

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

TARISSA DA SILVA RIBEIRO HAACK

**WEBSITE COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO EDUCATIVA PARA
FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI: IMPACTO NA
SATISFAÇÃO, ANSIEDADE E DEPRESSÃO**

Porto Alegre

2019

Tarissa da Silva Ribeiro Haack

***WEBSITE* COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO EDUCATIVA PARA
FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI: IMPACTO NA
SATISFAÇÃO, ANSIEDADE E DEPRESSÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Cleidilene Ramos Magalhães

Porto Alegre

2019

Catlogação na Publicação

Haack, Tarissa da Silva Ribeiro

WEBSITE COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO EDUCATIVA PARA FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI: IMPACTO NA SATISFAÇÃO, ANSIEDADE E DEPRESSÃO / Tarissa da Silva Ribeiro Haack. -- 2019.

78 p. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2019.

Orientador(a): Cleidilene Ramos Magalhães.

1. Unidade de Terapia Intensiva. 2. Familiares. 3. Comunicação. 4. Ansiedade. 5. Satisfação. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

TARISSA DA SILVA RIBEIRO HAACK

***WEBSITE* COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO EDUCATIVA PARA
FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI: IMPACTO NA
SATISFAÇÃO, ANSIEDADE E DEPRESSÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Data da Aprovação: 02 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Cleidilene Ramos Magalhães
Presidente da banca: orientadora, professora do PPGENSAU da UFCSPA

Professora Doutora Simone Travi Canabarro
Membro efetivo: Coordenadora do PPGENSAU. Professora da UFCSPA

Professora Doutora Mariana Calesso Moreira
Membro efetivo: Professora Departamento de Psicologia UFCSPA

Professora Doutora Juçara Gasparetto Maccari
Membro efetivo: Médica Intensivista do Hospital Moinhos de Vento

DEDICATÓRIA

Ao meu amado **esposo Rodrigo**, meu parceiro de todos os momentos, pela infinita paciência nos momentos difíceis, pela compreensão nos momentos de ausência na busca deste sonho, por sempre me impulsionar e ser meu alicerce; compartilho o mérito desta conquista com você!

À minha **mãe Dirce**, por ser meu exemplo de mulher forte e guerreira, que desde a infância me incentivava a ir em busca dos meus objetivos com coragem e bom caráter; dedico este trabalho feito com tanta dedicação a você, mãe!

Aos **meus filhos, Daniel e Antônia**, que são a luz da minha vida; o sorriso de vocês são a minha força infinita para alcançar qualquer objetivo. As leituras dos artigos e as escritas em meio às mamadeiras, brinquedos e mãozinhas puxando o computador não foi fácil, mas certamente foi o meu maior estímulo para a conclusão deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao apoio incondicional que recebi da minha querida família, especialmente ao meu pai Ari Evaldo, minha mãe Dirce, meu esposo Rodrigo e minha sogra Marta, que estiveram sempre comigo, cuidando dos meus filhos nos momentos de ausência, incentivando-me nos momentos mais complicados e possibilitando-me momentos de descontração e alegria.

À minha querida orientadora Cleidilene Ramos Magalhães, que enriqueceu este trabalho com suas valiosas contribuições. Obrigada por acreditar no meu projeto, por ser amiga e acolhedora, e também crítica nos momentos necessários. Tens minha amizade e admiração!

Aos colegas do PPGENSAU pela grande parceria, pelos conhecimentos compartilhados que certamente agregaram muito à minha formação, pelos cafés nos intervalos com muitas conversas para descontrair e pelo apoio nos momentos mais tensos durante o curso.

À equipe UTI Visitas, Regis Goulart, Cassiano Teixeira, Daniel Sganzerla, Daiana Barbosa, Claudia Severgnini Eugênio, Rafaela Moura, Caroline Robinson e Mariana Martins, pela idealização deste grandioso projeto que levou tanta compaixão pelas UTIs de todo Brasil, que resgatou a essência dos profissionais que participaram deste estudo, que possibilitou a tantos pacientes terem seus entes queridos mais próximos durante o momento mais delicado das suas vidas, que viabilizou a comunicação e a informação no ambiente crítico da UTI. Obrigada, equipe UTI Visitas, pela parceria nas incansáveis viagens pelo Brasil afora, com caixas de formulários nos braços e uma vontade imensa de fazer a diferença na vida destes pacientes, familiares e profissionais da saúde. Sem vocês, este trabalho não existiria!

Aos meus colegas do Hospital Moinhos de Vento, pela parceria diária, pela paciência nos momentos de ansiedade e estresse na execução deste trabalho, pelo incentivo e amizade, pelos momentos de descontração que alegraram meus dias. O apoio de vocês foi essencial!

Ao Núcleo de Apoio à Pesquisa (NAP) do Hospital Moinhos de Vento, pelo apoio na realização deste estudo.

When I look at where I'm coming from
I know I'm blessed, and I close my eyes and smile

Sometimes I feel like
The richest man in Babylon
And I've done my best
So everything's alright inside

Chronixx - I Can

RESUMO

Introdução: A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é um ambiente onde se concentram recursos humanos e materiais para o atendimento de pacientes graves. Por esse motivo, é caracterizada por ser uma unidade pouco humanizada, onde as famílias não são preparadas para lidar com situações de gravidade, gerando assim altos níveis de ansiedade e depressão e baixa satisfação dos familiares. Nessa assertiva, oportunizar para que as famílias estejam mais próximas da unidade, educar e possibilitar informações importantes sobre a UTI pode ser uma das formas de reduzir estes sintomas indesejados entre os familiares. **Objetivo:** Verificar se a utilização de um website informativo influencia na redução dos sintomas de ansiedade em familiares acompanhantes que participaram de um programa de visita ampliada na UTI. **Métodos:** Foi realizado um estudo de corte longitudinal aninhado em um ensaio clínico randomizado, no período de abril de 2017 a junho de 2018 em 35 UTIs com horários de visita flexível no Brasil. Os membros das famílias participaram de ao menos uma reunião presencial educacional antes de serem autorizados a visitar o paciente por até 12 horas por dia durante a permanência na UTI. Além disso, esses familiares foram orientados a acessar um site educacional (www.utivisitas.com.br) destinado a ajudá-los a compreender os diversos processos e emoções associados à permanência na UTI. Os principais resultados do estudo foram a satisfação com os cuidados avaliados pelo Inventário de Necessidades Familiares para Cuidados Críticos (INEFT) e os sintomas de ansiedade e depressão avaliados pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Os membros da família foram avaliados através de questionários autoaplicados nas primeiras 48 horas após a internação do paciente e até 7 dias após a alta da paciente na UTI, morte ou no máximo de 30 dias para avaliação do resultado. **Resultados:** Foram avaliados 532 familiares durante o período do estudo. Destes, 61 (11,5%) acessaram o site. Após, uma análise multivariada foi conduzida, anos de escolaridade (razão de risco [RR], 1,06; intervalo de confiança [IC] 95%, 1,01-1,11) e escores de depressão HADS > 7 (RR, 1,74; IC 95%, 1,05-2,90) no início do estudo foram independentemente associados com o acesso ao site. Nesse ínterim, após ajuste para idade, escolaridade e escores HADS no início do estudo e status de sobrevida do paciente no final do acompanhamento, os membros da família que acessaram o site obtiveram média significativamente melhor do escore INEFT (152,8 vs. 145,2, P = 0,01) e menor prevalência de provável ansiedade clínica (razão de prevalência, 0,35; IC95%, 0,14-0,89) do que os familiares que não acessaram o site. Todavia, não houve diferenças significativas entre os dois grupos de estudo em relação aos sintomas de depressão. **Conclusão:** O acesso a um site educacional destinado a familiares de pacientes críticos foi associado à maior satisfação com o cuidado e à menor prevalência de ansiedade clínica.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva. Familiares. Comunicação. Ansiedade. Depressão. Satisfação.

ABSTRACT

Introduction: The Intensive Care Unit (ICU) is an environment where human and material resources are concentrated for the care of critically patients. For this reason, it is characterized by being a poorly humanized unit, where families are not prepared to deal with serious situations, thus generate high levels of anxiety and depression and low satisfaction of family members. In this assertion, providing opportunities for families to be closer to the unit, educating and providing important information about the ICU can be one way to reduce these unwanted symptoms among family members. **Objective:** To verify if the use of an informative website influences the reduction of anxiety symptoms in accompanying family members who participated in an extended ICU visiting program. **Methods:** A nested longitudinal cohort study was conducted in a randomized clinical trial from April 2017 to June 2018 in 35 ICUs with flexible visiting hours in Brazil. Family members attended at least one face-to-face educational meeting before being allowed to visit the patient for up to 12 hours a day while in ICU. In addition, these family members were instructed to access an educational site (www.utivisitas.com.br) designed to help them understand the various processes and emotions associated with ICU stay. The main results of the study were satisfaction with the care evaluated by the Critical Care Family Needs Inventory (INEFT) and anxiety and depression symptoms evaluated by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Family members were evaluated through self-administered questionnaires within the first 48 hours after the patient's hospitalization and up to 7 days after the patient's leave the ICU, death or at most 30 days for outcome evaluation. **Results:** 532 family members were evaluated during the study period. Of these, 61 (11.5%) accessed the site. Afterwards, a multivariate analysis was conducted, years of schooling (hazard ratio [RR], 1.06; 95% confidence interval [CI], 1.01-1.11) and HADS depression scores > 7 (RR, 1.74; 95% CI, 1.05-2.90) at baseline were independently associated with site access. In the meantime, after adjusting for age, schooling, and HADS scores at baseline and patient survival status at the end of follow-up, family members who accessed the site obtained significantly better mean INEFT scores (152.8 vs. 145, 2, P = 0.01) and lower prevalence of probable clinical anxiety (prevalence ratio, 0.35; 95% CI, 0.14-0.89) than family members who did not access the site. However, there were no significant differences between the two study groups regarding symptoms of depression. **Conclusion:** Access to an educational site for family members of critically ill patients was associated with greater satisfaction with care and lower prevalence of clinical anxiety.

Keywords: Intensive Care Units. Relatives. Communication. Anxiety. Depression. Satisfaction.

LISTA DE ABREVIATURAS

CCFNI	<i>Critical Care Family Needs Inventory</i>
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
INEFT	Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva
PNH	Política Nacional de Humanização
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos familiares, por acesso ou não ao site	32
Tabela 2 – Fatores associados ao acesso ao website	33
Tabela 3 – Modelo multivariável para acessar ao website, ajustado por idade, sexo e óbito do paciente	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do estudo	28
Figura 2 – Fluxograma dos pacientes excluídos do estudo	31
Figura 3 – Gráfico de satisfação	34
Figura 4 – Mapa de acesso ao site	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA	16
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
4 REFERENCIAL TEÓRICO	20
5 METODOLOGIA	25
5.1 Website informativo	26
5.2 Instrumentos de acompanhamento e avaliação	27
5.3 Tamanho da amostra	27
5.4 Análise estatística	28
5.5 Aspectos éticos	28
6 RESULTADOS	29
7 MAPA DE ACESSO AO SITE	34
8 DISCUSSÃO	35
9 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	43
APÊNDICE B – FLEXIBILIZAÇÃO DA VISITA FAMILIAR AO PACIENTE INTERNADO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO NO BRASIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	45
APÊNDICE C – LIVRETO: COMO O FAMILIAR PODE AJUDAR O PACIENTE NA UTI?	58
ANEXO A – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)	76
ANEXO B – INVENTÁRIO DE NECESSIDADES E ESTRESSORES DE FAMILIARES TERAPIA INTENSIVA (INEFTI)	78

1 INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é considerada um ambiente de alta tecnologia, que possibilita cuidados mais complexos e especializados, concentrando materiais e profissionais com alto desempenho para monitorização e assistência permanente. Nessa assertiva, a UTI é vista como um local causador de estresse, onde pacientes e familiares podem passar por experiências de desconforto físico e emocional. (CAPPELLINI; BAMBI; LUCCHINI, et al, 2014).

Culturalmente, em termos mundiais, o acesso de familiares à UTI é restrito. Isso ocorre devido ao possível risco de infecções, aumento do estresse fisiológico, organização do cuidado prejudicada, alta demanda de cuidados intensivos e segurança dos pacientes que pode ser prejudicada pelo acesso de familiares na UTI. (MCADAM; PUNTILLO, 2013).

Todavia, a Política Nacional de Humanização (PNH), elaborada no ano de 2004, visa aumentar o acesso dos visitantes às unidades de internação e reforça que um membro da família ou da rede social pode ser essencial não somente para acompanhar o paciente internado, mas também para entender qual o seu papel como cuidador leigo, sendo inclusive, orientado para ocupar esta posição. Compreende-se que a visita aberta é uma proposta da PNH. O objetivo é expandir o acesso de familiares/visitantes às unidades de internação, possibilitando o elo entre o paciente, sua rede social e os serviços de saúde. (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2004).

Nesse ínterim, algumas UTIs já vêm adotando mudanças no sistema de visitação. Nesse sentido, buscam expandir o horário de acesso às famílias na unidade, por exemplo, com o objetivo de amenizar o sofrimento do paciente e reduzir danos psicológicos aos familiares, podendo inclusive aumentar a satisfação dessas famílias. (ROSA; RUTZEN; MACHADO, 2015). A doença crítica de um parente próximo é muitas vezes um momento traumático na vida, capaz de causar grande angústia em familiares. (ROSA; TONIETTO; SILVA, et al, 2017).

Por outro lado, um ambiente de UTI é frequentemente percebido como hostil (ISLAM; RASHID, 2018). O comportamento frio dos profissionais que atuam na UTI e a linguagem técnica, que muitos médicos utilizam para explicar doenças complexas, podem piorar a interação de rotina diária entre os profissionais da UTI e os familiares dos pacientes. (KENTISH-BARNES, PRIGERSON, 2016). Ademais, falhas na comunicação podem possibilitar sintomas de sofrimento psicológico entre os familiares. Estes indivíduos podem testemunhar procedimentos e dispositivos médicos invasivos e desconhecidos, por exemplo.

(WHITE; ANGUS; SHIELDS, 2018). Além de todos estes fatores, os membros da família ainda são frequentemente solicitados a atuar como tomadores de decisão dos pacientes, quando estes estão temporariamente ou permanentemente incapacitados. (KROSS; ENGELBERG; GRIES, 2011).

Nesse contexto, com o intuito de resolver este dilema e sanar suas dúvidas, muitas vezes os familiares recorrem a canais inadequados, como por exemplo, a internet, ‘boca a boca’ ou a televisão. Contudo, esses locais podem apresentar informações pouco confiáveis ou inúteis sobre a situação do paciente, criando expectativas improváveis. (GIANNOULI; MISTRALETTI; UMBRELLO, 2017). A busca pela informação em saúde é, portanto, um dos motivos mais comuns que levam as pessoas a usarem a internet. (EYSENBACH; KOHLER, 2003).

2 JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA

A flexibilização dos horários de visitação na UTI é um grande desafio. Trata-se ainda de uma quebra de paradigma importante, diretamente relacionada às maiores características desta unidade, ou seja, ser fechada e restrita. Considerando que tal mudança possa trazer desfechos clínicos positivos aos pacientes, esta inovação torna-se fundamental nas unidades de intensivismo.

Nessa perspectiva, diversas ações e temáticas precisam ainda ser exploradas, para que essa mudança ocorra da maneira mais estruturada e efetiva possível. Um aspecto muito importante, entre todas as interfaces que rodeiam este novo modelo de visitas à UTI, é a comunicação. Esse aspecto perpassa todos os envolvidos e dá o tom que esta interação ocorrerá entre pacientes, familiares e equipes.

