

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita em
Unidade de Cuidados Intensivos**

Joana de Moura Mendes Baião

Leiria, Março de 2017



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

3º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ano Letivo 2016/2017

2º Ano/ 2º Semestre

**Necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita em
Unidade de Cuidados Intensivos**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Joana de Moura Mendes Baião, nº 5140012

Unidade curricular: Dissertação

Professora Orientadora: Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira
Catarino

Leiria, Março de 2017

“A vida ensinou-me...

A dizer adeus às pessoas que amo, sem tira-las do meu coração

Sorrir às pessoas que não gostam de mim, para mostrar-lhes que sou diferente do que elas pensam

Fazer de conta que tudo está bem quando isso não é verdade, para que eu possa acreditar que tudo vai mudar

Calar-me para ouvir e aprender com os meus erros, afinal eu posso ser sempre melhor.

A vida ensinou-me...

A lutar contra as injustiças,

Sorrir quando o que mais desejo é gritar todas as minhas dores para o mundo,

A ser forte quando os que amo estão com problemas,

Ser carinhoso com todos os que precisam do meu carinho

Ouvir todos os que só precisam de desabafar

Amar os que me machucam ou querem fazer de mim depósito de suas frustrações e desafetos

Perdoar incondicionalmente, pois já precisei desse perdão

Amar incondicionalmente, pois também preciso desse amor

A alegrar a quem precisa

A pedir perdão

A sonhar acordado e a acordar para a realidade

A chorar de saudade sem vergonha de demonstrar

Ensinou-me a ter olhos para ‘ver e ouvir as estrelas’, embora nem sempre consiga entendê-las

A ver o encanto do por do sol

A sentir a dor do adeus e do que se acaba, sempre lutando para preservar tudo o que é importante para a felicidade do meu ser

A abrir as minhas janelas para o amor

A não temer o futuro

Ensinou-me e está a ensinar a aproveitar o presente, como um presente que recebi da vida, e usa-lo como um diamante que eu mesmo tenho de lapidar, dando-lhe forma da maneira que escolher.”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

Aos Meus Pais,

eles que sempre me fizeram ver e acreditar que era possível. E me mostraram que as coisas mais bonitas são as que sentimos e não as que são vistas ou passíveis de serem tocadas. A Família é sem dúvida onde a vida começa e o Amor nunca termina. A vocês dedico todo este trabalho.

Aos Meus Amigos e a Alguém Muito Especial,

aqueles verdadeiros e incondicionais: pela amizade, companhia, apoio e carinho, pelas palavras de força e transmissão de confiança, em todos os momentos. Agradeço por me fazerem ver e perceber que desistir nunca foi opção... sem dúvida que a amizade é uma forma de amor que nunca morre, formamos uma família um tanto ou quanto invulgar e por isso tão especial.

À Joana Santos e Helena Botelho,

um Muito Obrigada por todo o carinho e amizade, bem como por esta aventura que foi a concretização do Mestrado. Nesta estrada da vida, percorre-la com amigos como vocês torna tudo mais simples.

À equipa de Profissionais de saúde e aos Familiares,

da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Vila Franca de Xira que prescindiram de algum do seu precioso tempo para me ajudarem na aplicação dos questionários, bem como me apoiaram durante a realização do Mestrado.

À Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino,

expresso o meu profundo agradecimento pela transmissão de conhecimentos e motivação mesmo nas etapas mais complicadas, em que o desanimo se apoderou de mim. O seu apoio foi determinante na elaboração desta Dissertação.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRONIMOS E SIGLAS

CCFNI - Critical Care Family Needs Inventory

CI – Cuidados Intensivos

DP – Desvio Padrão

EADS-21 - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

INFUCI - Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos

M – Média

N – Número total da amostra

Nº - Número

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

X_{máx.} – Valor máximo da amostra

X_{min.} – Valor mínimo da amostra

RESUMO

No contexto da evidência científica é possível verificar um aumento de estudos direcionados para a medicina intensiva, nomeadamente na vertente do doente crítico e sua família. É fundamental uma abordagem holística, onde a família constituiu um foco do cuidar tão importante como o doente crítico.

A relação estabelecida entre a equipa de enfermagem e a família deve ser baseada na intencionalidade de ajuda e suporte, devendo esta, estar preparada para atender às necessidades dos familiares, relacionadas com a experiência do internamento do doente em ambiente crítico.

Como objetivos, foram delineados o identificar necessidades da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos e o seu grau de importância e o avaliar o estado emocional (ansiedade, depressão e stress) da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, em que se aplicou um questionário composto por dados sociodemográficos, a escala de ansiedade stress e depressão e o inventário de necessidades da família, numa amostra não probabilística intencional, constituída por 40 familiares de doentes internados numa unidade de cuidados intensivos.

Os familiares apresentam um estado emocional em que os sintomas associados à ansiedade, stress e depressão se situam em níveis inferiores ao ponto médio das sub-escalas, contudo evidenciam notas mais altas ao nível do stress correspondendo a estados afetivos mais negativos. A necessidade considerada com maior grau de importância está relacionada com o fator Participação com uma média de 3,52 (DP=0,36). Em segundo lugar foi atribuída uma importância mais alta ao fator Procura de Informação com uma média de 3,47 (DP=0,38), seguindo-se o fator Visitar, com a média foi de 3,22 (DP=0,42). Os fatores com pontuações mais baixas, foram o Apoio Emocional, sendo a média de 3,15 (DP=0,43) e por último o fator Recursos e Sistemas de Apoio com uma média de 2,84 (DP=0,34). O total do Inventário das necessidades da família apresenta uma média 3,16 (DP=0,31).

Numa análise individual, constatamos que as necessidades identificadas pelos familiares de referência como sendo de maior importância relacionam-se com a comunicação e esclarecimento de dúvidas, a obtenção de informação, nomeadamente sobre o prognóstico e o tratamento do doente.

Os resultados evidenciam a importância da família se tornar foco do cuidar sendo simultaneamente alvo da prestação de cuidados, e elemento participativo dos mesmos. O foco da prestação de cuidados deve descentralizar-se do doente para englobar toda a sua envolvência.

Palavras-chave: Necessidades, Família e Unidade de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

In the context of the scientific evidence, it's possible to verify an increase of studies related to intensive care, in particular into the area of critical patient and his family. A holistic approach is fundamental, where the family constituted a focus of caring as important as the critical patient.

The relation established between the nursing team and family should be based on the intentionality of help and support, by being prepared to meet the necessities of the family related to the experience of the patient's admission in the critical environment.

The aims of the study are to identify the necessities of the critical patient's family in the intensive care unit and their grade of importance and to evaluate the emotional state (anxiety, depression and stress) of the critical patient's family in intensive care.

This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study in which a questionnaire with social-demographic data, the stress/distress and depression anxiety scale and the family necessities inventory were applied in an intentional non-probabilistic sample of 40 relatives of patient's admitted in ICU.

Family members presented an emotional state in which the symptoms associated with anxiety, stress and depression are lower than the midpoint of the subscales, but they show higher stress scores corresponding to more negative affective states. The necessity considered with greater grade of importance is related to the participation factor with a mean of 3.52 (SD = 0.36). Secondly, the Information Demand factor was assigned a higher importance with a mean of 3.47 (SD = 0.38), followed by the Visiting factor, with a mean of 3.22 (SD = 0.42). The factors with lower scores were Emotional Support, with an average of 3.15 (SD = 0.43) and lastly the Factories and Support Systems with an average of 2.84 (SD = 0.34). The total of the Family Necessities Inventory presents an average of 3.16 (SD = 0.31).

In analysis, we found the the necessities identified by the next of kin, as being of greater importance, are related with communication and clarification of doubts, obtaining information about the prodnosis and treatment needed.

The results show the importance of the family becoming a focus of care, being simultaneously the target of care, and carer. The focus of care should be decentralized from the patient to encompass all of its environment.

