológicas, mas também as psicológicas abarcando não só o ser adoecido pela patologia, mas sim o seu contexto social, que abarca todo o seu arcabouço familiar.

O ser humano não vive sozinho, mas num contexto social, em que a família é a sua rede de suporte mais próxima. Por isso, para cuidá-lo não se pode deixar de vê-lo como um todo e integrante deste contexto. Assim, com vistas a um cuidado mais efetivo, já não se cuida somente da pessoa, mas da família e de seus membros (WAIDMAN; ELSESEN; MARCON, 2006).

Marcon; Elsen (1999) pontuam que o cuidar da família como unidade básica de saúde, exige conhecer como essa família cuida, identificando suas dificuldades e forças. Sendo desta forma, o profissional com o seu saber técnico, científico e humanístico, capaz de ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades de seus membros.

[...] a gente sabe que ele está num local que a gente só tem uma hora por dia para vê-lo, durante o restante do dia a gente não tem notícia alguma[...] (E.14).

[...] estamos aqui dois e outros dois ficam lá fora, ligando, então fica todo mundo apreensivo [...] (E.14).

[...] como ele é menor de idade a necessidade que ele teria seria eu estar aqui ao lado dele [...] (E.2).

[...] a nossa permanência aqui se resume ao horário de visita (E.14).

Corroborando os trechos supracitados Freitas, Kimura e Ferreira (2007) declaram que

A hospitalização de um familiar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ocorre, geralmente, de forma aguda e inadvertida, restando pouco tempo para o ajustamento familiar. Diante dessa situação estressante, os familiares podem se sentir desorganizados, desamparados e com dificuldades para se mobilizarem, fazendo emergir diferentes tipos de necessidades (FREITAS; KIMURA; FERREIRA, 2007, p.2).

As necessidades supracitadas pelos familiares revelam a dificuldade e transtornos gerados pela interrupção abrupta do convívio dos seus. Separação acentuada pelo ambiente onde encontram-se esses pacientes, a UTI que se configura como uma unidade fechada no meio hospitalar, local cerceado por normas pré-estabelecidas, desconsiderando na maioria das vezes particularidades individuais.

A federação Pan Americana e Ibérica de Medicina Crítica e Terapia Intensiva, em 1993, publicou sua Declaração de Ética, estabelecendo como um dos direitos do paciente: “Direitos a receberem visitas de seus familiares e amigos, desde que não interfiram nas regras de funcionamento de cada CTI ou nas indicações médicas específicas, em função das necessidades dos pacientes (URIZZI, 2005, p.52 apud ORLANDO, 2001, p.30).”

Segundo Urizzi (2005), a inclusão da família na declaração anterior é de extrema importância, no entanto dependendo de como as regras na instituição hospitalar é estabelecida, compreendendo que se altera de uma unidade para a outra, o respeito a esse direito nem sempre é assegurado, sendo mantida a burocracia e o autoritarismo nas relações no ambiente do CTI.

Outra problemática de saúde vivenciada pelos familiares que vem sendo discutida atualmente a respeito da humanização em ambiente hospitalar é a presença de acompanhantes, prevista em lei nº 8.069 de 13 julho de 1990, que assegura o direito a pais ou responsável permanecerem com seus filhos no caso de internação hospitalar (BRASIL, 1990), e no caso dos idosos a lei que regulamenta a presença do acompanhante estando este internado ou em observação é a de nº10.741, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003).

A presença do acompanhante quando a unidade em questão é intensiva existem divergentes opiniões que em sua maioria rejeitam a presença do mesmo. Quando os pacientes são bebês ou crianças a sensibilização é mais freqüente tendo assim a permissão para acompanhá-los. Para adolescentes, adultos e idosos, as coisas já não acontecem da mesma

forma, existindo grande dificuldade por parte dos profissionais em aceitar o acompanhante (NASCIMENTO Et al., 2007 apud ALMEIDA; VELOSO; BLAYA, 2006).

O motivo para tal rejeição por parte das equipes se sustenta na crença de que a presença do familiar seria um fator estressor para o paciente e um aumento de risco de infecção causado pelos acompanhantes (MACIEL; SOUZA, 2006), o risco de infecção também é utilizado como justificativa para restrição do nº de visitantes por dia.

A equipe de saúde das UTIs apoiadas por em suas concepções ignoram necessidades da família e quão difícil é para esta a separação dos seus parentes, seja eles pais, mães, filhos. A reflexão deve se pautar no se por no lugar do outro e pensar estratégias confortantes que lhe ajudariam enfrentar a situação.

Refletindo tentemos imaginar a dificuldade que é para uma mãe ter seu filho gravemente adoecido em um ambiente frio, altamente mecanizado e cercado por pessoas desconhecidas a mercê de seus cuidados, agravado por sua menoridade, onde é visto pela sua mãe como um ser frágil e indefeso.

Para a família, assim como a tecnologia, a presença dos acompanhantes confere segurança, deste modo os acompanhantes na UTI funcionariam como forma de atendimento da necessidade concreta de segurança, de receber informações a respeito da pessoa internada e de compartilhar com a UTI a ação de cuidar (NASCIMENTO Et al., 2007 apud SANTOS, 1998).