Ter um familiar internado em uma UTI gera uma série de sentimentos e emoções negativas na família, tais como ansiedade e depressão, uma vez que este evento não faz parte de suas rotinas. Dessa forma, é necessário que uma parte deste processo seja o preparo das famílias para acessarem à unidade. Isso poderá ocorrer de diversas formas, desde que siga um método adequado, didático e que proporcione informações, para que as famílias sejam “educadas” para ficarem neste ambiente de maneira tranquila e segura.

Por outro lado, a falta de informação adequada pode propiciar situações em que as famílias procuram informações em canais inadequados, como por exemplo, na televisão, ‘boca a boca’, cinema e internet que, muitas vezes, disponibilizam conteúdo duvidoso criando expectativas improváveis ou trazendo mais ansiedade ainda para os familiares. Um dos principais motivos que levam as pessoas a acessarem a internet é a busca de informações de saúde, já que não recebem estas informações de maneira adequada e de fácil acesso. Por todos esses motivos, os familiares de pacientes criticamente enfermos estão mais expostos ao desenvolvimento de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático. (MISTRALETTI et al., 2017).

Cabe ressaltar que muitas famílias encontram diversas dificuldades em compreender o funcionamento de uma UTI. Por outro lado, o website é uma tecnologia acessível às famílias e a toda a população. Por isso, é preciso pensar na utilização de uma ferramenta como essa para tornar as informações mais disponíveis, podendo proporcionar um maior entendimento e uma comunicação mais efetiva.

Nesse sentido, um website poderá disponibilizar um conteúdo prático, simples e didático, onde os familiares terão a oportunidade de procurar informações que consideram

importantes sobre a estrutura da UTI e a equipe multidisciplinar. A ferramenta também poderá oferecer orientações sobre o fluxo de trabalho, horários de visitação, alimentação, rotinas e, principalmente, orientações sobre de que forma o familiar poderá contribuir para a recuperação do paciente.

Podemos pensar que, dispondo de informações claras e acessíveis, o familiar poderá ter mais tranquilidade ao permanecer na UTI; acompanhar o paciente internado; sentir-se mais seguro e integrado com este ambiente; e, assim, reduzir sintomas de ansiedade e depressão. Essa seria uma forma mais humanizada de tratar esses familiares e, também, os pacientes.

Desde a minha formação sempre estive muito presente a vontade de atuar de forma humanizada com pacientes e familiares. Percebi que, no decorrer do tempo, grande parte dos profissionais da saúde perdem a real essência da sua profissão. Tornam-se, muitas vezes, mecânicos em sua atuação. Essa temática ficou ainda mais aguçada quando ingressei na área da terapia intensiva. O ambiente frio e hostil, a alta tecnologia, os alarmes soando alto. Todos estes fatores faziam esta unidade ainda mais angustiante e traumática aos olhos dos familiares. Os profissionais tinham pouco ou nenhum contato com as famílias. O pouco tempo em que os familiares permaneciam na unidade era carregado de muitas dúvidas, questionamentos, insegurança e medo.

Ademais, corroborou para meu crescente interesse pelo tema, o fato de que, em julho de 2015, foi iniciado o projeto de visita ampliada por 12 horas no Centro de Terapia Intensiva Adulto, onde eu atuo. Agregado a esta visita mais acessível, estabelecemos uma reunião de orientações para os familiares, em que explicamos as rotinas da unidade, os equipamentos, o papel da família no cuidado e algumas regras que priorizam a segurança do paciente durante a visita ampliada. Percebi que essa mudança tornou a UTI mais humana e acolhedora. Os colaboradores encontraram um sentido maior na sua atuação. Por outro lado, os familiares permaneciam na unidade por mais tempo, muito mais tranquilos e seguros.

Com o tempo, pude entender que o ponto-chave de tudo era a informação. As famílias precisavam entender o que acontecia com os pacientes, o que significava cada equipamento, quais eram as atribuições de cada profissional e como poderiam auxiliar para a recuperação do seu familiar internado.

Além disso, as temáticas comunicação e informação permeiam todas as áreas e são motivos de grandes discussões. Pensando nas questões relacionadas à informação nos dias atuais, o acesso à internet é o que existe de mais novo, rápido e fácil. Por esse motivo, a elaboração de um website e um folheto informativo, com figuras ilustrativas, linguagem simples e acessível, para os familiares de pacientes internados em UTI, poderia ser um

produto que auxiliasse na busca de respostas para dúvidas frequentes, trazendo maior tranquilidade e segurança. Poderia, dessa forma, impactar positivamente na maior satisfação e na redução dos índices de depressão e ansiedade destas famílias.

Neste contexto, surgiu a vontade de elaborar estes produtos e avaliar o quanto isso poderia trazer impactos psicológicos positivos na vida destes familiares. Nessa perspectiva, minha busca pelo mestrado profissional foi a escolha que fiz para a realização deste propósito de pesquisa, pensando no benefício que estes produtos poderiam contribuir tanto para a minha atuação profissional como para a área da assistência em terapia intensiva.

Assim, a presente pesquisa partiu do seguinte questionamento: a utilização de um website informativo influencia nos sintomas de ansiedade em familiares acompanhantes que participaram de um programa de visita ampliada na UTI?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar se a utilização de um website informativo influencia nos sintomas de ansiedade em familiares acompanhantes que participaram de um programa de visita ampliada na UTI.

3.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar sintomas de depressão em familiares acompanhantes que participaram de um programa de visita ampliada na UTI e acessaram o website informativo.
- b) Averiguar o nível de satisfação em familiares acompanhantes que participaram de um programa de visita ampliada na UTI e acessaram o website informativo.
- c) Verificar fatores associados à adesão dos familiares ao *website* informativo.
- d) Elaborar material impresso (Brochura) para orientação de familiares de pacientes internados em UTI.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é um ambiente em que se concentram recursos humanos e materiais para o atendimento de pacientes graves que necessitam de assistência permanente, com utilização de recursos tecnológicos adequados para a monitorização contínua dos sinais vitais do paciente e intervenções em situações de instabilidades hemodinâmicas e ventilatórias. (RÊGO, 2011).

A hospitalização em uma UTI é um momento comumente difícil para a família, que pode passar por muitos sentimentos que envolvem não somente o seu familiar hospitalizado como também as suas perspectivas de vida. Isso ocasiona, em muitos casos, a desestabilização emocional devido ao despreparo da família para lidar com a situação de gravidade. (FRIZON et al., 2011). Por esse motivo, a família pode expressar diversos sentimentos, tais como: angústia, raiva e revolta; que podem se tornar ainda mais graves diante da restrição de sua presença nesse local. (FERREIRA et al., 2013).

Nessa perspectiva, alguns autores sugerem que os pacientes e seus familiares podem experimentar diferentes níveis de ansiedade, depressão e angústias no momento em que acontece uma hospitalização em ambiente de terapia intensiva. (FUMIS et al., 2014). Esse fato pode estar associado aos recursos utilizados para garantir a estabilidade do doente, tais como procedimentos invasivos, vistos pela família como causadores de dor, desconforto físico e emocional, medo, elevado grau de incerteza no que concerne ao diagnóstico, tratamento e, sobretudo, prognóstico. (SAIOTE; MENDES, 2011).

Todavia, entende-se que o contato direto entre o paciente e a família possibilita uma relação de troca, que pode trazer benefícios para ambos. Para a família, essa proximidade é importante para poder sentir que está ajudando seu ente querido a se recuperar; e para o paciente, o sentimento de estar acolhido e motivado. (MARTINS et al., 2009). Por esse motivo, as UTIs estão passando por algumas mudanças, tais como a flexibilização e o aumento dos horários de visita, por exemplo, que permitem maior conforto e melhoram a satisfação dos pacientes e familiares. (RÊGO, 2011).

Ademais, outros autores confirmam esta questão, evidenciando que o ambiente de terapia intensiva apresenta um sistema complexo de monitorizações contínuas e elevados recursos humanos e tecnológicos para prestar um atendimento adequado e eficaz no tratamento de pacientes criticamente enfermos. Por apresentar essa característica, as unidades são vistas pelos familiares como um espaço agressivo e frio, trazendo angústia e insegurança.

Portanto, é de extrema importância a construção de uma comunicação adequada e clara entre familiares e equipe, atendendo as necessidades das famílias a fim de reduzir a ansiedade neste momento de vulnerabilidade diante da possibilidade de morte, separação e mudança na vida dessas famílias. Para isso, é necessário perceber que, neste ambiente estressor e complexo, a comunicação pode se tornar mais difícil e complicada, pelos inúmeros fatores que podem interferir no entendimento das informações prestadas pelos profissionais. (PUGGINA et al., 2014).

Ainda outros autores destacam que o ambiente de UTI gera nos familiares medo, angústia e incerteza, além da procura desesperada por informações com a equipe. Estes sintomas ocorrem principalmente pela falta de conhecimento relacionado às rotinas, equipamentos, tratamento e entendimento do que se passa com seu ente querido. A disponibilidade de informações simples, tais como regras, rotinas, procedimentos e funcionamento da unidade são fundamentais para envolver os familiares nos cuidados dos pacientes, trazendo calma e reduzindo medo e ansiedade durante a internação na UTI.

No entanto, os profissionais que atuam nesta área são voltados às práticas assistenciais complexas: objetivam exclusivamente manter as funções vitais dos pacientes. Assim, a comunicação e o esclarecimento das dúvidas da família tornam-se uma prática secundária. (SAIOTE; MENDES, 2011).

Contudo, destaca-se que a educação dos pacientes e familiares na UTI é uma tarefa crucial para a equipe multidisciplinar. Assim, a flexibilidade dessas informações é de extrema importância, uma vez que cada família apresenta necessidades e dúvidas específicas. Além disso, é preciso considerar que algumas famílias não estão preparadas para determinadas informações. Por esse motivo, o acesso rápido pode gerar ansiedade e dúvidas, impactando negativamente em suas emoções.

Nesse contexto, existem autores que defendem a entrega de informações gradativamente, conforme os familiares demonstram preparo emocional e adaptação ao ambiente. Nesse sentido, o uso de imagens e multimídias pode impactar positivamente no aprendizado, podendo ainda melhorar o entendimento e a redução de ansiedade no recebimento dessa informação. (SCHNOCK et al., 2017).

Os mesmos autores reforçam ainda que a vulnerabilidade das famílias em UTI e os diferentes níveis de entendimento das situações podem trazer prejuízos na participação dos familiares na tomada de decisões com a equipe multidisciplinar, além de danificar sua participação nos cuidados com o paciente. A educação dos membros das famílias na UTI pode

ajudar na compreensão, reduzindo situações de estresse e diminuindo níveis de ansiedade. (SCHNOCK et al., 2017).

Por esse motivo, estabelecer um vínculo de confiança e respeito entre a família e a equipe é de extrema importância para assegurar uma assistência segura e de qualidade. A comunicação é uma ferramenta essencial na formação desse vínculo, proporcionando também um atendimento mais humanizado. (PUGGINA et al., 2014).

Outros autores também reforçam esta questão, destacando que a comunicação é o processo mais importante na aproximação da equipe e familiares, uma vez que estabelece um vínculo e constitui uma assistência mais humanizada. A comunicação em seu contexto geral é uma das principais estratégias que leva à consolidação dos vínculos, permeando as relações e fortalecendo a confiança e a segurança entre as pessoas. (SCHNEIDER; BIELEMANN; QUADROS, 2013).

Nesse contexto, em que a comunicação perpassa o conceito de fala adequada e clara, é preciso perceber os sentimentos, gestos, falas e entender as limitações de cada indivíduo. É necessário também perceber as necessidades de cada família, esclarecendo dúvidas específicas sobre prognóstico e tratamento, bem como sobre equipamentos, sondas, cateteres e drenos existentes. (PUGGINA et al., 2014).

Todavia, apesar das evidências mostrarem a importância dos conteúdos educacionais para familiares em UTI, os poucos conteúdos existentes não são acessíveis para as famílias em tempo real à sua necessidade. Para resolução dessa problemática e para facilitar a comunicação, seria de grande valia identificar informações importantes comuns a todos os familiares, disponibilizando-as de maneira fácil e imediata. É importante ressaltar, no entanto, que este meio de comunicação não visa substituir a educação e as informações prestadas de forma presencial. (SCHNOCK et al., 2017).

A comunicação efetiva e individualizada pode trazer benefícios a todos os envolvidos no processo. Pensando no contexto de tristeza, dor, fragilidade emocional em que a família se encontra, a comunicação adequada gera acolhimento e humanização, contribuindo para amenizar o sofrimento, trazendo bem-estar, minimizando ansiedade e aumentando satisfação. As ferramentas de comunicação podem também proporcionar melhor qualidade assistencial, uma vez que aproximam as pessoas e geram maiores possibilidades de obtenção de informações e assistências importantes à família e à equipe. (SCHNEIDER; BIELEMANN; QUADROS, 2013).

Autores ainda ressaltam a necessidade das famílias sentirem-se seguras e, com isso, também, sentirem-se menos ansiosas e temerosas em relação ao estado de saúde do seu

familiar doente. Esta questão reforça ainda mais a necessidade de criar ferramentas que disponibilizem às famílias informações mais claras e precisas não somente sobre o estado de saúde e prognóstico, como também sobre os cuidados prestados na unidade, rotinas, processos, bem como orientações sobre como o familiar pode contribuir para o sucesso do tratamento e bem-estar do paciente. (PUGGINA et al., 2014).

Para tanto, uma das pesquisas realizadas tratou-se de um estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa. Foi realizado em três UTIs e uma unidade semi-intensiva do Hospital São Vicente de Paulo, em Jundiaí, totalizando 45 leitos. Os familiares foram selecionados por meio de uma amostragem não probabilística e de conveniência, sendo elaborado um instrumento de identificação de comunicação não verbal de familiares em UTI e adaptado aos comportamentos presentes no Quadro de Modelos não verbais de Comunicação. Foi utilizado também o Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI), que avaliou a importância das necessidades de familiares de pacientes em UTI e a satisfação com o atendimento nesta unidade. O instrumento abordou necessidades relacionadas a cinco dimensões: Informação, Segurança, Proximidade, Suporte e Conforto. Nos resultados deste estudo, a partir das respostas ao INEFTI e das características da amostra estudada, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes 4 vezes na dimensão Segurança e apenas 1 vez na dimensão Proximidade. Este estudo destacou a necessidade de Segurança como a mais importante. (PUGGINA et al., 2014).

Outro estudo transversal que confirma esta questão teve como proposta analisar comparativamente as necessidades de familiares de pacientes adultos, internados em UTIs de hospital público e privado, quanto ao seu grau de importância e satisfação. Foram entrevistados 91 familiares, sendo 47 de instituição pública e 44 de particular, utilizando-se o INEFTI. Neste estudo, 74% das necessidades consideradas importantíssimas ou muito importantes estavam relacionadas à Informação e à Segurança. As que se referiam à infraestrutura, organização e funcionamento da UTI representaram 26% dessas necessidades. (FREITAS; KIMURA; FERREIRA, 2007).

Por outro lado, elaborar um conteúdo com o objetivo de educar as famílias em UTI e organizá-lo de maneira acessível e em linguagem simples pode impactar positivamente na experiência de pacientes e familiares, facilitando a aprendizagem e podendo proporcionar informação e maior segurança aos visitantes. Nesse contexto, uma forma simples e rápida de disponibilizar este conteúdo são os portais na web que, apesar de não ser uma forma comum de educação em UTI, pode se tornar uma maneira mais fácil de acesso e permite à pessoa

buscar a informação necessária conforme sua necessidade. Todavia, é preciso destacar que nem todos os familiares têm acesso à web. No entanto, os materiais digitais podem ser impressos conforme demanda para disponibilizar cópia escrita aos familiares e pacientes. (SCHNOCK et al., 2017).