Keywords: Necessities, Family and Intensive Care Unit.

INDICE

INTRODUÇÃO 12

1. A FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS 15

1.1. NECESSIDADES DOS FAMILIARES DO DOENTE CRÍTICO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS 21

1.2. ACOLHIMENTO DA FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS 25

2. METODOLOGIA 30

2.1. DESENHO DO ESTUDO 30

2.2. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 31

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA 31

2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS 32

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 34

2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO 35

3. RESULTADOS 36

4. DISCUSSÃO 45

5. CONCLUSÃO 50

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 52

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados

ANEXO II – Pedidos de autorização aos autores para a utilização das respetivas escalas

ANEXO III – Protocolo de Investigação

ANEXO IV – Pedidos de autorização à Comissão de Ética e Sede de Comissão Executiva do Hospital de VFX e Diretor Clínico e Enfermeira Chefe da UCI do HFVX

ANEXO V – Consentimento Informado

INDICE DE TABELAS

- TABELA 1** Perceção dos enfermeiros sobre as necessidades da família do doente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos. *17*
- TABELA 2** Dados Socio-demográficos da Amostra (N=40). *36*
- TABELA 3** Caraterização da amostra quanto ao estado emocional (ansiedade, depressão e stress) da família do doente crítico internado no serviço de CI. *37*
- TABELA 4** Distribuição da amostra quanto ao grau de importância atribuído às necessidades da família do doente crítico internado no serviço CI (N = 40). *41*
- TABELA 5** Caraterização da amostra quanto às necessidades da família do doente crítico internado no serviço UCI. *44*

INTRODUÇÃO

No contexto da evidência científica é possível verificar um aumento de estudos direcionados para a medicina intensiva, nomeadamente na vertente do doente crítico e sua família “focando a necessidades de ações que visem à humanização dos sujeitos atuantes neste ambiente ímpar de assistência à saúde. Na nossa experiência profissional observamos as repercussões desse processo para a família, paciente e equipe.” (Urizzi, Carvalho, Zampas, Ferreira, Grion & Cardoso 2008, p.370).

Os enfermeiros surgem neste contexto como dotados da capacidade de mudar a forma como a família experiencia e vivencia este processo de internamento do doente crítico. Estes devem ser instruídos e competentes de modo a dar resposta às necessidades demonstradas pela mesma (Carvalhido, 2014).

O internamento numa unidade de cuidados intensivos consiste num evento inesperado do doente crítico conferindo alterações significativas na componente e estrutura familiar. Desta forma, é fundamental que o enfermeiro considere igualmente a família como foco da sua prestação de cuidados (Borges, 2015). A Ordem dos Enfermeiros evidencia esta necessidade classificando-a como sendo uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

Campos (2014) faz referência ao ambiente tecnicista da unidade de cuidados intensivos e como este contribuiu em parte para que a família fosse considerada um interveniente pouco importante para a recuperação do doente. Contudo, e tendo em conta a perspetiva atual de cuidados holísticos, a família é vista como parte integrante do cuidar.

Assim, a relação estabelecida entre a equipa de enfermagem e a família deve ser baseada na intencionalidade de ajuda e suporte, devendo esta estar “(...) preparada para atender às necessidades referidas pelos familiares, relacionadas à experiência com a internação em ambiente crítico. Espera-se uma enfermagem que perceba a família também como foco do cuidado” (Frizon, Nascimento, Bertonecello e Martins, 2011, p.73). Borges (2015) reforça o referido, afirmando ainda que a família deve ser considerada como uma continuidade da pessoa doente.

Neste contexto, a primeira visita é fundamental para os familiares. A partir das primeiras impressões e do processo de acolhimento, o comportamento dos familiares e capacidade de adaptação a esta nova realidade irá ser condicionado. Os profissionais devem prepará-los para o que irão observar e vivenciar, quando forem visitar o seu ente querido (Oliveira, 2012).

Estes pressupostos, a nossa experiência clínica em unidade de cuidados intensivos, o facto da família durante o internamento do doente crítico vivenciar períodos que destruíram a sua rotina diária, experienciando momentos de ansiedade, stress e incerteza face à situação do doente, a importância atribuída aos cuidados centrados na família e aos cuidados de excelência, levou-nos ao questionamento “Quais são necessidades da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos e o seu grau de importância para esta” e “Qual é o estado emocional (ansiedade, depressão e stress) da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos? A partir deste questionamento surgiu o tema desta dissertação: **Necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita em Unidade de Cuidados Intensivos.**

Este estudo terá como objetivos:

- Identificar necessidades da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos e o seu grau de importância;
- Avaliar o estado emocional (ansiedade, depressão e stress) da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos.

Para a concretização dos mesmos desenvolveu-se um estudo quantitativo descritivo transversal, sendo a amostragem do tipo não probabilístico intencional. A população alvo foi constituída pelos familiares dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Vila Franca de Xira, num total de 40 familiares.

De forma a facilitar a consulta, análise e compreensão do presente estudo, este encontra-se estruturado em cinco partes fundamentais: a primeira apresenta um enquadramento teórico tendo como base a pesquisa bibliográfica realizada. Na segunda parte desenrola-se toda a componente metodológica do estudo, com referência ao tipo e desenho do estudo, aos objetivos, às questões e às hipóteses de investigação, à população e à amostra, ao instrumento de colheita de dados, aos procedimentos formais e éticos e ao tratamento

estatístico. Na terceira parte são apresentados os resultados obtidos e na quarta parte é feita a discussão dos mesmos. Na quinta e última parte são apresentadas as conclusões desta investigação e apresentadas as dificuldades e limitações, bem como sugestões para o desenvolvimento de investigações futuras.

1. A FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A unidade de cuidados intensivos de acordo com o descrito pela Direção Geral da Saúde (2013) é o serviço direcionado para a prestação de cuidados especializados e diferenciados na área do doente crítico, cuja situação clínica é potencialmente reversível com a utilização de recursos técnicos e profissionais específicos.

Reforçando a ideia supracitada, Urizzi et al (2008) caracterizam a unidade de cuidados intensivos como o serviço que apresenta melhor capacidade de resposta para a prestação de cuidados ao doente crítico. Para alcançar esse objetivo, tem como base a monitorização contínua, bem como a prestação de cuidados especializados e o recurso a técnicas complexas que permitem a estabilização e recuperação do doente. É considerado como um serviço potenciador de grande ansiedade pela incerteza do desfecho destas situações consideradas como emergentes.

Associado ao conceito supracitado de medicina intensiva/unidade de cuidados intensivos, surge o de doente em situação crítica que de acordo com o Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro (2011, p.1), é definido como aquele

“(…) cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

No contexto da investigação, é possível verificar um aumento de estudos direcionados para a medicina intensiva, nomeadamente na vertente do doente crítico e sua família “focando a necessidades de ações que visem à humanização dos sujeitos atuantes neste ambiente ímpar de assistência à saúde. Na nossa experiência profissional observamos as repercussões desse processo para a família, paciente e equipe.” (Urizzi et al, 2008, p.370).

A hospitalização de um familiar em unidade de cuidados intensivos de acordo com Urizzi, et al (2008) quando ocorre de forma inesperada, promove alterações significativas tanto na funcionalidade do quotidiano como na saúde familiar. Perante esta situação de crise,

ocorre rutura das relações interpessoais, pela distância, pelo medo e pelo sentimento de perda iminente face ao incerto.

Como tal, é fundamental o desenvolvimento de estudos que visem a família do doente crítico em prol da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem que possam contribuir para que o internamento numa unidade de cuidados intensivos seja vivenciado de maneira diferente pelo doente e sua família.