4.2 O desejo da família de cuidado aos seus

O cuidador, em conformidade com Bueno (2007), é aquele que cuida, que zela por alguma coisa ou por alguém. A equipe de enfermagem é composta por agentes do cuidado, cuidadores que nem sempre se enxergam como tais, mas notoriamente por trechos dos

depoimentos dos familiares se revela o desejo de que os seus entes sejam cuidados por nós cuidadores no real sentido da palavra, como aparece a baixo nas declarações colhidas:

Que ele seja cuidado com atenção, carinho, que ele possa contar com a equipe de enfermagem em qualquer momento que ele passe aqui (E.8).

[...] claro que assim, eu quero muito que ele melhore, assim eu vejo que os médicos estão fazendo o possível para ele melhorar [...](E.4).

Desejo em seu sentido literal que dizer “apetite, cobiça, ambição (BUENO, 2007, p.236).” Os depoimentos apresentados enfocam o almejado [“desejado, ansiado, pretendido] (BUENO,2007, p.49)” cuidado ao familiar, entendendo o desejo/ almejar como uma aspiração, vontade de que seja feito algo julgado por eles como importante apontando esperança em seu prognóstico, conforto satisfação mediante o cuidado pretendido.

Em pesquisa realizada para analisar a satisfação dos familiares em UTIs apontou que as questões com maiores índices de satisfação foram as que afirmavam que os familiares sentiam que o melhor cuidado possível estava sendo oferecido ao paciente, como atendimento em geral, principalmente nas questões relacionadas à comunicação, atitude e cuidado médico com o paciente (NEVES Et al., 2009).

O conforto emocional em consonância com resultados do estudo realizado acerca do cuidado humanizado em terapia intensiva apresenta em seu resultados a importância em multi- aspectos do mesmo, dentre eles destacam-se ações indispensáveis ao tratamento como, prescrição e a administração da terapia medicamentosa e a necessidade do cuidado com carinho, dedicação, respeito com o paciente (CAETANO Et al., 2007).

Desta forma podemos perceber que a satisfação pelo cuidado é um gerador de conforto emocional para os pertencentes ao grupo familiar revelando uma forma indireta de ação de enfermagem no cuidado direto a família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivos: Identificar as necessidades de cuidado que os familiares referem, por ocasião da internação de um parente na UTI e analisar, sob a ótica dos familiares, a atuação da equipe de enfermagem no atendimento destas necessidades. Consideramos, portanto, o alcance dos objetivos traçados a partir da análise e discussão dos resultados e destacamos algumas considerações finais.

Como necessidades descritas pelos familiares, observamos o acolhimento referido pelos sujeitos da pesquisa, na forma de apoio, conforto emocional e atenção, Informação e esclarecimentos, Assistência de qualidade ao ente querido e Flexibilização do momento da visita.

A atenção surge como uma necessidade, sendo sugerido pelos familiares maior proximidade da equipe, através de apoio e conforto na tentativa de minimizar o estresse gerado pela turbulência de emoções vivenciadas durante a situação de internação. Por sua vez, esta falta de proximidade da equipe, pode acarretar a inibição dos familiares mediante solicitações ou sugestões importantes.

Mesmo sendo a equipe de enfermagem o foco do instrumento da pesquisa, o enfermeiro foi particularmente citado. Porém, para os familiares, este integrante da equipe se mostrou distante, e em alguns momentos desconhecido, o que foi considerado negativo pelos sujeitos, pois consideram que o enfermeiro tem grandes potencialidades para atendê-los em suas necessidades.

No entanto, em meio a estas considerações, vale ressaltar que grande parte dos familiares declara que a equipe de enfermagem é atenciosa, sendo capaz de compreender e acalmar.

Concernente à informação, os familiares, em sua maioria, declaram que a equipe de enfermagem seria a melhor fonte de esclarecimentos, por estar com o paciente por vinte e quatro horas. Para eles, informações relacionadas ao diagnóstico e prognóstico da doença,

concedidas pelo profissional médico, são importantes, porém seu maior motivo de inquietação se refere a dúvidas relacionadas ao cuidado de enfermagem, como padrão de sono, dores e alimentação. Ainda assim, a equipe por vezes se nega a proporcionar tais esclarecimentos alegando ser a função de informar exclusiva do médico. Entretanto, ainda que em minoria, alguns sujeitos sentem-se compreendidos nesta necessidade, declarando que existem integrantes da equipe de enfermagem que lhes concedem os esclarecimentos requeridos.

Estas divergências de opiniões expostas nas necessidades supracitadas evidenciam que existem particularidades entre os membros das diferentes equipes, onde as formas de cuidado aos familiares se relacionam com características pessoais e não a uma uniformidade de atendimento de enfermagem na UTI pesquisada.

Outra necessidade apontada pelos participantes da pesquisa foi a assistência de qualidade ao ente querido, entendida por eles como a realização correta de procedimentos técnicos agregada a um cuidado impregnado de carinho e afeto. Neste aspecto, os familiares consideram-se atendidos, revelando valorizar a importância dos cuidados prestados ao paciente, como limpeza e boa aparência, administração dos medicamentos e principalmente sendo atentos e afetuosos.