Um estudo realizado em UTIs italianas utilizou como intervenção duas ferramentas de comunicação, uma brochura e um website. Ambos foram projetados para familiares de pacientes internados em UTI. Foi constatado que as intervenções ajudaram no entendimento dos familiares em relação ao prognóstico e tratamento, além de melhorar a compreensão da unidade. Os resultados deste estudo evidenciaram menor prevalência de sintomas de estresse pós-traumático destes familiares. Dessa forma, maneiras de comunicação mais claras, objetivas e de fácil acesso podem ser estratégias na busca de melhores resultados psicológicos em familiares, assim como estreitar as relações entre profissionais de saúde e acompanhantes de doentes críticos. (MISTRALETTI et al., 2017).

Dessa maneira, estratégias de inovação tecnológica podem ser utilizadas como ferramentas na contribuição de uma comunicação eficiente, favorecendo a qualidade, eficácia, efetividade e segurança do cuidado. Além disso, pode estabelecer uma forma de integração entre os diversos contextos envolvidos na assistência dos pacientes. Portanto, a tecnologia pode facilitar a comunicação e ser utilizada para trazer benefícios para um cuidado mais ético e humanizado dos pacientes e familiares na UTI, podendo reduzir ansiedade e aumentar satisfação dos mesmos. (SALVADOR et al., 2012).

5 METODOLOGIA

Este é um estudo de coorte longitudinal multicêntrico, aninhado em um estudo cruzado randomizado por cluster. O estudo foi realizado no período de abril de 2017 a junho de 2018, em 35 UTIs com horários flexíveis de visita no Brasil. Foram incluídos hospitais universitários e não universitários com UTIs, tendo diferentes tipos de pacientes.

A população estudada constituiu-se de familiares (pai/mãe, irmão(a), filho(a), neto(a), avô(ó), primo(a) de primeiro grau, cônjuge/companheiro) próximos de pacientes que estiveram internados nas UTIs e que tiveram acesso à visita ampliada.

Crítérios de inclusão: familiares de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que permaneceram duas horas ou mais por dia junto ao paciente na UTI.

Crítérios de exclusão: familiar do mesmo paciente que já tivesse sido avaliado pelo estudo; não falar português; ter limitações para responder ao questionário autoaplicável (analfabetismo, deficiência visual e/ou auditiva não corrigidas).

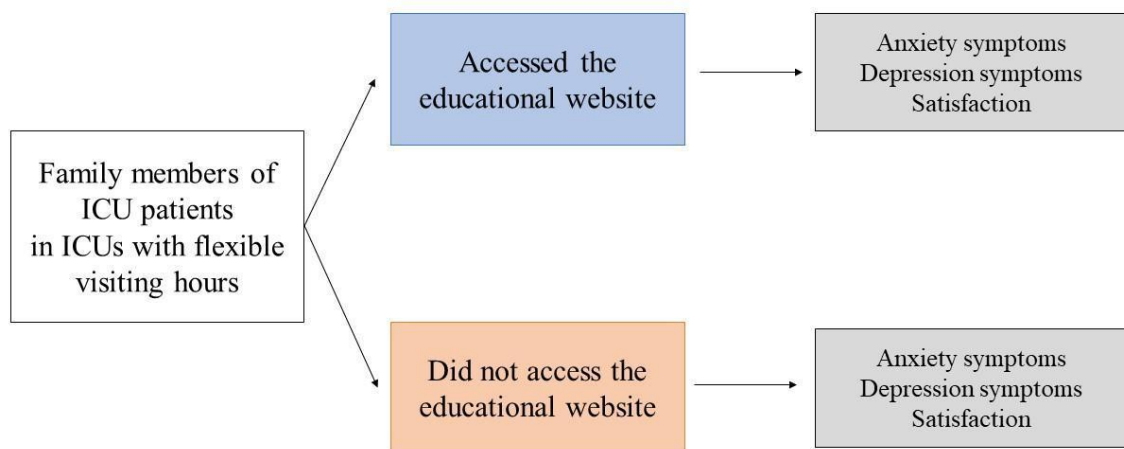
Estes familiares, para obterem o direito de visita ampliada, participaram obrigatoriamente de uma reunião informativa sobre boas práticas em visita na UTI. Foram explicados aspectos relacionados ao funcionamento da UTI; cuidados que os pacientes criticamente enfermos são submetidos; medidas de controle de infecção; direitos e deveres do visitante na UTI; e a política de visita ampliada, na qual o familiar pode permanecer ao lado do paciente por um período de até 12 horas diárias. Essas reuniões estruturadas foram conduzidas por profissionais preparados, em formato presencial, pelo menos 3 vezes por semana. Para os demais visitantes (incluindo familiares que não participaram na reunião de boas práticas em visita na UTI), foi permitida a visita social em horários intermitentes definidos pela rotina de cada instituição.

No momento da internação do paciente na UTI, os familiares foram convidados para participarem do estudo. Após o aceite, assinaram o TCLE e foi aplicado o Formulário do Familiar - Linha de Base. Esse formulário foi aplicado antes do acesso dos familiares à visita ampliada, nas primeiras 48 horas após a inscrição do paciente para dados iniciais. O formulário contempla características sociodemográficas e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Anexo A) com respostas fechadas. O Formulário Desfecho, que foi aplicado na saída do paciente da UTI, contempla a Escala HADS e o Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI) (Anexo B), e foi aplicado no momento da finalização do acompanhamento do paciente, que ocorreu no máximo em até 30 dias de acompanhamento, ou alta hospitalar, ou óbito, ou transferência de

hospital, o que aconteceu primeiro, podendo ser aplicado em uma janela de até 7 dias após a saída do paciente da UTI.

Todos os familiares participantes, cuja visita era flexível, foram informados em relação ao website e seu conteúdo. Ao final da entrevista, foi avaliada a adesão à plataforma, assim como a sua satisfação, com a qual foi possível avaliar o impacto do website e a identificação de fatores que pudessem nortear estratégias de comunicação em estudos futuros.

Figura 1 – Fluxograma do estudo



Fonte: elaborado pela autora.

5.1 Website informativo

Os membros da família tiveram acesso a uma brochura impressa e ao site (www.utivisitas.com.br), projetado para ajudá-los a entender os diversos processos e emoções associados à permanência na UTI e melhorar a cooperação sem aumentar a carga de trabalho da equipe da UTI. O conteúdo do instrumento foi discutido em reuniões multidisciplinares entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos do centro investigador principal.

O site foi criado para atender às necessidades cognitivas e emocionais dos parentes e incluiu quatro domínios: (a) SOBRE NÓS, para indicar claramente quem garante o conteúdo científico do site; (b) CONHECIMENTO DE UTI, para descrever as peculiaridades da UTI (equipe, rounds multidisciplinares, atendimento ao paciente, tecnologia de apoio e segurança do paciente); (c) CONHECIMENTO DO PACIENTE, para descrever a doença crítica (disfunção orgânica, prognóstico, possibilidade de complicações durante a permanência na

UTI e reabilitação); e (d) CONHECIMENTO DA VISITA, para descrever os objetivos da flexibilização da visita (papel da visita social, segurança da visita e engajamento familiar).

Este website foi primariamente desenvolvido como suporte educacional aos familiares que tiveram acesso à visita ampliada e fizeram parte do estudo UTI visitas. A linguagem exibida era simples, acessível, com fotos que representavam algo próximo do cenário encontrado na UTI. Um dos grandes objetivos do website era fornecer informações que pudessem contribuir para legitimar as emoções dos familiares e educá-los para o ambiente complexo da UTI.

5.2 Instrumentos de acompanhamento e avaliação

Os principais resultados encontrados no estudo estão relacionados aos sintomas de ansiedade e depressão e satisfação dos familiares de pacientes internados em UTI.

A satisfação com os cuidados foi avaliada pelo Inventário de Necessidades Familiares para Cuidados Críticos (INEFTI), que é um instrumento derivado do *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), adaptado e validado para a cultura brasileira. Esse instrumento avalia a importância das necessidades de familiares de pacientes em UTI e a satisfação com o atendimento nesta unidade. Também aborda necessidades relacionadas a cinco dimensões: Informação, Segurança, Proximidade, Suporte e Conforto. A versão disponível em português é composta por 43 itens. O sistema de pontuação adotado foi o mesmo do CCFNI, com variação de 1 a 4 (não importante a importantíssimo; e insatisfeito a totalmente satisfeito), de forma a facilitar a comparação com outros estudos. Portanto, o escore total do instrumento pode variar de 43 a 172. (MORGON; GUIRARDELLO, 2004; PUGGINA et al., 2014)

Os sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Esta escala é composta por 14 questões de múltipla escolha e possui duas subescalas, das quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D), com sete itens cada uma. A pontuação geral da escala vai de 0 a 21, maior que 7, indica ansiedade ou depressão moderada. É uma escala curta e simples, possibilitando ser preenchida fácil e rapidamente. (BOTEAGA; BIO; ZOMIGNANI, 1995; MARCOLINO; MATHIAS; PICCININI, 2007).

5.3 Tamanho da amostra

O tamanho amostral, assim como o racional teórico, design e critérios de elegibilidade do estudo ao qual essa coorte está aninhada foi brevemente publicada. (ROSA; FALAVIGNAM; ROBINSON, 2018). Em resumo, considerou-se que, para se detectar uma diferença absoluta de >6% na diferença absoluta de *delirium* entre o grupo de visitação ampliada e restrita, seriam necessários 1650 pacientes no total (considerando uma taxa de incidência de 20.5% no grupo de visitação restrita), com 80% de poder e um nível de significância de 5%, esperando 825 pacientes no grupo de visitação ampliada. A partir disso, todos os familiares foram convidados para participarem deste estudo.

5.4 Análise estatística

As variáveis qualitativas foram descritas utilizando frequências absolutas e relativas; enquanto que as variáveis quantitativas foram descritas na forma de média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartilico. Os fatores associados ao acesso ao website foram verificados, utilizando *Generalized Estimating Equation* (GEE), com ajuste para o hospital (cluster) de origem, sexo, idade, anos de estudo e status vital do paciente, considerando distribuição de Poisson com estimação robusta para variância. A comparação dos desfechos entre os grupos de acesso ao site foi realizada com a mesma classe de modelos, adequando a distribuição de probabilidade para os desfechos quantitativos. O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado na análise foi o R versão 3.5.1.

5.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa está agregada a um estudo maior, chamado UTI Visitas, o projeto UTI Visitas é uma parceria do Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre com o Ministério da Saúde, para avaliar o impacto da visita ampliada em UTI na saúde dos pacientes, satisfação dos familiares e dos profissionais da saúde.

O projeto do referido estudo foi encaminhado aos Comitês de Ética e Pesquisa de todos os Hospitais participantes via Plataforma Brasil. A partir da aprovação (CAAE: 57717516.3.1001.5330), a coleta de dados foi iniciada.

Os participantes do estudo receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Os questionários da pesquisa serão armazenados por um

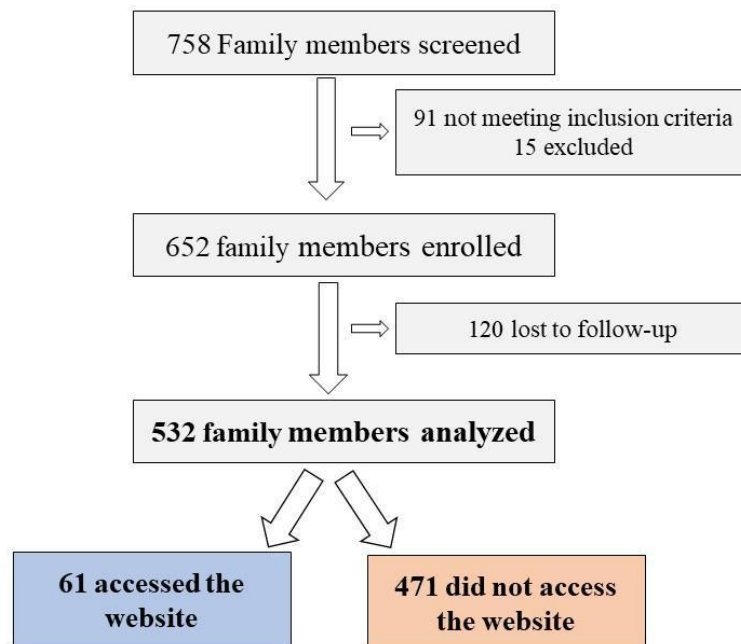
período de cinco anos. Após esse período, serão picotados e encaminhados para o processo de reciclagem. Os resultados são apresentados como Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde da UFCSPA, da autora.

6 RESULTADOS

Os resultados do estudo estão organizados e apresentados em forma de um artigo (APÊNDICE B), que descreve a experiência de planejamento e desenvolvimento do Projeto UTI Visitas e de forma analítica descritiva dos achados do estudo propriamente dito. Estes achados serão divulgados posteriormente também na forma de artigo, com a submissão em periódico especializado na área ou que contemple a temática do estudo (por este motivo, as figuras e tabelas foram construídas em inglês, idioma no qual o artigo dos dados será redigido e pretende-se que seja publicado).

O fluxograma apresentado abaixo explicita a seleção dos participantes do estudo:

Figura 2 – Fluxograma dos pacientes excluídos do estudo



Fonte: elaborado pela autora.

Dentre os 532 familiares incluídos, a taxa de aderência ao website foi de 11.5% (61/532). A Tabela 1 a seguir mostra as características dos familiares incluídos total e por grupo de exposição. A idade média dos pacientes foi de 45.7 anos (DP=13.5), sendo que 71.4% (380/532) eram do sexo feminino. Além disso, 93.2% (481/516) eram responsáveis pelas decisões do paciente e 55.6% (291/523) viviam na mesma residência do paciente.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos familiares, por acesso ou não ao site

	Total	Access to the website	Do not access to the website
	(n=532)	(n=61)	(n=471)
Age, years - mean \pm SD	45.7 \pm 13.5	44.6 \pm 11.4	45.9 \pm 13.8
Years of education - mean \pm SD	11.6 \pm 5.0	12.8 \pm 5.5	11.4 \pm 4.9
Household income, USD – median (IQR)	1235.2 (691.7-1976.3)	1334.0 (716.4-2346.8)	1235.2 (667.0-1976.3)
Female gender	380/532 (71.4)	45/61 (73.8)	335/471 (71.1)
Higher education	224/466 (48.1)	28/53 (52.8)	196/413 (47.5)
Employed	275/523 (52.6)	31/60 (51.7)	244/463 (52.7)
Living with care recipient	291/523 (55.6)	37/60 (61.7)	254/463 (54.9)
History of anxiety	76/523 (14.5)	11/60 (18.3)	65/463 (14.0)
HADS anxiety subscale >7	204/521 (39.2)	24/60 (40.0)	180/461 (39.0)
History of depression	74/521 (14.2)	10/60 (16.7)	64/461 (13.9)
HADS depression subscale >7	127/520 (24.4)	19/60 (31.7)	108/460 (23.5)
Surrogate decision makers	481/516 (93.2)	54/58 (93.1)	427/458 (93.2)
Patient death	23/532 (4.3)	1/61 (1.6)	22/471 (4.7)

HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; SD, standard deviation; USD United States dollar. Data are presented as n/total (%) or as indicated.

Fonte: elaborada pela autora.

A Tabela 2 a seguir mostra os fatores associados ao acesso ao website, considerando ajuste para idade, sexo e anos de estudo e status vital do paciente. Observa-se que a média de anos de estudo dos familiares que acessaram ao website foi de 12.8 (DP=5.5) e de 11.4 (DP=4.9). Além disso, dentre os familiares com sintomas prévios de depressão (HADSd>7), a taxa de acesso ao site foi de 15.0% (19/127), enquanto que a taxa de acesso ao site foi 10.4% (41/393) entre os familiares sem sintomas prévios de depressão. A taxa de acesso ao website foi de 12.7% (37/291) dentre os familiares que viviam com o paciente e de 9.9% (23/232) entre os que não viviam, não havendo associação significativa (P-valor: 0.630).