A pertinência de estudos direcionados para a avaliação de um correto acolhimento dos familiares de referência é justificada tendo em conta o modo como a família vivencia o internamento que é independente do fator causal do mesmo. Pela rutura do quotidiano, a família vivencia um momento de crise, associado ao medo e a incerteza que a componente crítica do internamento lhe confere. De entre múltiplos focos de stress, a dificuldade de comunicação da equipa com a família surge como um dos mais evidentes, associado aos procedimentos de emergência para com o familiar, aos métodos invasivos, aos alarmes, bem como todo o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos (Caldeira, Migotto, Fonseca & Rodriguez, 2014).

A família pode considerar-se como um pilar vital nas questões referentes ao processo saúde/doença do doente internado em cuidados intensivos. Durante o processo de internamento é imposta uma súbita e inesperada separação que conduz a uma rutura na rede familiar. Para o doente internado numa unidade de cuidados intensivos, as normas colocadas por este serviço para além de imporem um distanciamento face aos seus entes queridos, determinam igualmente uma rutura com as vivências do quotidiano: rotinas de visitas, horários, alarmes e luzes (Frizon, Nascimento, Bertocello e Martins, 2011).

Estes autores expõem ainda que a relação estabelecida entre a equipa de enfermagem e a família deve ser baseada na intencionalidade de ajuda e suporte, devendo estar preparada para dar resposta às necessidades referidas pelos familiares, pelo que se preconiza uma Enfermagem centrada na Família.

Para além dos estudos supracitados, existem outros como os de Martin, Sousa e Batista (2014) que avaliam a perspetiva da equipa de enfermagem e as necessidades que as mesmas identificam como as que consideram mais emergentes para a família do doente crítico.

Os autores, ainda com o objetivo de identificarem a percepção dos enfermeiros sobre as necessidades da família do doente internado numa unidade de cuidados intensivos, concluíram que os enfermeiros percebem a necessidade de oferecer informação verdadeira e uniformizada sobre o estado do doente e funcionamento da unidade. As famílias procuram informação clínica, sobre os cuidados de enfermagem e funcionamento da unidade. Também referem que a família sente dificuldade na comunicação, participação nos cuidados ou visitas. Mencionam ainda ter dificuldade em conhecer as necessidades da família e haver necessidade de mudar a organização dos cuidados para satisfazê-las (Tabela 1).

Tabela 1- Percepção dos enfermeiros sobre as necessidades da família do doente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Categorias	Subcategorias	Sub sub Categorias
Necessidades familiares valorizadas pelos enfermeiros	A família do doente que não faz diálise	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de informação • Dificuldade na comunicação • Apoio emocional • Participação nos cuidados • Visitas
	A família do doente que faz diálise	<ul style="list-style-type: none"> • Informação sobre o funcionamento / finalidade do tratamento • Sem necessidades adicionais
Mudanças nos cuidados valorizados pelos enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Horário das visitas • Participação das famílias nos cuidados • Formação dos profissionais • Comunicação / Informação • Segurança • Acolhimento 	
Dificuldades reconhecidas pelos enfermeiros em identificar necessidades dos familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Duvidas dos familiares • Dificuldade em falar com a família • Relação terapêutica • Comunicação • Participação familiar 	

Fonte: Martin, Sousa e Batista (2014, p.19)

Lima, Monteiro, Nogueira e Martins-Melo (2015, p.7957) reforçam ainda esta ideia num artigo de revisão integrativa, em que foram selecionados e analisados 32 artigos e cujo objetivo foi “identificar o conhecimento científico sobre assistência de enfermagem a familiares de pacientes internados em UTP”. Concluíram que é necessário um aumento de iniciativas e investimentos para uma assistência de qualidade para este grupo que vivencia e experiencia um internamento de um familiar em unidade de cuidados intensivos.

Tendo como base a prestação de cuidados especializados e sendo a primeira das competências descritas como específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à

Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011), o cuidar da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, podemos evidenciar a importância da gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica não só com o doente, mas também com a família.

Neste sentido, para a promoção de cuidados de enfermagem especializados ao familiar do doente internado em unidade de cuidados intensivos, o enfermeiro deve adotar estratégias que visem uma maior integração e fortalecimento da relação doente, familiar e equipa multidisciplinar.

A comunicação e o estabelecimento de uma relação empática constituem a base da excelência da prestação de cuidados de enfermagem, sendo responsáveis pelo modo como os enfermeiros potencializam o desenvolvimento da relação para com os familiares (Lima, Monteiro, Nogueira & Melo, 2015)

Nascimento, Maciel, Lemes, Borges, Terças e Hattori (2015) reforçam esta ideia referindo que aquando do internamento inesperado, gera-se uma situação de crise para todos os membros de sua família. Pela situação crítica e pelo desconhecido, surgem medos, aflições, ansiedades, sentimentos de culpa, perda e a preocupação com a morte. Os familiares sofrem pelo sentimento de impotência face a situação clínica do seu familiar.

De acordo com Díaz (2014), a família apresenta perante a situação de crise vivenciada, duas formas de resposta: a negação e a revolta face à mesma.

Deste modo e face ao referido, perceber a situação de crise vivenciada não só pelo doente em situação crítica, como também pela sua família, constituem um verdadeiro desafio para a prestação de cuidados de enfermagem.

Para prestar um correto apoio às famílias, é fundamental, de acordo com Nascimento et al (2015), compreender as necessidades socio-emocionais dos membros envolvidos, bem como da sua rede de apoio. A família corresponde a uma união de laços que compartilham tanto o amor e a felicidade, como a tristeza e os conflitos.

Pela complexidade e pela natureza da qualidade dos cuidados prestados nestas unidades, tem-se verificado um desenvolvimento nos processos de investigação para esta área, não

só no sentido técnico, como também nas questões de humanização, existindo um aumento de estudos que focam a importância do desenvolvimento nesta área (Urizzi et al, 2008).

Surgem pela necessidade de evolução da prestação de cuidados, no sentido de afastar, como descrito por Barlem, Rosenhein, Lunardi e Filho (2008), a componente biomédica em detrimento da valorização da integralidade do cuidado, tendo como foco os sentimentos e percepções do doente e família, pela forma como vivenciam a sua condição de saúde e de doença. Oliveira e Nunes (2014) identificaram também este problema, enunciando que a questão fulcral surgiu a partir das dúvidas e inquietações que cuidar numa unidade de cuidados intensivos acarreta.

A enfermagem, desde a sua conceção histórico-cultural, define-se como uma profissão que tem como base as relações interpessoais em prol do Ser Humano.

A medicina intensiva é uma área diferenciada e multidisciplinar direcionada para o diagnóstico e tratamento de doentes em situação associada a um quadro clínico grave e de morte iminente, e em que a família vivencia sentimentos como o medo e a insegurança. Por este motivo, considera-se fundamental a inclusão da família na prestação de cuidados, podendo, deste modo, esta verbalizar as angústias, dúvidas e expectativas, e neste contexto, desenvolver-se um cuidado congruente com qualidade (Nascimento et al, 2015).

Urizzi et al (2008) referem que o internamento é potenciador de medo, ansiedade, insegurança e preocupação tanto para a família como para quem presta cuidados. Tal é reforçado por Barlem, Rosenhein, Lunardi e Filho (2008) que afirmam que, pelos sentimentos promovidos pela insegurança e incerteza do prognóstico, a família deve ser valorizada, tornando-se necessária uma cultura de mudança na prestação de cuidados dos profissionais em unidades de cuidados intensivos.

Também Caldeira, Migotto, Fonseca e Rodriguez (2014) afirmam que a resposta dos familiares ao processo de internamento está correlacionada com o fator causal do processo de doença. O internamento de um familiar conduz a uma rutura do quotidiano familiar, promovendo o stress familiar pela incerteza e insegurança que se experiencia durante este processo de crise. De entre os principais fatores de stress familiar, podemos ainda de acordo com os mesmos autores salientar a privação do papel de cuidados, o

comportamento do doente, a emergência da situação, a situação clínica do doente, as rotinas e visitas em unidade de cuidados intensivos e a dificuldade na comunicação com a equipa de saúde.