Quase a totalidade dos sujeitos refere insatisfação quanto à organização do momento da visita estabelecida pela unidade. As declarações sugerem aumento do número de visitantes e flexibilização do tempo de permanência na unidade e do horário, adequando este momento às particularidades de cada família, visto que as restrições impostas pela instituição dificultam até mesmo a obtenção de informações, cedidas apenas no horário da visita. Sugerem ainda a possibilidade do estabelecimento de acompanhantes para os pacientes da unidade.

Compreendendo que a essência da enfermagem é o cuidar e tendo em vista a amplitude e magnitude deste conceito, algumas incoerências e falhas tem se estabelecido no cotidiano da profissão, ficando neste íterim a família, não sendo entendida como integrante do processo de cuidar. Porém, a produção científica existente sobre a temática em

questão ressalta a importância do envolvimento e inclusão da rede familiar na atenção de enfermagem ao paciente gravemente enfermo, considerando que o relacionamento com os familiares permite melhor obtenção de informações sobre a dinâmica familiar, que por sua vez possibilita a compreensão da individualidade de cada paciente ali assistido. Desta forma, o cuidado de enfermagem se configura integral, holístico e humanizado.

As dificuldades apontadas pela literatura para o estabelecimento da assistência de enfermagem à família se referem à necessidade de conhecimentos e aprimoramentos tangentes à tecnologia, bem presente na Unidade de Tratamento Intensivo. Porém, acreditamos que a assistência de enfermagem em terapia intensiva almeja restabelecer o paciente, proporcionando concomitantemente seu bem-estar. Sendo assim, não pretende, de maneira alguma, desvalorizar a importância do conhecimento científico na área e da destreza necessária para o manuseio de todo o aparato tecnológico existente na unidade, pois estes fatores são colaboradores da reabilitação física do paciente. Ao contrário, estes devem ser aliados ao carinho, afeto e o toque, não só com o paciente mas também com o seu familiar, a fim de proporcionar o bem-estar do doente, minimizando o desconforto emocional gerado pela situação de internação.

A partir das discussões levantadas, sugerimos para a unidade, campo da pesquisa, o estabelecimento de uma rotina de acolhimento, onde um enfermeiro de cada equipe seria o responsável por fornecer esclarecimentos sobre o ambiente, a rotina e a dinâmica do CTI na admissão, reduzindo o impacto deste momento, e se configurando como uma referência para o familiar, iniciando assim um vínculo. Não se deve esquecer que o acolhimento e o cuidado à família são de responsabilidade de toda a equipe, devendo esta também se disponibilizar e aproximar das famílias. É importante que estas informações sejam continuamente reforçadas durante o período de permanência, para proporcionar melhor compreensão da vivência.

Sugerimos ainda a implementação de um protocolo de atendimento aos familiares, abordando além dos dados pessoais do paciente, pontos importantes da dinâmica familiar,

abrindo espaço para o esclarecimento de dúvidas relacionadas à situação de internação e também para sugestões. Isto propiciaria maior proximidade, e por consequência, melhor acolhimento, além de subsidiar ações individualizadas a cada família.

Evidencia-se de uma forma geral, uma dificuldade no desenvolvimento de estratégias práticas na área de assistência de enfermagem em família, principalmente tendo em vista a jovialidade da exploração e da discussão desta temática. Portanto, o incremento dos estudos nesta área se faz extremamente necessário, pois estamos vivendo uma mudança de paradigma no modelo de assistência à saúde, agora se desvinculando da visão centrada na doença, focando-se na saúde e na família, com vistas à instrumentalização dos membros do núcleo familiar para que se tornem agentes ativos no cuidado e manutenção da própria saúde.

Assim, os currículos de graduação em enfermagem devem agregar aos seus conteúdos as discussões acerca da temática em questão, permitindo aos futuros enfermeiros uma reflexão crítica e posteriormente a incorporação prática de forma natural, que possa abranger, orientar e por fim promover a conscientização da equipe de enfermagem.

Esperamos que esses resultados possam dar subsídios à capacitação dos profissionais de enfermagem para o cuidado à família e para a apropriação da importância da inserção desta no ambiente da UTI como elemento a ser cuidado e importante ferramenta terapêutica

REFERÊNCIAS

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. **Fundamentos da assistência à família em saúde.** Disponível em: <<http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto3>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2009

Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Curso de Humanização em UTI.** São Paulo (Brasil): AMIB; 1998.

AZOULAY, E. et al. Meeting the needs of Intensive care unit patients' families - a multicenter study. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, New York, v. 163, n. 1, p. 135-139. 2001.

BARBOSA, E.C.V.; RODRIGUES, B.M.R.D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. *Acta Sci. Health Sci.*, Maringá, v. 26, n. 1, p. 205-212, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BASCUÑÁN, R.M.L. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Rev Med Chile.* Santiago, v.133, nº6, p.693-698, jun. 2005.

BOFF, L. **O saber cuidar: ética do humana-compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes, 1999

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação.** Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Revista Bioética*, v.4, n.2, supl, 1996.

BRASIL. Lei n. 8.069, 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm> . Acesso em: 29 de junho de 2009, 18:58h.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm. Acesso em: 29 de junho de 2009, 19:04h

BUB, L. I. R., et al. **Marcos para a prática da enfermagem com famílias.** Florianópolis : UFSC, 1994.