Tabela 2 – Fatores associados ao acesso ao website

Associated fator	Access to the website	Do not access to the website	Effect estimate	P-value
Age, years - mean \pm SD	44.6 (11.4)	45.9 (13.8)	1.00 (0.99 to 1.02)	0.925
Years of education - mean \pm SD	12.8 (5.5)	11.4 (4.9)	1.06 (1.01 to 1.11)	0.012
Household income, US dollar – median (IQR)	1334.0 (716.4-2346.8)	1235.2 (667.0-1976.3)	1.00 (0.99 to 1.01)	0.690
Associated fator	Access to website / No. of exposed	Access to website / No. Non-exposed	Effect estimate	P-value
Female gender	45/380 (11.8)	16/152 (10.5)	1.38 (0.87 to 2.18)	0.175
Higher education	28/224 (12.5)	25/242 (10.3)	1.24 (0.81 to 1.91)	0.310
Employed	31/275 (11.3)	29/248 (11.7)	0.92 (0.60 to 1.42)	0.700
Living with care recipient	37/291 (12.7)	23/232 (9.9)	1.15 (0.64 to 2.07)	0.630
History of anxiety	11/76 (14.5)	49/447 (11.0)	1.38 (0.70 to 2.71)	0.355
HADS anxiety subscale >7	24/204 (11.8)	36/317 (11.4)	1.23 (0.75 to 2.02)	0.412
History of depression	10/74 (13.5)	50/447 (11.2)	1.31 (0.67 to 2.57)	0.430
HADS depression subscale >7	19/127 (15.0)	41/393 (10.4)	1.77 (1.07 to 2.91)	0.026
Surrogate decision makers	54/481 (11.2)	4/35 (11.4)	0.91 (0.34 to 2.46)	0.854
Patient death	1/23 (4.3)	60/509 (11.8)	0.36 (0.05 to 2.62)	0.310

Fonte: elaborado pela autora.

No modelo multivariável (ajustado por idade, sexo e óbito do paciente), os fatores associados ao acesso ao website foram anos de estudo e sintomas prévios de depressão (HADSd>7). Observa-se que o aumento de 1 ano de escolaridade está associado com um aumento médio de 6% (I.C. 95%: 1%;11%; P-valor: 0.013) na taxa de acesso ao site, enquanto que apresentar sintomas possíveis de depressão (HADSd>7) está associado com o aumento de 70% (I.C. 95%: 2%; 185%; P-valor: 0.044) na taxa de acesso ao site.

A Tabela 3 a seguir mostra a comparação dos desfechos de ansiedade e depressão entre os familiares que acessaram ou não ao website. Após o ajuste para idade, escolaridade e escores HADS no início do estudo, e status de sobrevivência do paciente no final do acompanhamento, os membros da família que acessaram o site obtiveram média significativamente melhor do escore INEFTI (152,8 vs. 145,2, P = 0,01), que indica maior satisfação dos familiares. Observa-se também que a média de sintomas de ansiedade entre os familiares que acessaram ao website foi de 5.1 (DP=3.6) sintomas e 6.2 (DP=4.0) nos familiares que não acessaram, havendo diferença significativa entre os grupos (P-valor=0.003). A prevalência de sintomas possíveis de ansiedade (HADSa>7) foi de 23.0% (14/61) nos familiares que acessaram ao site e de 33.5% (157/168) nos familiares que não acessaram, havendo diferença significativa entre os grupos (P-valor: 0.030). Não houve diferenças significativas entre os dois grupos de estudo em relação aos sintomas de depressão.

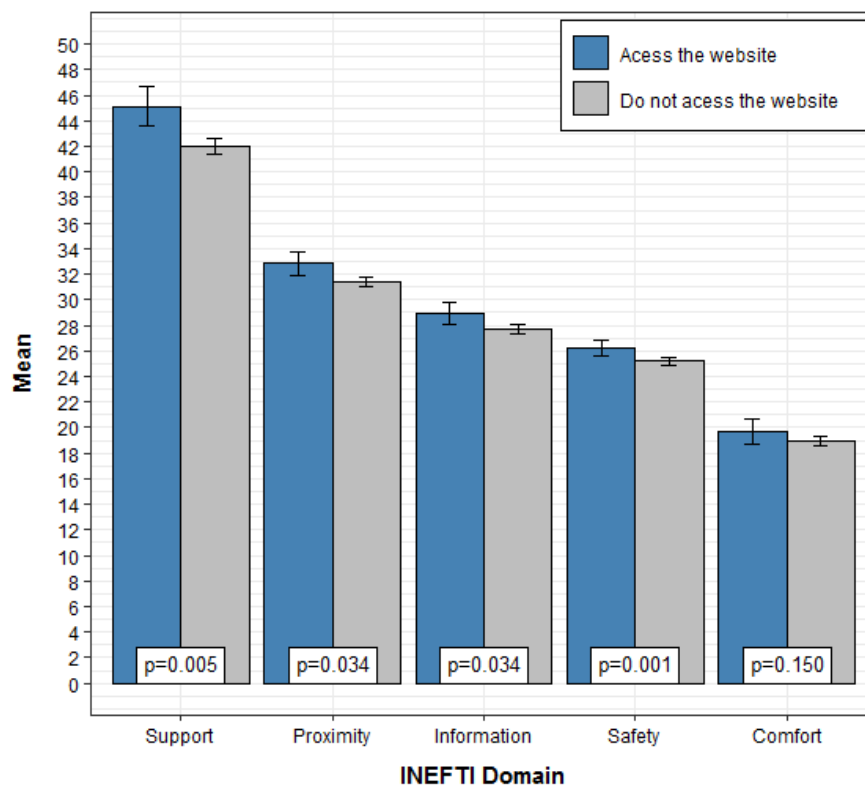
Tabela 3 – Modelo multivariável para acessar ao website, ajustado por idade, sexo e óbito do paciente

Outcomes	Access to the website	Do not access to the website	Effect estimate	p-value ¹
HADS				
HADS anxiety score - mean ±SD	5.1 ± 3.6	6.2 ± 4.0	-1.27 (-2.12 to -0.43)	0,003
HADS depression score - mean ±SD	4.7 ± 3.9	4.8 ± 3.8	0.13 (-0.50 to 0.77)	0,678
Total HADS score - mean ±SD	9.8 ± 7.0	11.0 ± 7.2	-0.85 (-2.02 to 0.32)	0,156
HADS anxiety subscale score > 7	14/61 (23.0)	157/468 (33.5)	0.62 (0.41 to 0.96)	0,030
HADS depression subscale score > 7	16/61 (26.2)	117/468 (25.0)	0.98 (0.70 to 1.36)	0,890
HADS anxiety subscale score > 10	3/61 (4.9)	68/468 (14.5)	0.31 (0.12 to 0.78)	0,013
HADS depression subscale score > 10	4/61 (6.6)	39/468 (8.3)	0.80 (0.34 to 1.91)	0,626
CCFNI³				
CCFNI satisfaction score, mean ± SD	152.8 ± 16.2	145.2 ± 18.9	6.33 (1.44 to 11.21)	0,011
Safety score, mean ± SD	26.3 ± 2.4	25.2 ± 3.1	1.03 (0.25 to 1.80)	0,010
Proximity score, mean ± SD	32.8 ± 3.5	31.3 ± 4.1	1.15 (0.10 to 2.20)	0,032
Information score, mean ± SD	29.0 ± 3.3	27.7 ± 4.0	1.08 (0.10 to 2.05)	0,030
Comfort score, mean ± SD	19.7 ± 3.6	18.9 ± 3.6	0.74 (-0.26 to 1.74)	0,148
Support score, mean ± SD	45.1 ± 5.8	42.0 ± 6.8	2.43 (0.74 to 4.12)	0,005
Self-perception of involvement in patient care Score, mean ± SD	17.0 ± 6.9	13.3 ± 7.0	3.86 (1.93 to 5.80)	<0.001

²Ajustado por idade, óbito do paciente, anos de estudo e hads inicial

Fonte: elaborado pela autora.

Figura 3 – Gráfico de satisfação



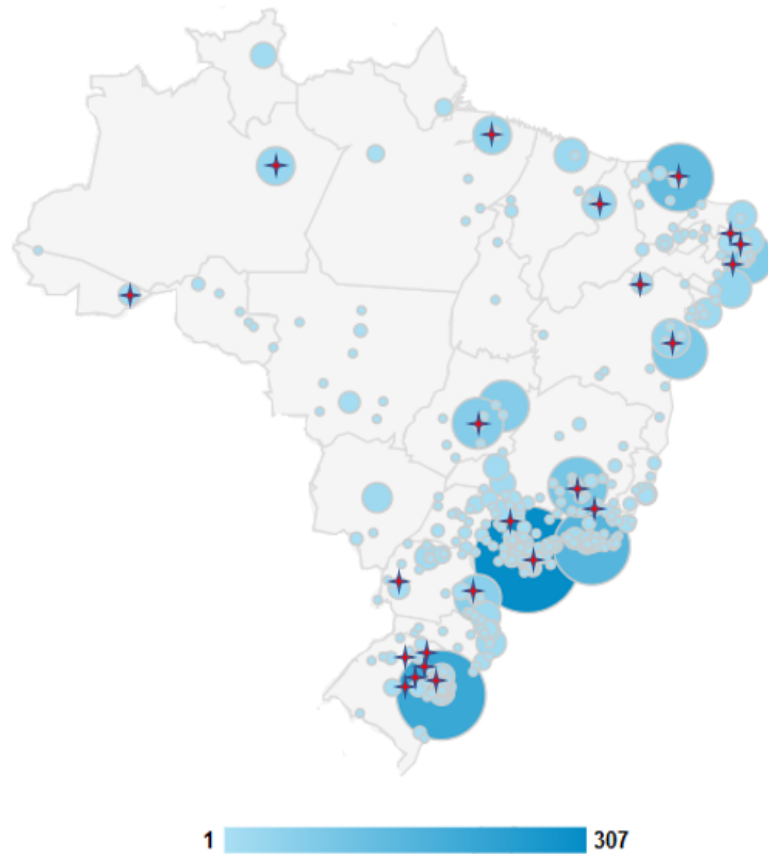
Fonte: elaborado pela autora.

Como pode ser visto na Figura 3, os familiares que acessaram o website informativo tiveram satisfação significativamente melhor do que os familiares que não acessaram o

website. Esse resultado foi avaliado pelo formulário INEFTI em cinco dimensões: Suporte, Conforto, Informação, Proximidade e Segurança. Dentre todas, somente o item Conforto não obteve resultado significativamente melhor.

7 MAPA DE ACESSO AO SITE

Figura 4 – Mapa de acesso ao site



Fonte: elaborado pela autora.

A Figura 4 demonstra em círculos as regiões onde o website foi acessado no Brasil, mostrando as regiões de maior e menor acesso ao site. É perceptível que as regiões sul, sudeste e nordeste foram as que mais acessaram o site. Isso pode ser explicado pelo número maior de centros incluídos no estudo nestas regiões.

8 DISCUSSÃO

Entre as características dos familiares incluídos, o estudo mostrou que a maioria eram mulheres. Dessas, a maioria delas eram responsáveis pelas decisões do paciente e pouco mais da metade viviam na mesma residência do paciente.

Um estudo que reforça esta temática fala que os familiares, envolvidos ativamente nas tomadas de decisões que impactam no tratamento e na vida dos pacientes, tiveram maior risco para desenvolver estresse pós-traumático, principalmente no que se refere às decisões de final de vida. Deve-se considerar que estes familiares optaram por estarem envolvidos nestas questões. Ainda assim, este fato não diminui o risco de exposição ao estresse pós-traumático. (AZOULAY; KENTISH-BARNES; CHEVRET, 2003).

Nesse ínterim, o fato de 93.2% dos familiares do estudo estarem envolvidos na tomada de decisões do paciente pode ser um indicativo para danos psicológicos destas famílias. Isto também pode sugerir que estes familiares precisam ser vistos com um olhar mais apurado e voltado para o risco que estão expostos. É necessário, portanto, elaborar estratégias de cuidados para prevenção deste desfecho negativo.

Outros autores trazem um contexto delicado em que muitos familiares que residem com os pacientes ou que são responsáveis pela tomada de decisão, deparam-se durante ou após a internação do doente na área de terapia intensiva, ou seja: como será o retorno desse paciente para o lar? Em que estado de debilidade o mesmo se encontra e como será a adaptação da casa para recebê-lo? Estas famílias, em sua maioria, enfrentam uma gama de mudanças em seu cotidiano, devido à incapacidade física e cognitiva dos pacientes que retornam para seu lar. (ÅGÅRD; HARDER, 2006).

Todos estes fatores acarretam medos. Por isso, a tomada de decisão pode gerar dúvidas e incertezas, além da responsabilidade de decidir pela vida do outro. Para o retorno deste doente para o lar, deve ser previsto também como será essa adaptação, a mudança de vida, a rotina de todos os componentes da família e também a preocupação com o lado financeiro. Por todos esses motivos, faz-se necessária a busca de apoio e informação.

Outros achados significativos e relevantes foram em relação à maior taxa de acesso ao site. O estudo revelou que os familiares com maior escolaridade procuraram mais o site, assim como os familiares que possuíam sintomas possíveis de depressão. Este achado sugere que quanto maior o grau de ensino, maior a busca por informação. Quanto aos familiares com sintomas prévios de depressão, a taxa de acesso foi significativamente maior pelos que já possuíam estes sintomas. Dessa forma, os sintomas de depressão estão associados à maior

necessidade e busca de informação. O desfecho principal do estudo mostrou que o acesso a um site educacional foi associado com menor ansiedade e maior satisfação entre os membros da família de pacientes internados em UTIs que possuíam horário de visitação ampliada.

Outro estudo fundamental mostrou que uma grande porcentagem de cuidadores (67% imediatamente após a alta da UTI e 43% em um ano) relataram altos níveis de sintomas depressivos. (CAMERON; CHU; MATTE, 2016). A comunicação adequada entre os profissionais da UTI e as famílias dos pacientes é essencial para reduzir esses sintomas. (ÅGÅRD; HARDER, 2006; MOREAU, GOLDGRAN-TOLEDANO, ALBERTI, 2004; MCADAM et al, 2010). As famílias consideram muito importante receber informações claras e regulares, mas relataram dificuldades para obter informações e, frequentemente, acharam as informações difíceis de entender. A concordância entre o prognóstico dado pelo médico e o que o familiar entendeu indicava que a compreensão era, de fato, um problema. Neste contexto, as habilidades de informação alternativas, como folhetos ou site, podem estar associadas à melhoria e, particularmente, parecem ajudar os familiares a entender melhor o tratamento médico.

Por outro lado, o estresse e a ansiedade, induzidos pela internação não planejada, e a hostilidade do ambiente da UTI podem levar os familiares a procurarem informações on-line sobre a saúde. Esta temática propõe-se ainda de forma mais intensa quando pensamos que estamos na era do uso difundido da Internet relacionada à saúde. As pessoas cada vez mais buscam informações on-line para sanar suas dúvidas. Todavia, isso pode ser preocupante, uma vez que muitas vezes estes sites não são confiáveis. Por esse motivo, a construção de meios de comunicação acessíveis, com linguagem simples e figuras ilustrativas, podem servir como alternativa segura. Os familiares poderiam, nestes meios de comunicação, sanar suas dúvidas e entender qual seu verdadeiro papel na recuperação do doente crítico, trazendo, assim, maior tranquilidade, aliviando sintomas de ansiedade e aumentando a satisfação destas famílias.

Desta forma, a Internet tornou-se uma importante fonte de materiais educativos para pacientes e profissionais de saúde. (ROEHR, 2011). Em relação à UTI, alguns programas eletrônicos são atualmente testados para melhorar a recuperação adequada de pacientes críticos (EWENS et al., 2019) e reduzir o dano psicológico em familiares de pacientes críticos. (MISTRALETTI et al., 2017; HOFFMANN, TAIBINGER, HOLL, 2019; NGUYEN, PORCHER, ARGAUD, 2017).