De acordo com o descrito por Wall, Curtis, Cooke e Engelberg (2007) num estudo comparativo, um nível de empenho e dedicação mais alto por parte da equipa de saúde às famílias cujo ente querido faleceu, traduzia-se num grau de satisfação mais elevado. Os resultados demonstraram uma inclusão significativa dos familiares na tomada de decisão, comunicação, apoio emocional, consideração pelas suas necessidades, respeito e compaixão pela situação vivenciada.

Ruiz, Artiga, Miguelez, Ruiz, Ortega, Wallmann e Diaz (2015) reforçam o referido com o estudo em que direcionaram para a medição da satisfação das famílias e a prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico. Concluíram deste modo, que os melhores resultados foram apresentados pelas famílias cujo prognóstico clínico do doente crítico seria o pior.

Neste sentido, compreende-se a necessidade de uma intervenção precoce para e com a família do doente internado, pelas características particulares de uma unidade de cuidados intensivos, pela constante expectativa de situações de emergência, pelo estigma de um internamento neste tipo de serviços e pelas questões culturais que lhe estão associadas (Urizzi et al, 2008).

Uma família informada é uma família que encara e desmistifica o internamento, com conseqüente redução do fator medo (Louro, 2014). Foram necessidades direcionadas para a família como o apoio emocional e espiritual, preocupação pelo seu bem-estar, bem como envolvimento dos familiares na prestação de cuidados, associadas à componente de detenção de informação, respeito demonstrado, bem-estar proporcionado, diminuição da angústia e confiança transmitida, que Peña, Ruiz, Artiga, Miguelez, Ruiz, Ortega e Diaz (2015) identificam no seu estudo que também teve como ponto de partida a medição do grau de satisfação dos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos e seus familiares. Identificaram ainda a necessidade de melhoria e intervenção face ao ambiente da sala de espera e face à própria unidade, no que concerne aos alarmes, iluminação, privacidade e participação nos momentos de tomada de decisão.

A família no contexto de unidade de cuidados intensivos deve ser considerada como foco do cuidar, devendo ser envolvida no plano de cuidados como uma componente do doente crítico, num plano individualizado e humanizado (Louro, 2014).

Díaz (2014) menciona que cuidar da família num contexto de unidade de cuidados intensivos é tão importante como cuidar do doente crítico. Por sua vez, Silva (2012) num estudo qualitativo que realizou no âmbito das vivências da família do doente internado em unidade de cuidados intensivos, refere que os resultados obtidos evidenciaram que as vivências da família se encontram relacionadas com sentimentos de índole positiva como a esperança e a paz, mas essencialmente a sentimentos negativos, tais como a ansiedade, o medo, a preocupação pela incerteza, a resignação, a saudade, o sofrimento, a solidão e a tristeza. No seu estudo, ainda surge a evidência de que os familiares referem sentir-se seguros e confiantes face aos cuidados prestados pela equipa.

Estes resultados demonstram a importância de repensar a intervenção da equipa para com a família no sentido de executar um cuidar de qualidade face a um melhor acompanhamento e envolvimento, assim como adequação de procedimentos no âmbito da organização e acolhimento da família.

1.1. NECESSIDADES DOS FAMILIARES DO DOENTE CRÍTICO NUM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Em cuidados intensivos há necessidade de conjugar duas componentes, a holística e a relacional (Pereira, 2012). De acordo com Campos (2014), são serviços que pela sua particularidade e especificidade no cuidar, obrigam a ter como centro da prestação de cuidados não só o doente crítico, como a sua família.

O papel do cuidador informal pode tornar-se complexo face a um internamento em cuidados intensivos pela dificuldade de envolver os familiares na tomada de decisão, e com consequente perda de autonomia durante esse processo, sendo deste modo substituída a tomada de decisão pelas equipas de saúde. Tal ocorre pela inexperiência das famílias face a esta situação de doença súbita, podendo por este motivo advirem dificuldades em lidar com este tipo de tomada de decisões.

De acordo com a mesma autora, o papel da família como cuidador perante o internamento numa unidade de cuidados intensivos encontra-se alterado sendo dependente dos profissionais de saúde para a satisfação das suas necessidades. O enfermeiro torna-se deste modo elemento de referência para a satisfação das mesmas.

Pela importância em determinar as necessidades da família, vários autores investigaram esta problemática. A investigação nesta área iniciou-se com Molter (1979) que posteriormente com Leske (1991) desenvolveram um instrumento de medida que avalia as necessidades da família do doente crítico: *Critical Care Family Need Inventory*, que foi traduzido e validado para a população portuguesa por Campos (2014), designando-o por Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI).

Os estudos direcionados para a avaliação das necessidades dos familiares do doente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos, como o de Maruti e Galdeano (2007) e de Martin, Sousa e Baptista (2014), levaram a concluir que a necessidade que se destaca é a de obtenção de informação clínica clara e concisa sobre o estado clínico do doente, na qual “conversar com o médico todos os dias (79,5%)” é a mais referida. Estes resultados vão ao encontro da perceção da equipa de enfermagem e valorização da família como parte integrante do cuidar, como é evidenciado no estudo de Martin, Sousa e Batista (2014, p.22) em que os enfermeiros inquiridos em relação à importância da informação para os familiares dos doentes internados na unidade “consideram muito importante a necessidade de informação, com uma média de 4,63 (numa escala de 1 a 5)”.

Outras necessidades identificadas relacionam-se com a dificuldade na comunicação, a participação na prestação de cuidados ou com as normas e rotinas do serviço, nomeadamente as visitas.

Loureiro (2011) e Campos (2014) desenvolvem e reforçam a ideia supracitada, referindo ainda que todos os estudos desenvolvidos neste âmbito determinaram um conjunto de cinco áreas fundamentais nas quais se evidenciam as necessidades da família: informação, segurança, proximidade, suporte e conforto. A família necessita de informação não só sobre a situação clínica do doente, mas sobre o ambiente que o rodeia e as rotinas associadas.

A ausência de uma comunicação efetiva determina sentimentos negativos como preocupação, ansiedade, frustração, raiva, medo e tristeza, como tal esta deverá ser clara, oportuna e adaptada à família com a qual se comunica (Campos, 2014).

Martin, Sousa e Baptista (2014) revelam que, no seu estudo, as necessidades dos familiares do doente crítico prendem-se essencialmente com a redução da ansiedade, também descrito como um dos sentimentos mais evidenciado pelas famílias no estudo de Silva (2012).

Neste sentido, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) permite-nos explorar os sintomas de ansiedade, depressão e stress da família em contexto de cuidados intensivos. Campos (2014) correlaciona o INFUCI e a EADS-21, concluindo que, embora a associação seja fraca, os familiares que revelam mais necessidades, são os que manifestam mais ansiedade, depressão e stress, e vice-versa. No mesmo estudo, descreve que os níveis de stress e ansiedade da família aumentam quando as suas necessidades não são satisfeitas, podendo estas vir a desenvolver sintomas depressivos e uma reação de stress pós-traumático (Campos, 2014 citando Davidson, 2010; Davidson et al., 2007; Paul e Ratray, 2007; Paparrigopoulos et al., 2006; Auerbach et al., 2005; Azoulay et al., 2005).

Maruiti e Galdeano (2007, p.37) identificam que a Segurança e a Informação constituem dois pilares fundamentais de necessidades apresentadas pela família do doente crítico, demonstrando que “a necessidade de conhecimento/informação identificada com maior frequência foi saber factos concretos sobre o progresso do paciente (84,6%)” e que “a necessidade de segurança identificada com maior frequência foi ter a certeza que o paciente está recebendo o melhor tratamento (89,7%)”.