BUENO, F.S. **Dicionário escolar de Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: FAE, 2007. 14ed.

BUSTAMANTE-EDQUÉN, S.; SANTOS, R.S. A Arte de Cuidar em Enfermagem Familiar. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v.6, n.1, p.57-64, jan./abr. 2004

CAETANO, J.Á et al. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, jun. 2007

CAMELO, S.H.H., et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no Município de Ribeirão Preto. **Rev Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n°4, p.30-37, ago. 2000.

CASATE, J.C; CORRÊA ,A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-americana de Enfermagem** Ribeirão Preto, v.13, n°1, p.105-111. 2005.

CINTRA, E. A; NISHIDE, V. M; NUNES, V. **Assistência de enfermagem ao gravemente enfermo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

CORRÊA, A.K. **Sendo enfermeira no Centro de Terapia Intensiva**. Ribeirão Preto, 1995, 119p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

CORRÊA, A. K.; SALES, C. A.; SOARES, L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Acta Scientiarum Maringá**, v. 24, n. 3, p. 811-818, 2002.

CUNHA, P.J.C; ZAGONEL, I.P.S. A relação dialógica permeando o cuidado de enfermagem em UTI pediátrica cardíaca. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. Goiania, v.8, n°2, p.292-297. 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a14.htm. Acesso em 14 de junho 2009.

DELANEY, L. **Assessment: data collection of the family client**. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CRISTENSEN, P. J. Nursing process: application of theories, frameworks and models. ST. Louis : C. V. Mosby, 1986. p.87-99.

ELSEN, I. **Concepts of health and illness and related behaviour among families living a Brazilian fishing village, 1984**. 301p. Tese (Doutorado – Ciências de Enfermagem) UCSF - University of California., San Francisco.

ELSEN, I.; PATRICIO, Z. M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e sua implicação para a enfermagem. In: SCHMITZ, E.M.R. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro : Atheneu, 1986. p.169-79.

FITZSIMONS, D; PARAHOO, K; STRINGER, M. Waiting for coronary artery bypass surgery: a qualitative analysis. **J Adv Nurs**. v.32, n°5, p.1243-1252, nov. 2000.

FREITAS, K.S. **Necessidades de familiares em UTI**: análise comparativa entre hospital público e privado, 2005. 109p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP.

FREITAS, K.S; KIMURA, M; FERREIRA, K.A.S.L. Necessidades de Familiares de Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva: Análise Comparativa entre Hospital Público e Privado. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.15, n° 1, janeiro-fevereiro. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000100013&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 18 de outubro de 2008, 22:15h. [Versão on-line]

- GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE. Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, p. 57-63, abr-jun. 1995.
- HARDICRE, J. Nurses' experiences of caring for the relatives of patients in ICU. **Nurs Times**, v. 99, n. 29, p. 34- 37, Jul 22-28. 2003.
- HICKEY, M.; LEWANDOWSKI, L. Critical care nurses' role with families: a descriptive study. **J. Transpl. Heart Lung**, New York, v. 17, n. 6 Pt 1, p. 670-676, 1988.
- INABA, L.C, SILVA, M.J.P; TELLES,S.C.R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v.39, nº4, p.423-429. 2005.
- KURCGANT, P. Formação e competência do enfermeiro de terapia intensiva. **Enfoque**, v.19, n.1, p. 4-6, 1991
- LEMOS R.C.A.; ROSSI L.A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev Latino-americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.10, nº 3, p.345-357, mai-jun. 2002.
- LOURENÇO, E.C; NEVES, E.P. As necessidades de cuidado e conforto dos visitantes em UTI oncológica: Uma proposta fundamentada em dados de pesquisa. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v.54, nº3, p.213-220, set-out. 2008.
- MACIEL, M.R; SOUZA, M. F. de. Acompanhante de Adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do Paciente. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v.19, n.2, p.138-43, mar-abr. 2006.
- MARCON, S.S; ELSEIN, I. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv**, Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-6, jan/dez. 1999. Disponível em:<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4877/3727>. Acesso em 22 de setembro de 2008, 19:42h.
- MARTINS, J.J; NASCIMENTO, E.R.P. A tecnologia e a organização do trabalho de enfermagem em UTI. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v.34, nº4, p.23-27, Nov-dez. 2005.
- MARTINS, J.J; NASCIMENTO, E.R.P; GEREMIAS, C.K; SCHNEIDER, D.G; SCHWEITZER, G.; MATTIOLI, N.H. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Rev. Eletr. Enf**. [Internet]. Goiânia, v.10, nº4, p.1091-1101, novembro-dezembro. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>. Acesso em 23 de maio 2009.
- MATSUDA, L.M; SILVA, N; TISOLIN, A.N. Humanização da assistência de enfermagem: estudos com clientes no período pós-internação de UTI-adultos. **Acta Sciencetiarum Health Sciences**. Maringá, v.25, nº2, p.163-170, mai.2003.
- MARUITI, M.R.; GALDEANO, L.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta paul. enferm**. Sao Paulo, v.20, nº1, p.37-43, Jan-Mar. 2007.

MCLIVEENN, K.H; MORSE J. The role of comfort in nursing care: 1900-1980. **Clinical Nursing Research**. v.4, nº3, p.127-148, mai.1995.