Houve um estudo em que 169 familiares (45% da população avaliada) demonstraram satisfação com os cuidados na UTI ou com provisão de informações médicas. A presença de

ansiedade ou sintomas de depressão não foram associados ao uso da Internet. (NGUYEN; PORCHER; ARGAUD, 2017).

Para reforçar a necessidade de mais estudos relacionados com este tema, enfatiza-se um estudo multicêntrico, realizado simultaneamente em nove UTIs italianas. Neste estudo prospectivo multicêntrico antes e depois, foi utilizado um questionário autoaplicável para investigar a compreensão dos parentes em relação ao prognóstico, tratamentos, disfunção orgânica, satisfação das famílias e sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático. Um total de 551 familiares receberam questionários em nove UTIs italianas, 332 (60%) responderam, 144 antes e 179 após a implementação da brochura e do site.

Dos 179 parentes que responderam depois, 131 (73%) declararam ter lido a brochura e 34 (19%) relataram a visualização do site. Este estudo teve como intervenção a introdução de duas ferramentas de comunicação, uma brochura e um site, especificamente destinados a familiares de pacientes internados em UTIs. Como resultado, foi visto que estas ferramentas podem ser eficazes para melhorar a compreensão das famílias de um prognóstico e tratamento corretos. Nesse sentido, foi associada também à menor prevalência de sintomas de estresse pós-traumático dos familiares durante a internação na UTI. (MISTRALETTI et al., 2017).

Nesse contexto, há necessidade de uma maior atenção à comunicação entre profissionais da saúde e os familiares, uma vez que pode melhorar o resultado psicológico da família e facilitar a sua relação com os profissionais de saúde. Portanto, este tema requer estudos novos e de maior alcance. Para tanto, a literatura científica enfatiza a importância da comunicação efetiva com familiares de pacientes com UTI.

No presente estudo, apenas 11,5% dos familiares de pacientes acessaram o site. Esses membros das famílias apresentaram maior satisfação com o cuidado, menor prevalência de ansiedade clínica e não depressão, em comparação com os familiares que não o acessaram. A força deste estudo foi o grupo heterogêneo da UTI. Essa abordagem pode dar margem para generalização das ferramentas de comunicação, que foram especificamente projetadas para esse fim.

Para os profissionais da área da saúde, a ferramenta foi fácil de aplicar, sem aumentar sua carga de trabalho. Apenas informaram os parentes sobre a existência do site. É compreensível que, em grande parte do tempo, os profissionais da área da saúde não possuem tempo hábil para dedicar-se às famílias. Ademais, também devemos considerar que nem todos os profissionais possuem habilidades apuradas de comunicação. Todos estes fatores podem contribuir para uma má experiência destes familiares durante a internação em UTI.

No entanto, este estudo teve várias limitações importantes. Primeiro, mesmo que a intervenção parecesse eficaz, apenas 11,5% dos parentes visitaram o site. Esta baixa proporção pode ser devido à falta de familiaridade das pessoas com a Internet, a baixa escolaridade dos familiares, ou a falta de atratividade deste tipo de ferramenta de método educacional. Segundo, embora este fosse um estudo multicêntrico, o tamanho da amostra era relativamente pequeno e compreendia uma população selecionada. Terceiro, a análise foi limitada a apenas alguns dias após a admissão na UTI e não forneceu informações sobre os sintomas psiquiátricos de longo prazo. Por fim, tratou-se de um estudo observacional. Esse design limitou a capacidade de concluir que as diferenças nos resultados foram resultado da intervenção ou não. Todavia, ensaios randomizados são necessários para explorar o potencial das estratégias educacionais para apoiar os membros da família em UTIs com horário de visitas flexível.

9 CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que o acesso a um site educacional foi associado à redução de sintomas de ansiedade e maior satisfação entre os membros da família de pacientes internados em UTI. Como já discutido neste estudo, os altos índices de sintomas psicológicos negativos nestas famílias são preocupantes e precisam ser vistos com maior atenção.

Todavia, segundo os resultados deste estudo, para os familiares é importante ter acesso à informação. Por isso, meios de comunicação informais, como website e folhetos informativos, precisam ser mais vistos e considerados como alternativa positiva para sanar as dúvidas, trazendo, assim, maior confiança e segurança para essas famílias.

Apesar do acesso ao website não ter tido um impacto significativo, para sintomas depressivos destes familiares, nossos resultados mostraram fatores associados à adesão ao website. Famílias com estes sintomas procuraram mais o site na busca de informação. Isso demonstrou que, mesmo que o acesso à informação não alivie de fato os sintomas depressivos, foi importante para estas famílias que os meios disponibilizassem e estreitassem a comunicação. Outro fator importante e significativo relacionado à maior adesão ao website foram os anos de estudo das famílias. A pesquisa demonstrou que quanto maior o grau de instrução, maior a busca por informação.

Portanto, concluímos que o desenvolvimento de ferramentas estruturadas, preenchidas com informações padronizadas e adequadas, pode ser uma habilidade muito útil no alívio de estresse e ansiedade dos familiares de pacientes críticos, tornando-se um aliado para a troca de informações e melhora na comunicação entre equipe da UTI, pacientes e familiares. Para tanto, para complementar a ferramenta do website, já desenvolvido, e oferecer outra ferramenta de comunicação mais acessível ao público mais desfavorecido ou pouco familiarizado com a tecnologia, o presente estudo desenvolveu como produto educacional uma brochura, de linguagem simples e educativa, com o intuito de possibilitar que o familiar entenda melhor os procedimentos, rotinas, possíveis complicações da UTI e, principalmente, qual seu papel na reabilitação do familiar internado (APÊNDICE C).

REFERÊNCIAS

- ÅGÅRD, A.S.; HARDER, I. Relatives' experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty. **Intensive Crit Care Nurs.**, v. 23, n. 3, p. 170-177, 2007, disponível em: <doi:10.1016/j.iccn.2006.11.008>. Acesso em: 18 set. 2019.
- AZOULAY, E.; KENTISH-BARNES, N.; CHEVRET, S.; Risk of Post-Traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. **Crit Care Med.**, n. 16, p. 292-294, 2003. Disponível em: <doi10.1164/rccm.200409-1295OC>. Acesso em: 15 set. 2019.
- BOTEGA, N.J.; BIO, M.R.; ZOMIGNANI, M.A. Transtornos de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, n. 29, p. 355-363, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Visita aberta e direito ao acompanhante.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CAMERON, J. I.; CHU, L.M.; MATTE, A. One-Year Outcomes in Caregivers of Critically Ill Patients. **N Engl J Med.**, v. 374, n. 19, p. 1831-1841. Disponível em: <2016doi:10.1056/NEJMoa1511160>. Acesso em: 15 set. 2019.
- CAPPELLINI, E.; BAMBI, S.; LUCCHINI, A.; MILANESIO, E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. **Dimens Crit Care Nurs**, v. 33, n. 4, p. 181-193, 2014.
- EWENS, B.; MYERS, H.; WHITEHEAD, L.; SEAMAN, K.; SUNDIN, D.; HENDRICKS, J. A web-based recovery program (icutgether) for intensive care survivors: Protocol for a randomized controlled trial. **J Med. Internet Res.**, v. 21, n. 1, p. 1-7, 2019. Disponível em: <doi:10.2196/10935>. Acesso em: 07 out. 2019.
- EYSENBACH, G.; KOHLER, C. What is the prevalence of health-related searches on the World Wide Web? Qualitative and quantitative analysis of search engine queries on the internet. **AMIA. Annu Symp proceedings AMIA Symp**, p. 225-229, 2003.
- FERREIRA, C.G. et al. Visita aberta em unidades de terapia intensiva de adultos: uma estratégia para humanização do atendimento. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 01, jan. 2013.
- FREITAS, K.S.; KIMURA, M.; FERREIRA, K. Necessidades de familiares de pacientes em unidades enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 84-92, jan./fev. 2007.

- FRIZON, G. et al. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.1, p.72-78, mar. 2011.
- FUMIS, R.R.L. et al. Emotional Disorders in Pairs of Patients and Their Family Members during and after ICU Stay. **PLoS ONE**, Germany, v. 1, n. 10, Jan. 2014.
- GIANNOULI, V.; MISTRALETTI, G.; UMBRELLO, M. ICU experience for patients' relatives: is information all that matters? **Intensive Care Med**, v. 43, n. 5, p. 722-723, 2017.
- HOFFMANN, M.; TAIBINGER, M.; HOLL, A. K. Online information for relatives of critically ill patients: Pilot test of the usability of an ICU families website. **Medizinische Klin - Intensivmed und Notfallmedizin**, v. 114, n. 2, p. 166-172, 2019. Disponível em: <doi:10.1007/s00063-018-0467-1>. Acesso em: 05 out. 2019.
- ISLAM, F.; RASHID, M. Evaluating Nurses' Perception of Patient Safety Design Features in Intensive Care Units. **Crit Care Nurs Q**, v. 41, n. 1, p. 10-28, 2018.
- KENTISH-BARNES, N.; PRIGERSON, H. G. Is this bereaved relative at risk of prolonged grief? **Intensive Care Med**, v. 42, n. 8, 2016, p. 1279-1281, 2016.
- KROSS, EK; ENGELBERG, RA; GRIES, CJ; NIELSEN, EL; ZATZICK, D; CURTIS, JR. ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. **Chest**, v. 139, n. 4, p. 795-801, 2011.
- MARCOLINO, J.A.M.; MATHIAS, L.A.S.T.; PICCININI, L.F. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 57, n. 1, p. 52-62, 2007.
- MARTINS, J. et al. Sentimentos de prazer entre enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Ciência e Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 45-53, 2009.
- MCADAM, J.; PUNTILLO, K. Open visitation policies and practices in USICUs: can we ever get there? **Crit Care**, v. 17, n. 4, p. 171, 2013.
- MCADAM, J.L.; DRACUP, K.A.; WHITE, D.B.; FONTAINE, D.K.; PUNTILLO, K.A. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. **Crit Care Med**, v. 38, n. 4, p. 1078-1085, 2010. Disponível em: <doi:10.1097/CCM.0b013e3181cf6d94>. Acesso em: 18 set. 2019.
- MISTRALETTI, G. et al. A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients' relatives: an Italian multicenter before-and-after study. **Intensive Care Med**, v. 43, n. 1, p. 69-79, Jan. 2017.
- MOREAU, D.; GOLDGRAN-TOLEDANO, D.; ALBERTI, C. Junior versus senior physicians for informing families of intensive care unit patients. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 169, n. 4, p. 512-517, 2004. Disponível em: <doi:10.1164/rccm.200305-645OC>. Acesso em: 10 out. 2019.
- MORGON, F.H.; GUIRARDELLO, E. B. Validação da escala de razão das necessidades de familiares (ERNF) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 198-203, mar/abr. 2004.

NGUYEN, Y.L.; PORCHER, R.; ARGAUD, L. “RéaNet”, the Internet utilization among surrogates of critically ill patients with sepsis. **PLoS One**, v. 12, n. 3, p. 174-292, 2017. Disponível em: <doi:10.1371/journal.pone.0174292>. Acesso em: 08 out. 2019.

PUGGINA, A.C. et al. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 277-283, abr./jun. 2014.

RÊGO, K.V.M. **Permanência de acompanhantes em unidades de terapia intensiva: Revisão da literatura**. 2011. 13 f. Dissertação Mestrado em Terapia Intensiva. Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, Piauí, 2011.

ROEHR, B. Trend for US patients to seek health information from media and internet is stalling. **BMJ**, v. 343, n. 7738, nov. 2011. Disponível em: <doi:10.1136/bmj.d7738>. Acesso em: 18 set. 2019.

ROSA, R. G.; FALAVIGNA, M.; ROBINSON, C. Study protocol to assess the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units: a cluster-randomised, crossover trial (The ICU Visits Study). **BMJ Open**. 2018 e 021193.

ROSA, R. G; TONIETTO, T.F, D A SILVA DB, et al. Effectiveness and safety of an extended icu visitation model for delirium prevention: A before and after study. **Crit Care Med**, v. 45, n. 10, 2017.

ROSA, R.G.; RUTZEN, W.; MACHADO, A. S.; TONIETTO, T.; MADEIRA, L.; ASCOLI, A. M. Tempo de visitas familiar e desfechos clínicos em unidade de terapia intensiva de adultos: Estudo Ecológico. **XVI Congresso Sul Brasileiro de Terapia Intensiva**; 2015; Bento Gonçalves. Porto Alegre: Sotirgs, 2015.

SAIOTE, E.; MENDES, F. A partilha de informação com familiares em unidade de tratamento intensivo: importância atribuída por enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, Portugal, v. 2, n. 16, p. 219-25, abr./jun. 2011.

SALVADOR, P.T.C.O. et al. Tecnologia e Inovação para o cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p. 111-117, jan./mar. 2012.

SCHNEIDER, C.C.; BIELEMANN, V.L.M.; QUADROS, L.C.M. Família e enfermagem na UTI, a comunicação como forma de humanizar o cuidado. **Cienc. Cuid. Sade.**, v.7, suppl. 2, 2013.

SCHNOCK, K.O. et al. Identifying Information Resources for Patients in the Intensive Care Unit and Their Families. **Critical Care Nurse**, v. 37, n. 6, dez. 2017.

WHITE, D. B.; ANGUS, D. C.; SHIELDS, A.M. A Randomized Trial of a Family-Support Intervention in Intensive Care Units. **N Engl J Med**, v. 378, n. 25, p. 2365-2375, 2018.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

***Website* como ferramenta de comunicação educativa para familiares de pacientes internados em UTI: impacto na satisfação, ansiedade e depressão.**

Tradicionalmente, a visita ao paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ocorre em horários restritos, predefinidos, variando de 30 minutos a 1 hora, por 2 a 3 vezes ao dia. Nos últimos anos, muitas UTIs vêm adotando a visita ampliada sob a justificativa de melhora da satisfação do paciente e dos seus visitantes. Contudo, o impacto dessa prática na saúde do paciente, na desorganização dos cuidados aos pacientes internados e aumento da carga de trabalho dos profissionais de saúde permanece desconhecido.

Assim, o(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar o grau de satisfação familiar, bem como a avaliação da presença de sintomas de depressão e ansiedade que podem ocorrer ao familiar de paciente internado na UTI, comparando os familiares que acessaram ou não um *Website* informativo.

Para tanto, a UTI que seu familiar está internado foi designada de forma aleatória a uma política de visita breve (2 períodos de 45 minutos por dia) ou a uma política de visita ampliada (12 horas ininterruptas por dia). Caso o(a) Sr.(a) concorde em participar do estudo, pesquisadores avaliarão o seu grau de satisfação com os cuidados de seu familiar na UTI através da aplicação de um questionário que leva aproximadamente 25 minutos para ser preenchido. Ainda, pesquisadores avaliarão a possível presença de sintomas de depressão e ansiedade que podem ocorrer ao familiar de paciente internado na UTI, através da aplicação de um questionário que leva aproximadamente 10 minutos para ser preenchido. Dentro do período de um ano, a equipe responsável pela realização do estudo poderá entrar em contato telefônico para verificar informações coletadas durante a realização da intervenção do estudo.

Não são conhecidos riscos pela participação neste estudo. Todavia, pode haver desconforto pelo tempo necessário para responder ao questionário de pesquisa. Além disso, algumas perguntas podem ocasionar certo desconforto emocional.