Loureiro (2011, p.62) reforça o supracitado mencionando que numa escala de 1 a 4 “observamos que as necessidades consideradas mais satisfeitas pertencem à necessidade de Segurança e Informação com valores médios de 3,13 e 3,07, respetivamente.”

Neste contexto, Campos (2014) evidencia que os familiares consideram como importante e muito importante as intervenções que promovam tanto a transmissão de informação, como as atitudes que transmitam segurança.

Relativamente à transmissão de informação, a autora (2014, p.81) refere que:

“obter respostas sinceras às questões colocadas em que ‘muito importante’ é a resposta maioritária 97.5%, seguindo-se de ‘importante’ 2.5%; Saber o prognóstico do seu familiar ‘muito importante’ é a resposta mais frequente 96.2%, seguida de ‘importante’ 3.8%; Saber exatamente o que está a ser feito pelo seu familiar apresenta uma frequência de resposta ‘muito importante’ de 93.7% e ‘importante’ de 6.3%; A necessidade receber informações sobre o estado do seu familiar pelo menos uma vez por dia tem como resposta maioritária ‘muito importante’ com 82.3% dos familiares, seguindo-se ‘importante’ 15.2%”.

No que concerne às atitudes que transmitam segurança, a autora (2014, p. 81) aponta que:

“Ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis à semelhança da necessidade anterior a resposta maioritária é ‘muito importante’ 97.5%, seguindo-se de ‘importante’ 2.5%; Sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar ‘muito importante’ representa 84.8% das respostas dos familiares e ‘importante’ 15.2%. Sentir que existe esperança ‘muito importante’ é a resposta maioritária com 83.5% dos familiares, seguindo-se ‘importante’ com 16.5%.”

É ainda patente no estudo efetuado por Campos (2014, p.82) que as necessidades pessoais da família face às que envolvem o doente crítico são as que evidenciam menor grau de importância para as mesmas, nomeadamente:

“Ter mobiliário confortável na sala de espera, é considerado ‘pouco importante’ por 46.8% dos familiares; Ter acesso a alimentação no hospital a resposta mais frequente é ‘pouco importante’ 44.3%; Ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a) apresenta ‘pouco importante’ como resposta mais frequente 44.2%”;

No entanto, e de acordo com Loureiro (2011, p.63), no seu estudo, estas correspondem às necessidades menos satisfeitas: “necessidades de Suporte (2,82) e Proximidade (2,87)”.

Silva (2012, p.68) constatou que a partir da satisfação das necessidades poderá haver evidência de dois sentimentos de índole positivo, onde

“a esperança e a paz associada a um estado de calma e tranquilidade interior, sobretudo numa fase mais avançada, quer da doença quer dos dias de internamento

na unidade, o que nos leva a pensar que estes familiares já estariam num processo de adaptação à situação.”

1.2. ACOLHIMENTO DA FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Numa unidade de cuidados intensivos e tendo como base o referenciado, podemos perceber que a família do doente crítico está sujeita durante todo o período de internamento a diferentes fatores de stress, sendo o impacto visual da primeira visita conotado como um dos piores. O Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015 p.73) prescreve, respetivamente, nas alíneas a) e c) do artigo 84º que é função do enfermeiro “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” e “Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem”.

Passos, Silva, Santana, Santos, Pereira e Santos (2015) identificam esta necessidade de melhoria e aperfeiçoamento do acolhimento num estudo que apresenta como objetivo a descrição do modo como a equipa de enfermagem adapta o acolhimento à família na unidade de cuidados intensivos. Foi-lhes possível agrupar as respostas em três categorias de necessidades face à família do doente internado: o acolhimento em unidade de cuidados intensivos, a componente relacional e o cuidar da família. Os resultados demonstram que a equipa de enfermagem compreende a família como necessitada de cuidados, no entanto, pela situação crítica do doente e pela falta de preparação do profissional, o acolhimento é simplista, estando restrito apenas ao histórico e à evolução da situação clínica do doente durante o período das visitas, tal pode ser verificado com as seguintes afirmações enunciadas no estudo realizado pelos autores “é um relacionamento bastante limitado, a gente só se aproxima no momento da chegada do paciente e, depois, na hora da visita, muitas vezes a gente só chega e pergunta o nome do paciente (ENF 6)” (Passos et al, p.371). Na entrevista realizada a outro enfermeiro, este refere que o acolhimento é modelado de acordo com o tempo disponível para este cuidar, afirmando que

“(…) dependendo da demanda de serviço (…) a equipe dá um aconselhamento, conversa com a família, orienta (...). Quando a demanda do serviço é grande a gente não consegue (...) então a família é um apêndice, faz parte do paciente; a gente tem obrigação também com a família. (ENF 1);” (Passos et al, p.371 e 372).

No entanto é perceptível a noção de cuidar ideal em que “(...) deveria ter um relacionamento melhor com o familiar dos pacientes (...) (ENF 2)” (Passos et al, p.371 e 372).

Pelo verificado, é fundamental um correto acompanhamento da família desde a admissão do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos até ao momento da alta, sendo

“o acolhimento é um momento único, pois é o início de um processo de relação enfermeiro-cliente, em que a comunicação é um elemento fundamental. São estes primeiros momentos que trarão satisfação ao recém-chegado e reduzirão a sua ansiedade. A forma como se processa o acolhimento deverá adequar-se às características e necessidades da pessoa a acolher” (Silva, 2010, p.6).

De acordo com Louro (2014) citando Beccaria et al, 2008; Frizon et al, 2011; Gotardo et al, 2005; Maestri et al, 2012; Martins et al, 2008; Silva et al, 2010; Urden et al, 2008, a relação estabelecida com os familiares no momento em que é realizado o acolhimento, permite o levantamento das suas necessidades, que de acordo com os estudos anteriormente realizados são focadas no apoio, na informação, nas normas e rotinas do serviço.

No acolhimento dos familiares, os profissionais de saúde devem realizar uma preparação para o que vão enfrentar e vivenciar. É fundamental informá-los do que os espera e explicar-lhes para que servem os vários equipamentos, alarmes e luzes.

É importante estimular e preparar a família do doente crítico para que se torne elemento participativo do tratamento, tendo necessariamente que ser informada da situação clínica, bem como do plano de cuidados que lhe foi delineado (Casanova & Lopes, 2009).

Para Júlio (2012), a importância da família na recuperação do doente internado em unidade de cuidados intensivos é fundamental, sendo um processo que deve ser iniciado

logo no momento do acolhimento, no entanto existe uma necessidade de capacitação e preparação dos profissionais para tal.

Uma das principais fases do processo de socialização para com o doente e família, inicia-se com o acolhimento. Realizado de forma diferenciada para cada uma das partes, não deixa de se traduzir num processo de enfermagem que visa a satisfação do doente/família.

Oliveira e Nunes (2014) descrevem este primeiro momento de contacto com a família como um processo que relaciona quem procura uma resposta sobre um serviço de saúde com a equipa multidisciplinar. Toda esta dinâmica e particularidade associada ao facto de ocorrer numa unidade de cuidados intensivos, dificulta ou mesmo inibe o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre os elementos envolvidos. As rotinas e normas específicas e características de uma unidade são fatores desencadeantes de ansiedade para com os familiares, que pode ser atenuado com um correto acolhimento e acompanhamento desde o momento da admissão até a alta clínica/transferência (Casanova & Lopes, 2009).

Estes autores referem ainda que a família/amigos do doente crítico, por todo o ambiente envolvente à sua situação, não sabem como se comportar durante o período da visita. A ansiedade e os receios moldam tais comportamentos, conduzindo a uma diminuição de interação para com o doente. Ocorrem dúvidas resultantes da possibilidade de interação e contacto físico como o tocar no doente, bem como o “medo dos fios, aparelhagens e ou de levar ‘infecções’” (Casanova & Lopes, 2009, p.834).

Neste contexto, há necessidade de preparação prévia para potencializar o momento vivenciado durante a visita, promovendo um contacto mais próximo e afetivo para com o doente (Casanova & Lopes, 2009).