MEIER, M. J. **Tecnologia em enfermagem**: desenvolvimento de um conceito. Florianópolis, 2004. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004, p.167.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MORGON F.H; GUIRARDELLO E.B. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, nº2, p.198-203, mar-abr.2004.

NAGANUMA, M.; KAKEHASHI, T.Y; BARBOSA, V.L; FOGLIANO, R.R.F; IKEZAWA, M.K; REICHERT, M.C.F. **Procedimentos técnicos de enfermagem em UTI neonatal**. São Paulo (SP): Atheneu, 1995.

NASCIMENTO, A.Z et al. Limites e possibilidades da permanência de familiares em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Cogitare Enferm**, Paraná, v.12, n.4, p. 446-51, out/ dez. 2007.

NASCIMENTO E.R.P, TRENTINI M. O cuidado de enfermagem na UTI: Teoria Humanística de Paterson e Zderad. **Rev Latino-americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, nº2, p.250-257, mar-abr. 2004.

NASCIMENTO E.R.P.; MARTINS J.J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. **Nursing**. v. 3, nº29, p.26-30, 2000. (edição brasileira).

NEVES, F.B.C.S et al. Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Terapia Intensiva**, São Paulo, v.21, n.1, p. 32-7, fev. 2009.

OLIVEIRA, F.P.T; SANTOS, G.S; SILVA, L.S. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. **Nursing** 2003 maio; 60(6): 37-42.

OLIVEIRA, L.M.A.C. **Assistência de enfermagem à família na UTI: uma abordagem sobre o atendimento de suas necessidades**. 1991. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

PAULA, A.A.D; FUREGATO, A.R.F; SCATENA, M.C.M. Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. **Rev Latino-americana Enfermagem**. 2000; 8:45-51.

PESSINI, L Bioética e cuidado do bem estar humano: Ética, humanização e vocação como desafio para os profissionais da saúde. **Revista bioética** 2005

PIRES, S. B. MÉIER, M. J. **A sistematização do cuidado em enfermagem: uma análise da implementação, 2007.** 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba.

RODRIGUES I.G; ZAGO M.M.F. Enfermagem em cuidados paliativos. **O Mundo da Saúde.** Rio de Janeiro, v.27, nº 1, p.89-92, jan-mar.2003.

RODRIGUEZ, F.D. Cuidando de famílias de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. **Fam. Saúde. Desenv.** Curitiba set 2003.

SCARELLI, E.M. **Orientação à família do paciente internado em UTI.** 1993. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993

SILVA, A.L. A dimensão humana do Cuidado em Enfermagem. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.13, número especial, Parte I, 2000b.

SILVA, C.A.S; GOTARDO, G.I.B. O Cuidado dispensado aos familiares na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro, v.13, p.223-228, 2005.

SILVA, M.J.P. **O amor é o caminho:** maneiras de cuidar. 2. ed. São Paulo: Gente; 2000a.

SILVA Jr. A.G; MASCARENHAS M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO/ São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 241-57.

SIQUEIRA, A.B. et al. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arq Med ABC,** São Paulo, v.31, n.2, p.73-7, nov. 2006.

SOARES, M. Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** São Paulo, v.19, nº 4, Outubro-Dezembro. 2007.

SOUSA, A. S. et al. O humano com AIDS e a convivência em família. **TextoContexto Enferm.,** Florianópolis, v. 9, n. 2, pt. 1, p. 186-196, maio/ago., 2000.

SOUZA, R.M.C. Visitas em UTI: subsídios para reflexão. **Revista Paulista dos Hospitais,** São Paulo, v.36, n.2, p.24-29, 1988.

STILLWELL, S.B. Importance of visiting needs as perceived by family members of patients in the intensive care unit. **Heart Lung,** v.13, n.3, p.238–42, 1984.

TAKAHASHI, E.I.U. Visitas em unidade de terapia intensiva. **Rev Paul Enfermagem.** São Paulo, v.6, nº3, p.113-115, jul/ago/set.1986.

TEIXEIRA RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. In: **Construção da integralidade:**

cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Editora Vozes; 2003

URIZZI, F. **Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação**. 2005. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a12.pdf> Acesso em: 22 de setembro de 2008, 20:03h.

VILA, V.S.C; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino am- Enferm**, São Paulo, v.10, n.2, p. 137-44, mar/abr. 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2008, 22:17h.

WAIMAN, M.A.P.; ELSEIN, I. Família e necessidades... revendo estudos. **Acta Sci. Health. Sci.**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 147-157, 2004.

WAIMAN, M.A.P; ELSEIN, I; MARCON,S.S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Rev. Eletrônica de Enferm**, Goiânia, v.08, n.02, p. 282- 91, abr-jun. 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a13.htm. Acesso em 12 de outubro de 2008, 21:36h.

WALDOW, V. R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **R. gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.19, n1, p.20-32, jan. 1998

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WRIGHT L.M.; WATSON W.L.; BELL J.M. The family nursing unit: a unique integration of research, education and clinical practice. In: BELL J.M; WATSON W.L; WRIGHT L.M. editores. **The cutting edge of family nursing**. Calgary' Family Nursing Unit Publications, 1990, p.143.