Os benefícios deste estudo são indiretos. As informações obtidas poderão contribuir para um melhor entendimento de qual é a melhor estratégia de visita ao paciente internado na UTI.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar ou, ainda, retirar a autorização após a assinatura deste Termo,

não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o(a) Sr.(a) ou seu familiar recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante o estudo serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, enfermeira Tarissa da Silva Ribeiro Haack, telefone (51) 981743608 ou e-mail: tarissaribeiro86@gmail.com, com a professora orientadora Cleidilene Ramos Magalhães. Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, fone (51) 3303 9000, no endereço Rua Sarmento Leite, 245 - Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil - CEP 90050-170.

Este Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Local e Data: _____

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Local e Data: _____

Assinatura do pesquisador que aplicou o Termo

APÊNDICE B – FLEXIBILIZAÇÃO DA VISITA FAMILIAR AO PACIENTE INTERNADO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO NO BRASIL:

UM RELATO DE EXPERIÊNCIA: Artigo elaborado na disciplina de Redação Científica, submetido à Revista Eletrônica de Educação, da Universidade Federal de São Carlos – São Paulo. Não obteve aprovação para publicação, e será reorganizado para posterior publicação em outro periódico.

FLEXIBILIZAÇÃO DA VISITA FAMILIAR AO PACIENTE INTERNADO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO NO BRASIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tarissa da Silva Ribeiro Haack, Daiana Barbosa da Silva, Claudia Eugênio, Cassiano Teixeira, Regis Goulart Rosa, Alexandre do Nascimento Almeida, Cleidilene Ramos Magalhães

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência, cujo objetivo é descrever a experiência de um modelo de visita ampliada em 35 UTIs (Unidades de Terapia Intensiva) do Brasil. Os resultados evidenciaram que esse modelo é viável mesmo em unidades onde a estrutura física foi considerada precária e o dimensionamento de pessoal reduzido. Verificou-se que é essencial o empenho e entendimento da equipe sobre os métodos, bem como a autonomia destes profissionais para gerenciar situações de conflito e resolução de problemas referentes à organização das famílias na UTI. Todavia, manter os familiares por mais tempo na UTI gerou uma série de benefícios, formando um vínculo entre família, paciente e equipe. Ademais, transformou o ambiente tenso e complexo destas unidades em ambientes mais humanizados e acolhedores. Nesse ínterim, as famílias mostraram-se grandes aliadas para a melhor recuperação dos doentes.

Descritores: Unidades de terapia intensiva. Visitas a pacientes. Assistência centrada no paciente.

ABSTRACT

This is an experience report, whose objective is to describe the experience of an extended visit model in 35 ICUs (Intensive Care Units) in Brazil. The results evidenced that this model is feasible even in units where the physical structure was considered precarious and the personnel dimension is reduced. It was seen that it is essential the team's commitment and understanding of the methods, as well as the autonomy of these professionals to manage situations of conflict and problem solving concerning the organization of families in the ICU. Keeping the family members for longer in the ICU generated a series of benefits, forming a bond between the family, the patient and the team. It made the tense and complex environment of these units more human and welcoming. Families were found to be allies for better patient recovery.

1 INTRODUÇÃO

A UTI é caracterizada por ser uma unidade fechada e restrita. Por isso, a permanência dos familiares junto aos pacientes por um período de tempo maior ainda é um grande desafio. A participação e o envolvimento dos gestores das unidades são essenciais, uma vez que possibilitam o engajamento da equipe assistencial neste processo. Ademais, envolver os profissionais de saúde que atuam nas áreas é muito importante, visto que são eles que vivenciam na prática os potenciais problemas que a permanência dos familiares pode ocasionar. (MOLTER, 1979). Dessa forma, é necessário que este processo de ampliação de horário de visita na UTI seja feito de forma organizada, educando os familiares para permanecerem na área de forma tranquila e segura.

No Brasil, as discussões sobre esta temática ainda são muito recentes. Poucas UTIs buscaram ampliar o horário de visita, com o intuito de incluir a família no cuidado, amenizar o sofrimento e a angústia de pacientes e familiares e, até mesmo, aumentar a satisfação da família. A literatura reforça esta questão.

Um estudo multicêntrico teve como objetivo averiguar a política de visita mais utilizada nas unidades de terapia intensiva no Brasil. Evidenciou que, das 162 UTIs pesquisadas, apenas 2,6% tinham políticas de visita mais ampliadas. Foi identificado, também, que estas unidades ficavam concentradas na região sudeste do país; e a maioria, em instituições privadas. (RAMOS et al., 2013).

A permanência dos familiares junto aos pacientes na UTI perpassa por muitos desafios. Ainda é um assunto novo que gera muitas dúvidas e questionamentos. O maior de todos os desafios certamente é a comunicação efetiva entre equipe e familiares. Em muitos casos, a equipe ainda visualiza a família como um problema, um fisco do seu trabalho.

Todavia, novos estudos trazem um novo contexto, mostrando que a inserção da família nos cuidados pode trazer muitos benefícios tanto para o paciente quanto para a equipe. Quando esta questão é trabalhada com a equipe assistencial, e habilidades de comunicação são desenvolvidas, o elo familiar/equipe pode ter impacto positivo na recuperação do paciente, indo ao encontro com os objetivos da Política Nacional de Humanização. (ROSA et al., 2010; CAPPELLINI et al., 2014).

Para isso, é fundamental que a equipe assistencial participe de qualificações em serviço. Estes profissionais precisam momentos educativos para desenvolver ferramentas de comunicação, saber lidar com situações de conflito, formas de acolher os familiares e demonstrar solidariedade com o sofrimento do outro. Essas propostas podem promover vínculos entre equipe, família e paciente, trazendo maior segurança e confiança para esta relação. (FREITAS; KIMURA; FERREIRA, 2007; ROSA et al., 2010).

A hospitalização de um membro da família em uma UTI gera diversos desgastes. Ademais, pode desestruturar o ambiente familiar, alterar a rotina da casa e muitas vezes ocasionar problemas financeiros para esta família. Todas essas questões trazem desordens psicológicas às famílias, desencadeando problemas que podem perpetuar por muito tempo após a internação. (PASSOS; PEREIRA; NITSCHKE, 2015).

Nessa perspectiva, a literatura ainda aponta que possuir um familiar hospitalizado em uma UTI pode ocasionar, aos familiares, condições de fragilidade biológica, psíquica e social. Além disso, a situação de doença e internação hospitalar pode trazer desconforto, sofrimento, alterações de papéis e hábitos de vida cotidiana. Além de todas estas questões, a dúvida da recuperação do paciente pode ocasionar ainda mais angústia aos familiares. (FREITAS; KIMURA; FERREIRA, 2007). Este contexto associado à restrição da presença junto ao paciente pode ser um agravante para gerar sentimentos de raiva, revolta e angústia. (MARQUES; SILVA; MAIA, 2009).

Contudo, essa restrição de visitação é fundamentada por diversos fatores. A organização do ambiente hospitalar não foi planejada para receber cuidadores e familiares, principalmente em UTI. Os horários de visitas são estipulados; os cuidados realizados pelos familiares e cuidadores são restritos; os horários de sono e descanso são controlados; os procedimentos e banhos são realizados em horários específicos e sem a presença das famílias.

Todas essas regras são feitas, levando em consideração a organização hospitalar, deixando de lado os hábitos dos pacientes e familiares. (GORLAT-SÁNCHEZ et al., 2014).

Nesse contexto, a estrutura e as normas da maioria dos hospitais não foram planejadas para cuidadores e familiares. Os horários de visitas, limites de responsabilidade dos cuidados, controle do sono, do banho, da temperatura, da alimentação, dentre outros estão organizados de acordo com as regras hospitalares, não levando em consideração os hábitos e rotinas dos pacientes e familiares. (GORLAT-SÁNCHEZ et al., 2014). Outros autores trazem outros fundamentos para os horários de visitação restritos, como por exemplo, o prejuízo à organização dos cuidados ao paciente crítico e aumento do risco de infecção na UTI. Todavia, essa fundamentação não é comprovada cientificamente. (BERWICK; KOTAGAL, 2004).

Considerando todos esses fatores, algumas instituições vêm repensando seus horários de visitação, incluindo as famílias como sujeito da assistência e participantes no cuidado do paciente internado. Dessa forma, cada vez mais profissionais procuram maneiras de prestar assistência centrada no paciente e na família, deixando de lado o cuidado fragmentado, focado na patologia e na tecnologia. Busca-se, nesse sentido, focar-se em momentos de interação entre equipe assistencial e familiar, estabelecendo uma relação de ajuda e confiança. (RAMOS et al., 2013).

2 VISITA AMPLIADA

Segundo a PNH, o direito aos familiares no acompanhamento e visita aberta é uma ferramenta que possibilita o acesso aos visitantes às unidades de internação. Promove-se, assim, a formação do vínculo entre pacientes, famílias, amigos, rede social e todo o serviço da rede de saúde. Os familiares facilitam esta interação, estando presente durante a internação dos pacientes nos ambientes de assistência à saúde. (BRASIL, 2004).

Na realidade do Brasil, grande parte das instituições de saúde particulares já dispõem de um horário flexibilizado de visitação. No entanto, no contexto da terapia intensiva adulta, esta realidade ainda não é estabelecida. Um estudo multicêntrico, realizado em 2014, entre 162 UTIs de diferentes regiões do país, apenas 2,6% aderem políticas de visitação abertas, sendo que grande parte destas instituições estão concentradas na região sudeste do país. (RAMOS et al., 2014). Estudos internacionais apontam que existe grande variabilidade em relação às políticas de visitação aberta nas unidades de terapia intensiva. Em um estudo feito na Arábia Saudita, foram verificados níveis de satisfação das famílias entre unidades de

visitação aberta versus unidades de visitação restrita, mas não foram evidenciados resultados com diferença estatística entre as unidades. (BAHAROON et al., 2014).

Mais pesquisas apontam benefícios para pacientes e familiares com flexibilização de horários de visitas em UTI, como evidenciou um estudo que objetivou avaliar a política de visitação nas UTIs e as comodidades disponibilizadas aos visitantes. Este estudo apontou que a visita aberta pode contribuir positivamente para familiares e pacientes, reduzindo sintomas de ansiedade e depressão. (FUMIS et al., 2015). Para Fumagalli et al. (2006), a visita flexibilizada pode melhorar perfis hormonais e reduzir complicações cardiovasculares dos pacientes.

Também o American College of Critical Care Medicine (ACCCM), em 2007, publicou diretrizes que falavam sobre assistência para as famílias com vistas à assistência centralizada no paciente. Indicou que a visitação aberta fosse instituída caso a caso, conforme o interesse do paciente.

Contudo, é preciso estabelecer algumas regras, tais como a utilização do crachá de identificação, instituir rigor nos horários, restringir uso de adornos, aparelhos celulares e consumo de alimentos pelos familiares dentro da UTI. Também, é importante orientar a importância da higienização das mãos e outras regras que podem ser definidas. Todas estas medidas são importantes e fazem parte de um conjunto de recomendações para estabelecer a proteção e segurança à saúde dos trabalhadores, bem como controlar o aparecimento de infecções hospitalares. (RÊGO, 2011).

Ademais, é necessário que o familiar não cause tumulto na unidade. Para que isso possa ser evitado, é necessário que a comunicação da equipe de saúde com a família seja eficaz. Os familiares devem ser orientados e preparados para permanecer um tempo maior em unidades complexas de intensivismo de forma segura e colaborativa. (SIMONI; SILVA, 2012).

Para tanto, este estudo tem o intuito de relatar uma experiência prática a partir da implementação de uma política de visitação aberta em quarenta e três Unidades de Terapia Intensiva do Brasil.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de um grupo multidisciplinar do Hospital Moinhos de Vento que participou de um estudo multicêntrico, realizado em 35 Unidades de Terapia Intensiva clínico-cirúrgicas com modelo breve (<4.5 horas/dia) de visitação ao

paciente crítico, que adotaram a visita ampliada (máximo de 12 horas diárias), em hospitais públicos do Brasil.

Este estudo teve como critérios de exclusão: UTIs que não tinham condições mínimas estruturais e/ou de segurança para a visita ampliada.

A seleção das UTIs foi feita através de visitas realizadas pela equipe de pesquisadores para avaliação da estrutura e quadro de pessoal. Após a seleção, foram realizadas visitas periódicas para treinamento das equipes em relação ao manejo de familiares, preenchimento de formulários e organização da estrutura das UTIs para visita ampliada. O período de visitas e de coleta de dados foi de março de 2017 até maio 2018.

O projeto piloto para este estudo foi realizado no Centro de Terapia Intensiva do Hospital Moinhos de Vento e seus resultados já foram publicados. O projeto UTI Visitas faz parte do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). É uma ação do Ministério da Saúde (MS), dirigida ao fortalecimento do SUS em parceria com hospitais filantrópicos de qualidade reconhecida, como o Hospital Moinhos de Vento.

4 RESULTADOS

A partir das visitas realizadas, buscou-se implementar uma estratégia estruturada que contemplasse as fases de planejamento e execução da prática da visita ampliada.

4.1 Equipe

A equipe do estudo UTI Visitas é multiprofissional, contemplando pesquisadores do escritório de projeto do Hospital Moinhos de Vento. Esta equipe é formada por duas farmacêuticas, uma nutricionista, uma psicóloga, dois médicos e um estatístico. A equipe do escritório de projetos foi responsável por elaborar e aplicar a pesquisa, bem como treinar as equipes dos hospitais para preenchimento dos formulários da pesquisa.

A equipe também foi formada por três enfermeiras assistenciais do Hospital Moinhos de Vento. Estas enfermeiras participaram da implementação do estudo piloto realizado no hospital de origem. Por este motivo, tinham a experiência necessária para avaliação da estrutura e dimensionamento de pessoal de cada hospital e treinamento das equipes para implementação da visita ampliada. Além disso, as enfermeiras possibilitaram suporte às

equipes em relação a todas as dúvidas e medos em manter as famílias junto aos pacientes na UTI.

4.2 Planejamento

Na fase de planejamento, a equipe multidisciplinar organizou-se. Foram realizadas reuniões para discussão e seleção dos hospitais. Elaboraram-se os pré-requisitos necessários para inclusão de cada hospital no estudo, como por exemplo, estrutura, dimensionamento de pessoal e rotinas hospitalares.

Nestas reuniões, a equipe estruturou treinamentos para a equipe dos hospitais selecionados. Foram contempladas explicações de preenchimento de formulários da pesquisa, treinamentos com explicações específicas de como funcionaria o estudo e palestras de motivação e incentivo para as equipes dos hospitais, bem como explicação sobre a importância do estudo e da implementação da visita estendida nas UTIs.

4.3 Educação de familiares

A UTI é um ambiente complexo e intimidador para quem não é habituado com a unidade, uma vez que contempla equipamentos com alta tecnologia, muitos alarmes, inserção de dispositivos invasivos (tubos, cateteres, sondas, drenos). Todo este maquinário pode ocasionar estresse aos familiares nas UTIs. Foi necessário pensar também que a permanência dos familiares nas UTIs poderia acarretar em riscos para a segurança dos pacientes críticos, visto que a manipulação indevida destes equipamentos e dispositivos poderiam ocasionar danos na recuperação dos doentes.

Por esses motivos, foram estruturadas reuniões com orientações educativas para os familiares acompanhantes dos pacientes, com informações importantes, como por exemplo: rotinas da unidade, cuidados com dispositivos (tubos, cateteres, sondas, contenções), alimentação na UTI, local dos bebedouros e água para as famílias, isolamentos, informações sobre equipamentos e como a família poderia ajudar na recuperação mais rápida e eficiente dos pacientes críticos.

Estas reuniões educativas são consideradas essenciais para o sucesso da visita ampliada em UTIs. Também, isso representa uma forma de desmistificar o ambiente crítico de UTI; acolher as famílias neste momento difícil; proporcionar maior segurança para os pacientes com a permanência das famílias nas unidades; e permitir aos familiares legitimarem

o seu papel no cuidado com os doentes. Estas reuniões foram conduzidas pela equipe assistencial. Além disso, foram disponibilizadas uma brochura e website informativo. Todos tinham fins educativos para comunicação com as famílias.