Os resultados do estudo de Oliveira e Nunes (2014) reforçam a importância da humanização aquando da prestação de cuidados nas unidades de cuidados intensivos. Nesta área, torna-se fundamental a associação dos valores com o cuidar. Este desafio, sob o ponto de vista ético associa ainda o ato de acolher à base da humanização de cuidados na saúde, não só para com o doente, mas na sua forma holística englobando igualmente a família.

Encontra-se descrito no estudo de Lima, Monteiro, Nogueira e Melo (2015) que os familiares dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos referem sentimentos ambivalentes, dos quais o medo, a morte e complicações associadas à patologia estão muito patentes. No entanto, também existem sentimentos positivos e estes encontram-se relacionados com o acolhimento de qualidade e com as informações e acompanhamento realizado pela equipa de saúde. Nesta arte do cuidar, a família quando se sente envolvida nos procedimentos e informada de toda a situação clínica, sente-se apoiada por parte da equipa. Os enfermeiros conferem-lhes o apoio emocional, suporte social e espiritual, segurança e respeito que culminam na promoção de conforto físico e psicológico, necessários para ultrapassar o internamento do doente crítico (Lima, Monteiro, Nogueira & Melo, 2015).

Oliveira e Nunes (2014) reforçam a componente de sentimentos ambivalentes na sua vertente positiva, componente que também é referida por Lima, Monteiro, Nogueira e Melo (2015), como resultado num estudo sobre a dimensão imaginativa dos familiares na unidade de cuidados intensivos onde concluíram que uma família informada possui um vínculo essencial para a manutenção da motivação face a recuperação do doente.

Face à gestão de sentimento e perceção do acolhimento, o estudo realizado por Passos et al (2015) refere que o conforto de ter um apoio e atenção do profissional de saúde. É saber que há alguém que lhe fornece as respostas às dúvidas e ansiedades sentidas. É a componente humanística que supera qualquer tecnologia.

Nesta compreensão de importância das relações entre equipa de enfermagem e paciente-família, podemos ainda referenciar a Teoria das Relações Interpessoais de *Peplau* a qual se desenvolve tendo como base quatro estágios de relacionamento: orientação, identificação, exploração e resolução. Durante estas fases, experienciam-se momentos de orientação da situação clínica do doente e da capacidade do mesmo em assumir a capacidade de lidar com o seu problema, de aprofundar a relação interpessoal e de ganhos de autonomia para o doente (Oliveira e Nunes, 2014).

As fases enunciadas formulam os passos fundamentais a ter em conta no acolhimento da família. Para este processo, Frizon, Nascimento, Bertencello e Martins (2011, p.76) evidenciam a importância do estabelecimento do vínculo entre a enfermagem e a família de forma a “amenizar o isolamento social que a hospitalização acomete, bem como

auxiliar na reestruturação biopsicossocial da família.”. Ainda na linha dos mesmos autores, estes referem que o vínculo deve ser estabelecido o mais precocemente possível, pois o acolhimento promove uma preparação psicológica para o encontro com o seu familiar.

Neste sentido, Passos et al (2015) referem que o acolhimento deve consistir numa prática efetiva da unidade de cuidados intensivos, sendo imprescindível face as características do serviço, e, onde a prestação de cuidados visa a satisfação tanto do doente como da família. O processo de acolher não pode ser simplificado a um espaço ou local, mas um comportamento/atitude em prol do bem-estar do outro (Passos et al, 2015).

É um processo complexo onde tem necessariamente que haver disponibilidades de ambos os elementos envolvidos – Família e Enfermeiros. Torna-se um processo contínuo, empático e de escuta que visa as necessidades da família (Passos et al, 2015).

2. METODOLOGIA

A metodologia consiste no “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 2003, p.372).

Nesta fase, o investigador “determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 2003, p.40).

No decorrer do presente capítulo, pretendo descrever o percurso da investigação realizada.

2.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal.

Citando Fortin (2009, p.22) um estudo quantitativo é “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.” Freixo (2009, p.145) reforça ainda o supracitado referindo que o mesmo “tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos.”

É uma investigação de carácter descritivo pois “assenta em estratégias de pesquisa para observar e descrever comportamentos, incluindo a identificação de fatores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular” (Freixo, 2009, p.106).

Sendo que os dados serão obtidos num determinado período de tempo, podemos classificar ainda este estudo como sendo transversal pois “é uma forma de apresentação sequencial de dados de qualquer tipo, que pretende informar acerca das suas variações ao longo do tempo.”

2.2. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INTERVENÇÃO

De acordo com os princípios de investigação, Fortin (2009, pág. 160) refere que os objetivos devem “indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue”. Para este estudo, foram delineados os seguintes:

- Identificar necessidades da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos e o seu grau de importância;
- Avaliar o estado emocional (ansiedade, depressão e stress) da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos.

Considera-se como questões de investigação “as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação” (Fortin, 2003, p. 101). Subjacente aos objetivos delineados, formulámos as seguintes questões:

- Quais são necessidades da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos e o seu grau de importância?
- Qual é o estado emocional (ansiedade, depressão e stress) da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos?

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de um estudo “é o grupo sobre o qual o investigador tem interesse em recolher informação e extrair conclusões.” (Tuckman, 2000, p. 338). Fortin (2009) acrescenta referindo que a população de um estudo é constituída por um conjunto de elementos, que apresentam características comuns e onde se visa obter elementos informativos sobre a temática a pesquisar.

No entanto, para uma investigação é necessário distinguir a população alvo, população acessível e o tipo de amostra a incluir no estudo. Deste modo define-se como população alvo a que

“(…) é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. A população acessível, que deve ser representativa da população

alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador.” (Fortin, 2009, p.202).

Foi definida como população alvo, os familiares de referência dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Vila Franca de Xira, em que os critérios de inclusão, ou seja, as características que a população terá de apresentar para poderem fazer parte da amostra (Fortin, 2009) são:

- Ter mais de 18 anos;
- Ler e compreender português;
- Aceitar participar voluntariamente no estudo, assinando o termo de consentimento informado;
- Ter um familiar internado em UCI, num período mínimo de 24 horas;
- Ser a primeira vez que visita o doente internado no serviço de cuidados intensivos;
- Ser o familiar de referência. Ser realizada 96 horas após a admissão do doente na unidade.

Foi utilizada uma amostra não probabilística intencional pois tal como definido por Fortin (2009, p.208) trata-se de um “procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” em que a mesma é constituída por “(...) sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...)” (Fortin, 2009, p.208).

Foram aplicados 42 questionários, tendo dois questionários sido excluídos por desistência dos participantes. A amostra ficou constituída por um total de 40 familiares.

2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados para Fortin (2009) traduz num processo baseado em observação, medida ou obtenção de dados, onde se visa a recolha de informação sobre determinadas variáveis junto dos sujeitos envolventes num processo de investigação. Neste processo de foi utilizado um questionário, pois este apresenta como objetivo primordial a obtenção de informação sobre uma determinada ocorrência ou situação, sendo preenchido pelo participante sem a presença do investigador, como definido por Fortin (2009) O

questionário tem como benefício “a sua natureza impessoal e uniforme asseguram a constância de um questionário para o outro, e assim, a fidelidade do instrumento e ainda porque o anonimato permite que o participante exprima livremente as suas opiniões.” (Campos, 2014, p.56)

O instrumento utilizado neste estudo é constituído por três partes (Anexo D):

- A primeira parte caracteriza a componente demográfica dos participantes e do doente crítico.
- A segunda parte é constituída pelo Inventário de Necessidades da Família em Unidades de Cuidados Intensivos (INFUCI), validado para a população portuguesa por Campus (2014). É composto por 35 itens relativos às necessidades da família numa Unidade de Cuidados Intensivos, classificadas de acordo com o seu grau de importância através de uma escala de Likert (em que 1 corresponde a sem importância, 2 pouco importante, 3 importante e 4 muito importante). Estas são agrupadas em cinco fatores: Recursos e Sistemas de Apoio (12 itens), Apoio Emocional (6 itens), Visitar (7 itens), Participação (6 itens) e Procura de Informação (4 itens). O Inventário engloba ainda uma pergunta de resposta aberta para identificar outra necessidade não contemplada anteriormente.
- A terceira parte é constituída pela Escala da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) validada para a População portuguesa por Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004). A escala é constituída por três sub-escalas, com sete itens cada, sendo as respostas dadas numa escala tipo Likert, em que o indivíduo avalia a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de quatro pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim de muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”, a que correspondem valores de “0” a “3”, respetivamente. A escala fornece três notas, uma por cada dimensão, determinadas pela soma dos resultados dos sete itens, sendo que o mínimo é “0” e o máximo “21”, correspondendo as notas mais elevadas a estados afetivos mais negativos.