APÊNDICE A**Universidade do Estado do Rio de Janeiro****Centro Biomédico****Faculdade de Enfermagem****Instrumento de pesquisa****1. Caracterização dos Sujeitos**

Idade: 18 a 27 () 28 a 37 () 38 a 47 () 48 a 57 () 58 ou mais ()

Sexo: F () M ()

Grau de parentesco: Filho() Filha() Mãe() Pai() Avô() Avó() Tio() Tia() Outro ()
Especificar: _____

2. Roteiro de Entrevista

2.1 - Como você está enfrentando a situação de internação do seu familiar?

2.2 – É a 1ª vez que você vivencia a internação de um familiar na UTI?

2.3 - Você sabe quem são os profissionais que assistem seu familiar?

2.4 - Como você foi recebido pela equipe de enfermagem na UTI?

2.5 - A equipe de enfermagem foi atenciosa durante este período de internação do seu familiar na UTI?

2.6 - Quais as suas necessidades nesta unidade, onde se encontra o seu familiar?

2.7 - Você considera que a equipe de enfermagem atende a estas suas necessidades?

2.8 – Como você percebe a relação entre você e os profissionais de enfermagem da UTI?

2.9 – Você tem alguma solicitação ou sugestão para a equipe de enfermagem?

APÊNDICE B

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: "Avaliação das Necessidades de Cuidado referidas por Familiares de Pacientes Críticos: O Despertar da Enfermagem", que tem como **objetivos** Identificar os cuidados de enfermagem prestados a familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva e Analisar as repercussões dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem na satisfação dos familiares.

A participação dos sujeitos na pesquisa se restringirá ao tempo destinado à realização da entrevista.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **nesta** pesquisa e os **resultados divulgados** em eventos e revistas científicas.

A sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar** – se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as questões do instrumento de pesquisa

A entrevista será gravada utilizando-se um aparelho MP3 Player e estas gravações ficarão arquivadas por 5 anos e após este tempo serão apagadas

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Não haverá riscos de qualquer natureza para os participantes da pesquisa.

Você receberá uma **cópia** deste termo onde consta o telefone / email / endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto ou sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Bárbara Rodrigues Carvalho Cordeiro

Bruna Kelly de Jesus Lemos

Helen Balthazar de Lima

Gertrudes Teixeira Lopes

Orientadora – Pesquisadora Principal

Data, _____ de _____ de _____.

Declaro estar ciente de todo o conteúdo deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Participante da pesquisa

Gertrudes Teixeira Lopes – Pesquisador Principal – Endereço Institucional: Boulevard 28
de setembro, 157, sala 827, Vila Isabel, Rio de Janeiro – RJ

E-mail: gertrudeslopes@gmail.com

Tel: 2587-6335

APÊNDICE C

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Cronograma

<u>Atividades</u>	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Levantamento de Literatura	■										
Elaboração do projeto		■									
Revisão de Literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Submissão ao Comitê de Ética				■							
Coleta de Dados					■	■	■				
Análise dos dados								■	■		
Elaboração do relatório final								■	■	■	
Revisão do texto									■	■	■
Defesa da Monografia											■
Entrega da Monografia											■

* Setembro de 2008 à Julho de 2009.

APÊNDICE D**Universidade do Estado do Rio de Janeiro****Centro Biomédico****Faculdade de Enfermagem****Declaração de Orçamento de Pesquisa**

Declaro para os devidos fins que a pesquisa intitulada: "Avaliação das Necessidades de Cuidado referidas por Familiares de Pacientes Críticos: O Despertar da Enfermagem" não trará nenhum ônus para a instituição onde será desenvolvida, ou seja, toda e qualquer eventual despesa gerada para a realização do estudo ficará por conta das pesquisadoras.

Grata,

Gertrudes Teixeira Lopes - Pesquisadora Responsável

APÊNDICE E

**TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA
ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA**

Vimos por meio deste, solicitar autorização a V. S^a para que possamos desenvolver a pesquisa de monografia intitulada “Avaliação das necessidades de cuidado referidas por familiares de pacientes críticos: O Despertar da enfermagem”, desenvolvido pelas internas de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ: Bárbara Rodrigues Carvalho Cordeiro, Bruna Kelly de Jesus Lemos, Helen Balthazar de Lima, orientadas pela Prof^a Dr^a Gertrudes Teixeira Lopes.

Esta conceituada instituição foi escolhida por ser uma unidade de grande porte e pela experiência prévia que tivemos no setor por ocasião de estágio curricular, a qual nos foi bastante proveitosa.

Os procedimentos de pesquisa adotados serão entrevistas com os familiares dos pacientes internados no setor, não interferindo na dinâmica de trabalho da unidade.

Vale ressaltar que trata-se de uma pesquisa totalmente autônoma, não trazendo nenhum tipo de ônus para a unidade. Os resultados serão analisados pelas pesquisadoras sob a coordenação da Prof^a Dr^a Gertrudes Teixeira Lopes e divulgados em eventos e revistas científicas.

Atenciosamente,

Prof^a Titular Gertrudes Teixeira Lopes.

gertrudeslopes@gmail.com

Fones (021) 2572-1010 - (021) 9971-2499

Eu, _____ Chefe do Centro de Terapia Intensiva autorizo a entrada das pesquisadoras no setor por mim Chefiado para que desenvolvam a pesquisa acima proposta.