4.4 Aspectos sociais, econômicos, culturais e religiosos

Outra visão importante foi levar em consideração aspectos sociais, econômicos, culturais e religiosos da população-alvo. Foi questionado para cada instituição acerca do melhor horário de permissão de visita familiar na UTI, duração e frequência das visitas sociais (amigos e familiares mais distantes), formato e frequência das orientações aos familiares, os familiares que demandaram maior suporte psicológico, os familiares que aceitaram ser incluídos em pequenas atividades supervisionadas de cuidado; alguns hospitais forneceram alimentação para os familiares.

4.5 Equipe multiprofissional

Em relação à equipe multiprofissional dos hospitais incluídos neste estudo, foi estudada a síndrome de Burnout para avaliação do quanto a permanência destas famílias poderia ocasionar estresse nos profissionais. Além disso, foram elaboradas capacitações para os profissionais da UTI para lidar da melhor forma possível com a presença dos familiares na unidade por um tempo maior. Nessas capacitações, os profissionais foram orientados sobre o processo de comunicação com pacientes e familiares, cuidados voltados às necessidades dos pacientes e familiares, ambiente seguro para os pacientes, organização da assistência nos cuidados intensivos com a presença das famílias e prevenção do estresse ocupacional. Essas capacitações foram mantidas periodicamente juntamente com a educação continuada destes profissionais, desenvolvendo sempre a empatia e a comunicação adequada para lidar com situações críticas durante a visita ampliada.

4.6 Estrutura física

A avaliação da estrutura física de cada UTI selecionada foi feita através da visita dos pesquisadores do estudo para avaliar a viabilidade do estudo. Importante destacar que a visita ampliada não exige muitas alterações de estrutura, é necessário prioritariamente um espaço adequado no box do paciente para que o familiar fique ao seu lado. Porém foi visto a

necessidade de proporcionar ao familiar e ao paciente o mínimo de conforto, pensando nas necessidades dos pacientes e familiares, para isso proporcionamos acomodações junto ao paciente como uma cadeira, poltrona ou sofá. Identificamos a necessidade de organizar local adequado e privativo para conferências da equipe assistencial com os familiares.

Não foi considerado como impedimento para implementação da visita ampliada o fato de não ter local apropriado para repouso e alimentação dos familiares. Todavia, foi visto como melhoria do conforto dos familiares dentro da UTI.

4.7 Organização e Segurança

Para melhor organização e segurança dos processos assistenciais, foi evidenciada a necessidade de estabelecer medidas específicas antes mesmo do início da visita ampliada. Familiares e pacientes necessitam ser continuamente orientados sobre tais medidas. Como prioridades, foram destacadas: orientação dos horários de visita para acompanhantes (familiares que permaneceram mais tempo ao lado do paciente); horários de visita social (amigos e familiares mais distantes que permaneceram um curto período de tempo ao lado do paciente); critérios para a família aguardar na recepção (durante a realização de procedimentos ou exames); direitos e deveres de familiares e pacientes; critérios para a suspensão da visita caso haja situação de risco ao paciente; alimentação de pacientes e familiares na UTI; local para uso de sanitários; uso de aparelhos eletrônicos na UTI; e manutenção da ordem e silêncio. Cabe ressaltar que todos os profissionais possuem autonomia para orientar as famílias e os pacientes.

4.8 Suporte psicológico e social

A literatura evidencia que a maior permanência das famílias na UTI tende a aumentar a demanda de serviços psicológicos e sociais. Também, são aumentados os sintomas de ansiedade, depressão e estresse agudo em familiares de pacientes criticamente enfermos enquanto estão internados em UTI. (GARROUSTE-ORGEAS et al., 2008). Por este motivo, foi necessária a organização dos serviços de suporte psicológico e social para estas famílias. A fragilidade social do núcleo familiar do paciente pode ser uma grande barreira para o suporte familiar tanto durante a fase aguda da doença crítica quanto para a reabilitação do paciente a médio e longo-prazo.

5 EXECUÇÃO DO MODELO DE VISITA AMPLIADA

5.1 Realização das atividades planejadas

Após a seleção das UTIs participantes, foi iniciado o processo de implementação da visita ampliada em cada uma delas. Nesta fase, foram colocadas em prática todas as ações planejadas.

A equipe de pesquisadores e as enfermeiras realizaram visitas periódicas em todas as UTIs. A primeira visita de iniciação foi feita com um ou dois pesquisadores e uma enfermeira. Foram passados slides em forma de treinamento, explicando o que era o estudo, como seria realizado, preenchimento de formulários da pesquisa, papel da equipe multidisciplinar para o sucesso da implementação da visita ampliada e da pesquisa. Foram realizados treinamentos motivacionais para que a equipe entendesse a essência do projeto UTI Visitas, tratando de temas como humanização, comunicação, empatia, melhores formas de resolução dos possíveis problemas.

Cabe salientar que a equipe de profissionais de saúde dos hospitais selecionados sempre apresentou medo, incerteza e muitas dúvidas no trato com as famílias e na combinação da assistência de paciente crítico e visita familiar por maior tempo. As enfermeiras, que já haviam implementado a visita ampliada em sua instituição de origem, auxiliaram nestas demandas e utilizaram exemplos de sucesso e benefícios que este tipo de visita trouxe para sua UTI.

As ações planejadas não foram necessariamente iniciadas todas ao mesmo tempo. Foram seguidas conforme as demandas de cada instituição. Algumas etapas do planejamento foram consideradas essenciais, sendo necessário ser instituídas antes mesmo da visita ampliada iniciar. Dentre elas, estão a reunião de orientação para familiares, treinamento da equipe assistencial e organização de espaço no box do paciente para o familiar. As demais ações do planejamento foram instituídas conforme a necessidade dos serviços.

As próximas visitas às UTIs foram realizadas conforme necessidade de cada instituição, chamadas de “visitas de monitoria”. Os pesquisadores avaliavam o andamento da pesquisa e auxiliavam na resolução de problemas com as famílias na visita ampliada ou problemas estruturais apresentados.

Após o período de adaptação e instituição do projeto, foi realizado um *Meeting* com a participação de todas as UTIs participantes do projeto, a fim de escutar relatos das experiências vividas pela equipe participante, familiares e pacientes. Neste momento, familiares, pacientes e equipe relataram seus medos nos momentos que antecederiam à iniciação da visita e falaram dos benefícios que a visita ampliada trouxe em cada uma das instituições.

Nestes depoimentos, escutamos que as famílias, orientadas e cientes das regras para permanecerem dentro da UTI, ficaram mais tranquilas, menos questionadoras, confiavam na equipe. Com maior tempo de permanência, formaram vínculo com a equipe assistencial e auxiliaram nos cuidados básicos dos pacientes, como prestar informações importantes, auxiliar na comunicação entre paciente e equipe. Assim, mantiveram os pacientes mais tranquilos e confiáveis. Os medos relatados anteriormente foram minimizados e a convivência com as famílias tornou-se rotina nestas UTIs.

Nesse ínterim, podemos ressaltar que a maioria das UTIs selecionadas foram de instituições públicas. A estrutura muitas vezes era precária, faltava recursos e o dimensionamento de pessoal era prejudicado. Essas dificuldades desmistificaram a ideia de que somente hospitais com recursos financeiros elevados conseguiriam adaptar um modelo de visita ampliada à sua rotina em UTIs.

6 CONCLUSÃO

A visita ampliada em UTI pode servir como instrumento de auxílio para a recuperação de pacientes criticamente enfermos. Considerando o alto índice de estresse de familiares e pacientes em um momento de internação em UTI, manter as famílias mais próximas aos pacientes pode ser benéfico tanto para as famílias quanto para os pacientes.

Todavia, para o êxito deste modelo de visita, é de extrema importância que os familiares sejam devidamente orientados sobre as rotinas da unidade e o estabelecimento de organização e segurança para a permanência na UTI. Ademais, para a equipe multiprofissional, é essencial a realização de reuniões com a explicação dos objetivos deste tipo de visita, bem como os benefícios para pacientes, famílias e equipe. Deve haver reuniões de escuta, motivação, treinamentos de melhor comunicação, empatia e resgate da essência profissional de cuidar das pessoas.

Constatou-se, ao contrário do que se pensava, que não é necessária uma estrutura física de alta qualidade e maior dimensionamento de pessoal para estabelecer a visita ampliada em

UTIs. No entanto, é necessário ter a equipe e os familiares preparados. Para isso, questões de organização, método adequado, treinamentos regulares e contínuos são suficientes.

Considerando que as UTIs são ambientes complexos, tensos, frios e de alta tecnologia, a visita ampliada pode trazer humanização, acolhimento, melhor relacionamento entre equipes, famílias e pacientes. Além disso, pode melhorar também a comunicação entre todos estes eixos e, conseqüentemente, atingir uma assistência de melhor qualidade para os pacientes criticamente enfermos.

7 REFERÊNCIAS

BAHAROON, Sajeel et al. Family Satisfaction in Critical Care Units: Does an Open Visiting Hours Policy Have an Impact? **Journal Patient Safety**, n, 18, Aug. 2014.

BERWICK, D. M.; KOTAGAL, M. Restricted visiting hours in UCIs: time to change. **JAMA**, n. 292, p. 736-7, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política De Humanização**. 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf>. Acesso em: 08 Jul. 2015.

CAPPELLINI, E.; BAMBI, S.; LUCCHINI, A.; MILANESIO, E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. **Dimens Crit Care Nurs**, v. 33, n. 4, p. 181-193, 2014.

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**, v. 15, n. 1, 2007.

FUMAGALLI, Stefano et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. **Circulation**, Florence, v. 7, n. 113, p. 946-52, fev. 2006.

FUMIS, R. R. L. et al. Emotional Disorders in Pairs of Patients and Their Family Members during and after ICU Stay. **PLoS ONE**, Germany, v.1, n.10, Jan. 2014.

GARROUSTE-ORGEAS, M.; PHILIPPART, F.; TIMSIT, J. F. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. **Crit Care Med**, n. 36, p. 30-35, 2008.

GORLAT-SÁNCHEZ, B.; GARCÍA-CARO, M.P.; PEINADO-GORLAT, P.; CAMPOS-CALDERÓN, C.; MEJÍAS-MARTÍN, Y.; CRUZ-QUINTANA, F. Efectividad de un plan de apoyo a cuidadores en dos hospitales públicos de Granada. **Aquichan**, v. 14, n. 4, p. 523-36, 2014.

MARQUES, Rosemary Cristina; SILVA, Maria Júlia Paes da; MAIA, Flávia Oliveira Motta. Comunicação entre profissionais de saúde e familiares de pacientes em Terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 91-95, jan./mar. 2009.

- MOLTER, N. C. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. **Heart Lung**, v. 8, n. 2, p. 332-339, 1979.
- PASSOS, S.; PEREIRA, Á.; NITSCHKE, R. G. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. **Acta paul enferm**, v. 28, n. 6, p. 539-545, 2015.
- RAMOS, Fernando José da Silva et al. Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico. **Revista brasileira de terapia intensiva**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 339-346, Dec. 2014.
- RAMOS, J. F.; FUMIS, R. R.; AZEVEDO, L. C.; SCHETTINO, G. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. **Ann Intensive Care**, v. 3, n. 34, 2013.
- RÊGO, K. V. M. **Permanência de acompanhantes em unidades de terapia intensiva: Revisão da literatura**. 2011. 13 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Intensiva). Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, Piauí, 2011.
- ROSA, B. A.; RODRIGUES, R. M.; GALLANI, B. J.; SPANA, T. M.; PEREIRA, C. Estressores em unidade de terapia intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. **Rev Esc. Enferm USP**, v.44, n. 3, p. 627-35, 2010.
- SIMONI, Rosemary Cristina Marques; SILVA, Maria Júlia Paes. O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, n. 46, p. 65-70, out. 2012.

**APÊNDICE C – BROCHURA: COMO O FAMILIAR PODE AJUDAR O PACIENTE
NA UTI?**

PROJETO
UTI VISITAS

**COMO O FAMILIAR
PODE AJUDAR O
PACIENTE NA UTI?**

PPG-EnSau
Programa de Pós-Graduação
em Ensino na Saúde
UFCSPA





O **Projeto UTI Visitas** é uma parceria do Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre com o Ministério da Saúde, para avaliar o impacto da visita ampliada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na saúde dos pacientes, satisfação dos familiares e dos profissionais da saúde.

Algumas UTIs brasileiras já aderiram à visita familiar ampliada com o objetivo de tornar o atendimento mais humanizado e centrado nas necessidades do paciente e sua família.

Este livreto foi elaborado como Produto Técnico/Educacional, da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre intitulada “WEBSITE COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO EDUCATIVA PARA FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI: IMPACTO NA SATISFAÇÃO, ANSIEDADE E DEPRESSÃO” da autora Tarissa Ribeiro Haack. O mesmo foi pensado a partir da evidência de que nem todos os familiares de pacientes internados em UTI acessavam o website disponibilizado.

Aqui você encontrará um resumo do que está no site:

www.utivisitas.com.br

Visita Ampliada

A visita ampliada tem por objetivo proporcionar maior proximidade entre familiares e pacientes no momento de internação na UTI, por ser um momento delicado e de extrema insegurança para ambos, ter alguém a quem amamos e confiamos por perto pode tornar esta internação menos dolorida e mais tranquila.

Como funciona a Visita Ampliada

Até 2 familiares, por paciente, podem se habilitar a permanecer junto ao paciente por até 12 horas por dia.

Para isso, esses familiares deverão, obrigatoriamente, participar de uma reunião de orientações realizada pela equipe da UTI, onde o familiar entenderá melhor o contexto desta unidade, permanecendo junto ao paciente de forma mais tranquila e segura. Esta reunião ocorre diariamente. Informe-se sobre os horários na recepção da UTI na qual seu familiar está internado.

Mesmo que nenhum familiar se habilite para a visita ampliada, ainda assim, será permitida a visita ao paciente nos horários de visita social. Informe-se sobre os horários na recepção da UTI na qual seu familiar está internado.

O familiar não é obrigado a permanecer 12 horas com o paciente. Pode permanecer apenas o tempo que for possível dentro de suas possibilidades. A ampliação do horário de visitação tem o objetivo de possibilitar maior flexibilidade ao familiar.

A importância do familiar na UTI

Durante a internação na UTI, a presença de familiares junto ao paciente é extremamente valiosa. Mas para que a permanência do familiar junto ao paciente possa ser uma experiência positiva, é importante o entendimento do que é a UTI e de como o familiar pode ajudar o paciente internado nesta unidade.



O maior tempo de contato do paciente com seus familiares próximos, em um momento tão difícil, possui diversos potenciais benéficos. Além de contribuir para a redução do medo, estresse e ansiedade, a presença do familiar pode auxiliar o esclarecimento do paciente sobre seu estado de saúde. Além de ajudar a equipe entender melhor o paciente, o familiar acaba tendo um maior entendimento sobre o estado de saúde do seu familiar internado.

Engajamento na Visita Ampliada: como o familiar pode contribuir para a melhora do paciente?

Ajudar a equipe da UTI a entender o paciente

O diálogo do familiar com a equipe da UTI pode ser importante para o paciente. É fundamental que o time assistencial tenha acesso a informações precisas sobre doenças que o paciente já teve, medicamentos que utiliza, hábitos e limitações do paciente. Estando na visita ampliada, o familiar terá mais oportunidades para fornecer estas informações tão valiosas para os profissionais da UTI.

Ajudar o paciente a entender informações sobre o seu estado de saúde

Muitas vezes o paciente grave apresenta dificuldade para compreensão de informações prestadas pela equipe da UTI: doenças, tratamentos, exames, etc. Esta dificuldade se deve a fatores diversos, tais como sedação, confusão, negação de sua doença e fragilidade emocional. O familiar na visita ampliada pode auxiliar o paciente a entender adequadamente as informações sobre o seu cuidado.