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Segundo Pereira (2012, p.28) “a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade moral pelas características que a definem.” Tem como base um processo reflexivo onde as questões podem surgir não só com o tipo de estudo, mas também com o método de colheita de dados e de divulgação dos resultados.

Foi solicitado através de correspondência eletrônica, os pedidos de autorização aos autores para a utilização das respectivas escalas (Anexo II).

O Protocolo de investigação (Anexo III) foi submetido à aprovação pela Comissão de Ética e Sede de Comissão Executiva do Hospital de VFX, bem como do Diretor Clínico e Enfermeira Chefe da UCI do HFVX (Anexo IV).

Garantindo os direitos emanados pela Declaração de Helsínquia (2014) e pelo código de ética, nomeadamente: o direito à autodeterminação, intimidade, confidencialidade, proteção contra o desconforto e o prejuízo e tratamento justo e leal, a documentação foi recolhida e codificada impossibilitando a identificação dos participantes.

Tendo em conta a natureza do estudo, foram ainda tidos em consideração os seguintes aspetos éticos:

- Garantia da confidencialidade e anonimato dos intervenientes, não constando qualquer informação que identifique o inquirido;
- Esclarecimento sobre o direito de não-aceitação e de desistência sem qualquer repercussão negativa para os próprios;

No processo de aplicação do instrumento de colheita de dados, foi tido em consideração o recurso a uma linguagem clara, concisa e acessível, procurando apresentar uma breve apresentação sobre a importância da sua participação, bem como, do questionário e a correta forma do seu preenchimento do mesmo. Foi ainda explicado o conceito do consentimento livre e esclarecido, bem como a necessidade do seu preenchimento (Anexo V).

A aplicação do instrumento de colheita de dados realizou-se durante o mês Fevereiro de 2017.

2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Fortin (2009, p. 57), refere que “após a colheita de dados é necessário organizá-los tendo em vista a sua análise. Recorre-se a técnicas estatísticas para descrever a amostra, bem como as diferentes variáveis”. Concluída a aplicação dos Questionários, o tratamento estatístico foi realizado através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0 para Windows. Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva: frequências absolutas (número) e relativas (percentagem), medidas de tendência central (média aritmética), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, mínimos e máximos).

Para uma melhor interpretação e análise dos dados, recorreu-se ao uso de tabelas, que constituirão um suporte importante para a análise dos dados estatísticos obtidos.

3. RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação dos dados obtidos da aplicação do questionário.

a) Caracterização sócio-demográfica e estado emocional da amostra

A amostra integra um total de 40 familiares de referência do doente crítico internado em unidade de cuidados intensivos, que cumpriram os critérios de inclusão. Como dados sócio-demográficos da amostra (Tabela 2), podemos referir que os familiares apresentaram uma média de idades de 46,03 anos (DP=15,53), sendo a maioria do sexo feminino (72,50%).

No que concerne ao nível educacional do familiar, constatámos que 42,50% concluiu o ensino superior, 37,50% o secundário e 20,00% o ensino primário.

Podemos ainda destacar que, do ponto de vista da relação com o doente, 42,50% dos inquiridos eram conjugues, 22,50% era filho(a), sendo os restantes distribuídos de forma uniforme pelos diferentes graus de parentesco. Dos familiares podemos ainda ressaltar que 60,00% da amostra não possuiu experiências anteriores em UCI.

No que respeita ao doente crítico, verificámos que este tinha em média 64,43 anos (DP=13,11), sendo maioritariamente do sexo masculino (60,00%).

Tabela 2 - Dados sócio-demográficos da amostra (N=40).

Atributos	Nº	%	Xmin.	Xmáx.	M	DP	
Idade do Familiar (anos)	-	-	18	79	46.03	15.53	
Sexo do Familiar	Masculino	11	27,50	-	-	-	-
	Feminino	29	72,50	-	-	-	-
Relação com o doente	Conjuge	17	42,50	-	-	-	-
	Pai/Mãe	3	7,50	-	-	-	-
	Filho/Filha	9	22,50	-	-	-	-
	Irmão(ã)	4	10,00	-	-	-	-
	Amigo(a)	2	5,00	-	-	-	-
	Neto(a)	3	7,50	-	-	-	-
	Sobrinho(a)	1	2,50	-	-	-	-
	Bisneta	1	2,50	-	-	-	-

Tabela 2 - Dados sócio-demográficos da amostra (N=40). (Continuação)

Nível Educacional	Ensino Primário	8	20,00	-	-	-	-
	Ensino Secundário	15	37,50	-	-	-	-
	Ensino Superior	17	42,50	-	-	-	-
Experiência anterior em UCI	Sim	16	40,00	-	-	-	-
	Não	24	60,00	-	-	-	-
Idade do Doente (anos)		-	-	32	89	64.43	13.11
Sexo do Doente	Masculino	24	60,00	-	-	-	-
	Feminino	16	40,00	-	-	-	-

Relativamente ao estado emocional (Tabela 3) e tendo em conta que a escala utilizada permite avaliar os sintomas associados à ansiedade, depressão e stress, podemos referir que face à depressão, a média total situou-se em 4,80 (DP= 4,66) com uma amplitude de resultados entre 0 e 17, apontando para níveis de depressão inferiores ao ponto médio da escala. No que se refere à ansiedade, verificamos que os participantes obtiveram uma média total de 4,25 (DP=3,83), variando os valores entre 0 e 15 pontos, apontando também para níveis de ansiedade inferiores ao ponto médio da escala. No que concerne ao stress, os participantes obtiveram uma média total de 6,82 (DP= 4,98) com uma amplitude de resultados entre 0 e 18, apontando para níveis de stress inferiores ao ponto médio da escala. No entanto, esta é a subescala que apresenta valores mais elevados o que corresponde a estados afetivos mais negativos.

Tabela 3 – Caracterização da amostra quanto ao estado emocional (ansiedade, depressão e stress) da família do doente crítico internado na unidade de cuidados intensivos.

Estado Emocional	N	Xmin.	Xmáx.	M	DP
Depressão	40	0	17	4,80	4,66
Ansiedade	40	0	15	4,25	3,83
Stress	40	0	18	6,82	4,98

b) Identificação das necessidades da família em unidade de cuidados intensivos

Os resultados da identificação das necessidades da família, de acordo com o grau de importância foram analisados de acordo com os cinco fatores identificados por Campos (2014) no seu estudo, sendo apresentado de seguida a análise individual das respostas dos familiares.

Face aos resultados apresentados na Tabela 4, podemos constatar que as percentagens de respostas para o que as famílias evidenciam maior grau de importância se sobrepõe às de menor, constituindo um fator de demonstração que são necessidades sentidas por estas.