Chefia do Centro de Terapia Intensiva do

Hospital Geral de Bonsucesso – HGB.

Rio de Janeiro ____/____/____

APÊNDICE F

Tabela 2 – Demonstrativo da categoria: A equipe de enfermagem e sua relação com os familiares: atenção às necessidades e desejos. RJ, 2009 (Continua)

DESCRIÇÃO DAS NECESSIDADES E DESEJOS SIGNIFICATIVAS	Nº UR	%	3,4	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA de	Nº UR	%
Equipe de enfermagem muito atenciosa sempre	8	8,4		A equipe de enfermagem no atendimento às necessidades e desejos dos familiares	A equipe de enfermagem e sua relação com os familiares: atenção às necessidades e desejos	124	48,7
Equipe de enfermagem está sendo atenciosa	2	2,1					
Carinho é importante para a família do paciente	1	1,1					
Eles tratam a gente com muito carinho	1	1,1					
Eles tratam a gente com muito amor	1	1,1					
A equipe de enfermagem atende as minhas necessidades	12	12,6					
Atende sempre as necessidades	2	2,1					
Equipe de enfermagem atende perfeitamente as necessidades	1	1,1					
Não to necessitando de nada no momento	3	3,2					
Nem sei o que é necessário	2	2,1					
A equipe de enfermagem não atende as minhas necessidades	4	4,2					
Educação exemplar como profissionais	1	1,1					
Educação exemplar como pessoas humanas	1	1,1					
A equipe é boa	2	2,1					
Eles são bem verdadeiros com os familiares	2	2,1					
Tem dias que a equipe é maravilhosa	3	3,2					
A equipe é a melhor possível	3	3,2					
Gostaria que eles tivessem um pouco mais de respeito e consideração pelos familiares	1	1,1					
A gente pedia eles faziam	1	1,1					
Quando eles não “consegue”, fala assim: Fala com o médico	1	1,1					
Nenhuma sugestão as equipes	3	3,2					
Tem dias que a equipe é aquela: sim, não, ta	1	1,1					
Eles estão fazendo o possível	3	3,2					
Eles estão fazendo, talvez, o impossível	2	2,1					
Queria que eles fizessem alguma coisa	1	1,1					
Eles deveriam dar mais atenção	2	2,1					
Você pede alguma coisa vem com aquela boa vontade	1	1,1					
Tem dias que a equipe é uma porcaria	1	1,1					
Eles sabem a dor que a gente ta sentindo	3	3,2					
O corpo de enfermagem ta sempre ali nos apoiando	2	1,1					
A equipe passou tranquilidade para toda família	2	2,1					
Acho interessante que eles viessem até nós	5	5,3					
Eles gostam que a gente fique bajulando	1	1,1					
Falaram comigo que eu não podia falar com a paciente, por que ela estava sedada	1	1,1					
Dizer o que eles precisam	4	4,2					
Não tenho nada a reclamar	6	6,3					
Nada a pedir	1	1,1					
Um profissional que cuidasse do psicológico da família	1	1,1					
Agradecer a eles a atenção que estão dispensando ao meu filho	1	1,1					
Parabenizá-los	1	1,1					
Total	95	100					

Tabela 2 – Demonstrativo da categoria: A equipe de enfermagem e sua relação com os familiares: atenção às necessidades e desejos. RJ, 2009 (conclusão)				
Eles são até educados	1	3,4		
Atendimento de enfermeiros	1	3,4		
Enfermeiros conversam conosco	2	7,0		
A enfermeira conversou muito	2	7,0		
Enfermeiras não conversam com a gente	1	3,4		
Enfermeira eu não tive contato com ela	2	7,0		
Considero bom quando estão atentos	2	7,0		
Eles passam aqui e falam com a gente (enfermeiros)	1	3,4		
Gostaria de chamar o enfermeiro e ele me desse um resumo do quadro	1	3,4		124
Alguns enfermeiros são muito bons	2	7,0		
A enfermeira acalmou	1	3,4		
Alguns gostam do que fazem	1	3,4		
Elas não estão nem aí (enfermeiras)	9	31,0		
Enfermeiras ficam longe	1	3,4		
Gostaria que as enfermeiras tivessem mais atenção com o paciente	1	3,4		
Total	29	100		

APÊNDICE G

Tabela 3 – Demonstrativo da Categoria: Orientação e explicação como necessidade e desejo dos familiares. RJ, 2009