Reforçar o tratamento

O familiar pode incentivar o paciente a aceitar o tratamento através de mensagens positivas.



Ajudar a tranquilizar o paciente

O ambiente de UTI e o contexto de doença grave podem provocar estresse, medo, ansiedade e sintomas de depressão no paciente gravemente enfermo. O familiar tem um papel muito importante na prevenção e também no manejo destas reações. O simples fato de estar ao lado do paciente, segurando em sua mão e prestando apoio e esperança já são suficientes para amenizar o mal-estar emocional do doente.

Ajudar a reorientar o paciente

A presença do familiar junto ao paciente na UTI tem o potencial de prevenir ou, pelo menos, amenizar sintomas neurológicos indesejáveis tais como desorientação e confusão mental. Contribuição para criar um ambiente mais familiar para o paciente (através da presença do familiar na UTI), atitudes frequentes de reorientação do paciente (informar data, horário e local, por exemplo) e palavras de tranquilização são estratégias importantes para combater a desorientação e a confusão mental dentro da UTI.

Entendendo a UTI

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente de cuidados de saúde destinado ao atendimento de pacientes gravemente enfermos. Esta unidade é caracterizada por cuidados multidisciplinares, especializados e integrados, que utilizam o melhor conhecimento e tecnologia disponíveis para auxiliar no diagnóstico, tratamento e reabilitação de doentes graves.



Na UTI, o paciente é constantemente monitorado e avaliado por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, entre outros profissionais. Esta forma de atendimento, além de otimizar o tratamento e auxiliar na recuperação do paciente, possibilita o rápido reconhecimento de complicações e tratamento imediato.

Equipe da UTI

A equipe da UTI é composta por profissionais com treinamento específico para ajudar na recuperação de pacientes graves. Como o paciente grave demanda múltiplos cuidados de diferentes áreas da saúde a equipe da UTI é composta por profissionais de diferentes especialidades: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, entre outros.

Reuniões multidisciplinares

Via de regra, todos os dias acontecem reuniões entre os profissionais da UTI para definição do melhor plano de cuidado para o paciente, levando-se em consideração todos os aspectos de sua saúde. Este é o momento no qual são decididas as condutas sob o ponto de vista multidisciplinar. Geralmente participam desta reunião todos aqueles profissionais envolvidos no cuidado do paciente internado na UTI (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, etc).



Cuidados básicos na UTI

Os cuidados básicos do paciente internado na UTI compreendem a observação constante das funções vitais, administração de medicamentos, cuidados de higiene, cuidados com alimentação e fisioterapia.

Monitorização de Funções Vitais

Durante a permanência na UTI, as funções vitais do paciente são constantemente observadas. Isto permite a rápida identificação de alterações do estado clínico do paciente.

Administração de Medicamentos

A administração de medicamentos prescritos pela equipe médica faz parte da rotina de cuidados básicos em UTI. A aplicação destes tratamentos pode ser realizada por vias diferentes (pela boca, por sonda enteral ou pela veia, por exemplo).

Cuidados de Higiene

A higienização do paciente grave é uma das prioridades dos cuidados básicos de UTI. A forma de higienização depende muito do quadro clínico do paciente. Em pacientes instáveis ou dependentes de certos dispositivos (ventilação mecânica, por exemplo) a higienização costuma ocorrer no próprio leito.



Alimentação

A nutrição adequada faz parte do tratamento do paciente internado na UTI. Por esta razão, a dieta do paciente é cuidadosamente planejada pelas equipes de medicina e nutrição. A via de alimentação depende das condições do paciente, podendo ser realizada por via oral (pela boca), por sonda digestiva (sonda colocada pelo nariz ou pela boca), gastrostomia (sonda colocada em orifício cirúrgico no estômago), jejunostomia (sonda colocada em orifício cirúrgico no intestino) ou pela veia (nutrição parenteral).

Fisioterapia

A fisioterapia faz parte do tratamento e da reabilitação do paciente gravemente enfermo. Os pacientes internados na UTI, geralmente realizam fisioterapia todos os dias. A fisioterapia pode ser motora ou respiratória e pode iniciar já nas primeiras horas em que o paciente está na UTI.

Procedimentos na UTI

Comumente o paciente gravemente enfermo necessita de procedimentos para a adequada monitorização e tratamento de seu estado de saúde. A maioria destes procedimentos são realizados em ambiente estéril (livre de contaminação), por isso, os familiares geralmente não podem permanecer junto ao paciente durante a sua realização. Abaixo, estão listados alguns exemplos de procedimentos comuns na UTI:

- Implante de cateter venoso central (para administração de medicamentos).
- Intubação (para colocar o paciente em ventilação mecânica).
- Passagem de sonda vesical (para controlar ou auxiliar a saída da urina).
- Realização de curativos.



Segurança do paciente na UTI

O paciente internado na UTI, pela sua gravidade e pela frequente necessidade de tratamentos invasivos, é, por definição, um paciente vulnerável. Nesta população especial de doentes, medidas de segurança são fundamentais para evitar complicações relacionadas ao seu estado de saúde ou aos tratamentos recebidos.

Prevenção de infecção, prevenção de trombozes, prevenção de quedas e prevenção de erro de medicação são exemplos de estratégias de promoção de segurança ao paciente internado na UTI.



Lavar adequadamente as mãos sempre antes e após tocar no paciente ou nos objetos ao seu redor, é um procedimento essencial para a prevenção de infecções que deve ser realizado não só pela equipe da UTI, mas também pelos visitantes. Em algumas situações, a utilização de equipamentos de proteção tais como avental, luvas, máscaras, óculos e protetores de calçados é necessária. Esses recursos são importantes para a segurança de pacientes mais fragilizados.

Tratamentos de suporte de vida

O paciente internado na UTI, além de receber tratamento direcionado para a situação que ocasionou a gravidade de seu estado de saúde, recebe tratamento de suporte de vida. O principal objetivo é manter o adequado funcionamento das funções vitais enquanto a doença que ocasionou o estado grave é combatida. Alguns exemplos de tratamento de suporte:

Suporte ventilatório

Quando o paciente tem dificuldade para respirar, pode receber oxigênio por uma máscara ou, em situações mais graves, pode precisar da ajuda de um aparelho (respirador) no qual o oxigênio chega aos pulmões por um tubo (colocado através da boca) ou de traqueostomia (abertura cirúrgica no pescoço).

Suporte renal

Quando os rins não estão funcionando adequadamente, o paciente precisa da ajuda de uma máquina para filtrar as toxinas do sangue. Esse procedimento é chamado de diálise.



Também são tratamentos de suporte a transfusão de sangue, a administração de sedativos ou medicamentos que ajudem a controlar a dor, entre outros.

Prognóstico

O prognóstico consiste na predição médica, ou seja, na previsão de como o paciente vai responder à doença e ao tratamento. Incluem-se nesta predição, a chance do paciente sobreviver e o impacto que a doença atual terá na qualidade de sua vida. A chance do paciente sobreviver à doença grave com boa qualidade de vida está relacionada a diversos fatores que envolvem características do paciente, aspectos da doença e tratamento recebido.



Muitas vezes, o prognóstico do paciente durante a internação acaba por se tornar reservado, ou seja, o paciente tem baixa probabilidade de sobreviver com dignidade. Em condições nas quais a doença atual é irreversível e a evolução é inevitável para morte, faz parte da obrigação da equipe da UTI fornecer o melhor tratamento paliativo disponível de modo a priorizar o conforto e minimizar o sofrimento do paciente.

Complicações

A fragilidade do paciente grave o deixa suscetível a complicações durante sua hospitalização. Estas complicações podem ser ocasionadas pela própria doença crítica ou por intolerância aos tratamentos necessários para manter o suporte de vida. Alguns exemplos de complicações:

Infecções hospitalares

Devido à fragilidade da defesa natural do organismo e à frequente necessidade de inserir dispositivos para possibilitar o suporte de vida, o paciente grave tem maior chance de desenvolver infecção hospitalar. O tratamento dessas complicações geralmente é realizado com antibióticos. Vale lembrar que a adequada lavagem das mãos constitui uma das principais medidas para prevenir infecções hospitalares.

Delirium

Algumas doenças podem provocar uma complicação chamada delirium, na qual o paciente fica confuso, desorientado e agitado. Algumas vezes, é necessário conter braços e pernas do paciente para que ele não se machuque ou caia do leito. A presença do familiar junto ao paciente na UTI pode contribuir para minimizar essa complicação, através da tranquilização e reorientação do doente.

Reabilitação

A reabilitação do doente crítico é fundamental para a recuperação plena de suas capacidades físicas e mentais. O processo de reabilitação inicia dentro da própria internação na UTI e, muitas vezes, se estende ao período pós-alta hospitalar.

Um processo adequado de reabilitação tem o potencial de impactar positivamente na qualidade de vida do paciente e deve ser mantido após a alta hospitalar. Fazem parte do conjunto de medidas de reabilitação pós-UTI:

- fisioterapia e programas de reabilitação funcional
- acompanhamento psicológico ou psiquiátrico
- acompanhamento com fonoaudiólogo
- acompanhamento com um nutricionista





Retomar a vida após passar pela UTI pode não ser uma tarefa fácil. Mudanças na imagem corporal, fraqueza muscular, cansaço, dificuldade para se alimentar e fragilidade emocional são grandes desafios a serem superados.

A vontade de melhorar é uma grande aliada para a recuperação pós-UTI. O suporte familiar e o engajamento pessoal em atividades de reabilitação são essenciais tanto para a qualidade de vida como o retorno às atividades sociais (retorno ao trabalho, por exemplo).

Encontre mais informações sobre o que é a UTI e sobre o que acontece com o paciente internado nesta unidade no site:

www.utivisitas.com.br



ANEXO A – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

Instrumento de Avaliação HADS

Marque com um “X” a resposta que melhor corresponde a **como você tem se sentido na última semana**.
Marque apenas uma resposta para cada afirmativa.

11.1. Eu me sinto tenso ou contraído	<input type="checkbox"/>	A maior parte do tempo
	<input type="checkbox"/>	Boa parte do tempo
	<input type="checkbox"/>	De vez em quando
	<input type="checkbox"/>	Nunca
11.2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes	<input type="checkbox"/>	Sim, do mesmo jeito que antes
	<input type="checkbox"/>	Não tanto quanto antes
	<input type="checkbox"/>	Só um pouco
	<input type="checkbox"/>	Já não sinto mais prazer em nada
11.3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer	<input type="checkbox"/>	Sim, e de um jeito muito forte
	<input type="checkbox"/>	Sim, mas não tão forte
	<input type="checkbox"/>	Um pouco, mas isso não me preocupa
	<input type="checkbox"/>	Não sinto nada disso
11.4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas	<input type="checkbox"/>	Do mesmo jeito que antes
	<input type="checkbox"/>	Atualmente um pouco menos
	<input type="checkbox"/>	Atualmente bem menos
	<input type="checkbox"/>	Não consigo mais
11.5. Estou com a cabeça cheia de preocupações	<input type="checkbox"/>	A maior parte do tempo
	<input type="checkbox"/>	Boa parte do tempo
	<input type="checkbox"/>	De vez em quando
	<input type="checkbox"/>	Raramente
11.6. Eu me sinto alegre	<input type="checkbox"/>	Nunca
	<input type="checkbox"/>	Poucas vezes
	<input type="checkbox"/>	Muitas vezes
	<input type="checkbox"/>	A maior parte do tempo
11.7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado	<input type="checkbox"/>	Sim, quase sempre
	<input type="checkbox"/>	Muitas vezes
	<input type="checkbox"/>	Poucas vezes
	<input type="checkbox"/>	Nunca
11.8. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	Quase sempre
	<input type="checkbox"/>	Muitas vezes
	<input type="checkbox"/>	De vez em quando
	<input type="checkbox"/>	Nunca
11.9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago	<input type="checkbox"/>	Nunca
	<input type="checkbox"/>	De vez em quando
	<input type="checkbox"/>	Muitas vezes
	<input type="checkbox"/>	Quase sempre
11.10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência	<input type="checkbox"/>	Completamente
	<input type="checkbox"/>	Não estou mais me cuidando como eu deveria
	<input type="checkbox"/>	Talvez não tanto quanto antes
	<input type="checkbox"/>	Me cuido do mesmo jeito que antes
11.11. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum	<input type="checkbox"/>	Sim, demais
	<input type="checkbox"/>	Bastante
	<input type="checkbox"/>	Um pouco
	<input type="checkbox"/>	Não me sinto assim
11.12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir	<input type="checkbox"/>	Do mesmo jeito que antes

	Um pouco menos do que antes
	Bem menos do que antes
	Quase nunca
	11.13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico
	A quase todo momento
	Várias vezes
	De vez em quando
	Não sinto isso
	11.14. Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa
	Quase sempre
	Várias vezes
	Poucas vezes
	Quase nunca

**ANEXO B – INVENTÁRIO DE NECESSIDADES E ESTRESSORES DE
FAMILIARES EM TERAPIA INTENSIVA (INEFTI)**

Instrumento de Avaliação INEFTI

Leia cada pergunta e faça um "X" no número à direita da informação que melhor indicar **como você se sente hoje** com relação à **importância** e **satisfação** de suas necessidades.

Importância: 1 – não importante; 2 – pouco importante; 3 – muito importante; 4 – importantíssimo.
Satisfação: 1 – insatisfeito; 2 – pouco satisfeito; 3 – muito satisfeito; 4 – totalmente satisfeito.

Necessidades		Importância				Satisfação			
		1	2	3	4	1	2	3	4
12.1.	Saber quais as chances de melhora do paciente								
12.2.	Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita								
12.3.	Poder conversar com o médico todos os dias								
12.4.	Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone								
12.5.	Ter perguntas respondidas com franqueza								
12.6.	Ter horário de visita modificado em situações especiais								
12.7.	Falar sobre sentimentos negativos relacionados ao que está acontecendo								
12.8.	Ter uma boa lanchonete no hospital								
12.9.	Ser informado sobre o que fazer quando estiver ao lado do paciente								
12.10.	Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora								
12.11.	Saber quem pode dar a informação que necessito								
12.12.	Ter amigos por perto para me apoiar								
12.13.	Saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente								
12.14.	Sentir que há esperança de melhora do paciente								
12.15.	Saber quais profissionais estão cuidando do paciente								
12.16.	Saber qual tratamento médico está sendo dado ao paciente								
12.17.	Estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente								
12.18.	Ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital								
12.19.	Saber exatamente o que está sendo feito para o paciente								
12.20.	Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI								
12.21.	Sentir-se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital								
12.22.	Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros								
12.23.	Ter um telefone perto da sala de espera								
12.24.	Ter a visita de alguém da religião à qual pertence								
12.25.	Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente								
12.26.	Ser acompanhado por profissional, amigo ou familiar durante a visita								
12.27.	Ter alguém que se preocupa com a minha saúde								
12.28.	Ter certeza que tudo está bem para deixar o hospital por algum tempo								
12.29.	Conversar com a mesma enfermeira todos os dias								
12.30.	Sentir-se à vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções								
12.31.	Saber quais outros profissionais podem me ajudar								
12.32.	Ter um banheiro perto da sala de espera								
12.33.	Receber explicações que possam ser compreendidas								
12.34.	Começar a visita na hora marcada								
12.35.	Ser informado sobre serviços religiosos								
12.36.	Ajudar a cuidar do paciente na UTI								
12.37.	Ser comunicado sobre possíveis transferências								
12.38.	Ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente								
12.39.	Receber informações sobre o paciente no mínimo uma vez ao dia								
12.40.	Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente								
12.41.	Ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente								
12.42.	Ver o paciente frequentemente								
12.43.	Ter sala de espera perto do paciente								