TEMAS/ UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	N UR	%	CATEGORIA	N UR	%
Quando faço perguntas a equipe de enfermagem me responde	9	13,0%	Orientação e explicação como necessidade e desejo dos familiares	69	27,0
Já conversaram comigo	1	1,5%			
Gostaria que a equipe chegasse e conversasse com os familiares que estão visitando	2	2,9%			
Eles sempre explicam	7	10,0%			
É tudo muito bem explicado	2	2,9%			
Uma técnica de enfermagem explicou o procedimento para a visita	2	2,9%			
A equipe não explica	2	2,9%			
Tem informações que o médico cede no final da visita que a enfermagem poderia dar	5	7,2%			
A gente quer mais informações	2	2,9%			
Preciso de informações	5	7,2%			
Não falta informação	1	1,5%			
O corpo de enfermagem ta sempre ali nos orientando	2	2,9%			
Fui muito importante ter recebido informações sobre a visita	2	2,9%			
Eles respondem que só depois	2	2,9%			
A equipe não fala	2	2,9%			
A equipe diz que é proibido falar	2	2,9%			
A equipe diz que só o médico pode falar	5	7,2%			
Eles não informam nada	1	1,5%			
Gostaria que tivesse reuniões e palestras	1	1,5%			
Não temos acesso a nada do que eles fazem	5	7,2%			
A gente não sabe e fica sem direção	3	4,3%			
Um telefone pra contato	2	2,9%			
Eu queria saber que medicamento ela ta tomando	1	1,5%			
Eu queria saber o que tem no soro dela	1	1,5%			
Eu queria saber por que amarram ela	1	1,5%			
É possível perceber a atenção quando fazemos uma pergunta	1	1,5%			
Total	69	100,0			

APÊNDICE H

Tabela 4 – Demonstrativo da Categoria: A Equipe de Enfermagem no Acolhimento e na Recepção da Família na Unidade de Terapia Intensiva. RJ, 2009

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR	%	CATEGORIA	Nº UR	%
Fui recebido muito bem	14	35,9	A Equipe de Enfermagem no Acolhimento e na Recepção da Família na Unidade de Terapia Intensiva	39	15,3
Recebida com muita ética e profissionalismo	3	7,7			
Talvez necessite de um pouco mais de recepção por parte da equipe de enfermagem	2	5,2			
Fui recebida muito mal	2	5,2			
Se pelo menos a gente chegasse aqui fora do horário e tivesse alguém pra nos receber	1	2,6			
O acolhimento da equipe poderia ser muito melhor	1	2,6			
Com certeza estou sendo ajudada no que é possível	1	2,6			
Me tratam muito bem	2	5,2			
Fui bem respeitado	1	2,6			
Fui bem atendida	8	20,0			
Fui muito bem atendida	2	5,2			
Vão perto da gente da uma posição de como ele está sendo tratado	2	5,2			
Total	39	100			

APÊNDICE I

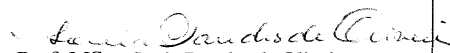
Tabela 5 – Demonstrativo da Categoria: Necessidades e desejos dos familiares no cuidado ao ente querido. RJ, 2009					
TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR	%	CATEGORIA	Nº UR	%
Muito carinho com os pacientes	3	12,4	Necessidades e desejos dos familiares no cuidado ao ente querido	24	9,4
Ele é muito bem tratado	1	4,2			
O paciente é bem tratado	1	4,2			
Que ele possa contar com a equipe de enfermagem	1	4,2			
Que ele possa contar com os profissionais	1	4,2			
A gente só tem uma hora por dia para vê-lo	1	4,2			
Considero bom quando fazem todos os procedimentos necessários	1	4,2			
Eu quero muito que ele melhore	1	4,2			
Cuidado	3	12,4			
Ele é muito bem cuidado	6	25,0			
Que ele seja cuidado com atenção	1	4,2			
Que ele seja cuidado com carinho	1	4,2			
Atendimento de médicos	2	8,2			
Eu estar aqui do lado dele	1	4,2			
Total	24	100,0			

ANEXO

PARECER DO CEP-HGB



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso
PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HGB 44/08.

<p>Coordenadora: Sonia Paredes de Oliveira (Médica).</p> <p>Vice Coordenador: Antonio Abílio P. Santa Rosa (Médico).</p> <p>Secretária Executiva: Cristina Carvalho V. de Araújo (Enfermeira)</p> <p>Membros Carlos Roberto Cabral (Representante dos Usuários) Giuseppe Santa Lucia (Médico) Gustavo Antonio S. Nogueira (Assistente Social). José Maria Gonçalves Neto (Fisioterapeuta) Lia Cristina Galvão dos Santos (Enfermeira) Márcia Natal Batista Abreu (Psicóloga) Virgínia Ribeiro Lima e Andrade (Enfermeira)</p> <p>Projeto: "Avaliação das necessidades de cuidados referidas familiares de pacientes críticos: o despertar da enfermagem".</p> <p>Pesquisadores responsáveis: Gertrudes Teixeira Lopes, Bárbara Rodrigues Carvalho Cordeiro, Bruna Kelly de Jesus Lemos, Helen Balthazar de Lima.</p>	<p align="right">Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 2008.</p> <p>O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso, após avaliação, considerou o projeto (CEP-HGB 44/08), aprovado, encontrando-se dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução nº 196 de outubro de 1996, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.</p> <p>Enfatizamos a necessidade de que, no mês de maio de 2009, seja encaminhado a este CEP um relatório com os dados parciais da pesquisa.</p> <p>Solicitamos que ao término da mesma seja encaminhada a esta Comissão, uma cópia eletrônica (CD-R) do Relatório Final da Pesquisa.</p> <p align="right">  Prof. MSc. Sonia Paredes de Oliveira Coordenadora do CEP-HGB Sonia Paredes de Oliveira COORDENADORA DO CEP-HGB </p>
--	---

Hospital Geral de Bonsucesso
Av. Londres, 616 – Bonsucesso - Rio de Janeiro – RJ
CEP 21041-030