Face ao primeiro dos fatores identificado por Campos (2014) como **Recursos e Sistemas de Apoio**, podemos verificar que a necessidade **Ter um horário de visitas adaptável a condições especiais (do familiar)** se destaca sendo considerada pela família como “Muito Importante” com 62,50% das respostas, 35,00% “Importante”, perfazendo estes dois parâmetros um total 97,50%, face a 2,50% que considerou “Pouco Importante”, não havendo quem considerasse com “Sem importância”. A esta necessidade segue-se **Receber informações sobre quem me pode ajudar nos problemas financeiros**, sendo considerada por 65,00% dos participantes como “Importante” e por 25,00% como “Muito Importante”, abrangendo um total 90,00% dos participantes. Apenas 10,00% a considerou “Pouco Importante”. **Poder estar sozinho sempre que sinta essa necessidade**, foi considerada como “Muito Importante” por 10,00% dos familiares e como “Importante” por 65,00%, sendo que 25,00% dos entrevistados considera “Pouco Importante”.

Com um nível muito idêntico de importância foram apontadas as necessidades de **Ter alguém que ajude nos problemas financeiros** e **Receber informações sobre a possibilidade de outras pessoas me ajudarem nos meus problemas**, sendo a primeira consideradas como “Importante” por 60,00% da amostra., “Muito Importante” 15,00% e 22,50% e “Pouco Importante” 22,50% e 17,50%, respetivamente. A primeira das necessidades supracitadas apresenta ainda 2,50% como resposta “Sem importância”.

Neste fator, há ainda evidência de serem importantes (57,50%) ou muito importantes (35,00%) as necessidades de **Saber quem são os diferentes membros da equipa que cuidam do seu familiar**, **Ter alguém que se preocupa com a sua saúde** foi valorado como “Importante” para 52,50% dos familiares e como “Muito Importante” para 37,50%. Relativamente a esta necessidade, 5,00% considerou-a “Pouco Importante” e “Sem importância”. **Ter mobiliário confortável na sala de espera** foi apontado por 47,50% como “Importante” e 10,00% como “Muito Importante”. Como um valor total muito próximo, esta necessidade foi assinalada por 35,00% como “Pouco Importante, e por 7,50% como “Sem importância”.

Neste fator, as necessidades com evidência de “Pouco Importante” remetem-se a **Ter acesso a alimentação no hospital** com 50,00%, **Ter assistência religiosa/espiritual** com 45,00% e **Receber informações sobre assistência religiosa/espiritual hospitalar**, com 42,50%.

Ter telefone perto da sala de espera, não apresenta um consenso em termos atribuição de grau de importância, pois metade da amostra referiu ser muito importante e importante e a outra metade considerou ser pouco importante ou sem importância, uma vez que os valores apontados foram de 37,50% para “Pouco Importante” e “Importante” e de 12,50% para “Muito Importante” e “Sem importância”.

No que concerne ao segundo fator **Apoio Emocional**, a necessidade que se destaca apenas com conotação de elevada importância é **Poder telefonar para uma pessoa de referência quando for impossível estar presente na visita** considerado por 55,00% como “Muito Importante” e por 45,00% como “Importante”. Em segundo lugar, situou-se **Ter a certeza que é seguro deixar o hospital por instantes** cujas repostas se dividem maioritariamente em “Muito Importante”, 50,00% e “Importante”, 40,00%. Apenas 7,50% e 2,50% referiram ser “Pouco Importante” e “Sem importância”, respetivamente.

Podemos ainda constatar que **Poder falar dos seus sentimentos relativamente à situação** foi mencionado por 50,00% dos participantes como sendo “Importante” e por 35,00% como “Muito Importante”. Uma minoria considerou ser “Pouco Importante”, 12,50% e “Sem importância”, 2,50%.

A necessidade **Ter amigos próximos para me apoiarem** destaca-se igualmente por ser considerada como “Importante” e “Muito Importante, respetivamente para 47,50% e 45,00% da amostra” e apenas como “Pouco Importante” para 7,50% dos familiares.

No que concerne às necessidades **Ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a)** e **Sentir que pode chorar**, foram identificadas como “Importante”, respetivamente, para 50,00% e 42,50% da amostra e “Muito Importante” para 10,00% e 25,00%, respetivamente.

No que respeita ao terceiro fator **Visitar**, todas as necessidades deste fator, são consideradas pelas famílias essencialmente como importantes ou muito importantes. Destas, destaca-se **Receber informações que eu compreenda**, foi considerada pela totalidade da amostra como sendo “Muito Importante”, 57,50% das repostas e “Importante”, 42,50%. Em segundo lugar, foi considerada como tendo maior grau de importância a necessidade de **Poder visitar o seu familiar com frequência** sendo considerada como “Muito Importante” para 60,00% dos familiares e como “Importante”

por 37,5. No que concerne às necessidades **Sentir que sou aceito pelos profissionais do hospital** e **Estar acompanhado de outra pessoa quando visita o seu familiar na unidade de cuidados intensivos** ambas foram valoradas como “Importante” por 52,50% dos familiares e como “Muito Importante” para 40,00% e 25,00% dos participantes, respetivamente.

Ter um horário de visitas que comece à hora marcada, é outra das necessidades valorizadas pela família, cujas respostas se focaram igualmente em “Importante” com 47,50% das respostas e “Muito Importante” para 40,00% dos familiares.

Ainda relacionado com este fator, as duas necessidades consideradas com menor grau de importância, remetem-nos para as características da sala de espera, onde **Ter uma casa de banho perto da sala de espera** e **Ter uma sala de espera perto do seu familiar**, embora sendo consideradas, respetivamente, por 55,00% e 42,50% dos familiares como sendo “Importante” ou “Muito importante” como foram apontadas respetivamente por 22,5% e 27,5% dos participantes são igualmente classificadas como “Pouco Importante” por uma percentagem muito similar, respetivamente por 22,50% e 30,00% dos familiares.

No quarto fator **Participação**, podemos constatar que 50% das necessidades são classificadas como “Muito Importante” com valores superiores a 60,00%. Os restantes 50%, apontou como “Importante”, como valores superiores a 45,00%.

A análise individual das necessidades permite-nos verificar que as necessidades **Conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar**, **Receber informações em casa sobre alterações da condição do seu familiar** e **Ser informado das intenções e planos de transferência enquanto, ainda, estão a ser planeados**, foram classificadas, respetivamente, como “Muito Importante” por 85,00%, 77,50% e 65,50%, das famílias. Por sua vez, **Poder ajudar nos cuidados físicos do seu familiar**, **Conversar sobre a possibilidade do seu familiar vir a falecer**, e **Poder visitar o seu familiar a qualquer momento**, foram classificados como “Importante”, respetivamente, para 60,00%, 52,50% e 45,00%, dos familiares. De referir que a última necessidade citada apresenta também uma taxa de resposta de 45,00% como “Muito Importante”.

No quinto fator **Procura de Informação**, os valores iguais ou superiores a 50,00% para o grau de “Muito Importante” verificaram-se em três das quatro necessidades. A mais

valorizada pela família é **Falar diariamente com um médico** com 72,50% das respostas, seguindo-se **Obter informações sobre o ambiente da unidade de cuidados intensivos antes de entrar pela primeira vez** com 52,50% e **Saber que tipo de informação cada membro da equipa me pode dar** com 50,00%. Com uma taxa de respostas de 47,50% para “Importante” e 42,50% para “Muito Importante” surge a necessidade **Falar diariamente com o(a) mesmo(a) enfermeiro(a)**, o que no seu conjunto representa um total de 92% das respostas.

Tabela 4 – Distribuição da amostra quanto ao grau de importância atribuído às necessidades da família do doente crítico internado no serviço CI (N = 40).

Fator	Item	Sem importância		Pouco Importante		Importante		Muito Importante	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recursos e Sistemas de Apoio	Ter um horário de visitas adaptável a condições especiais (do familiar).	-	-	1	2,50	14	35,00	25	62,50
	Ter acesso a alimentação no hospital.	3	7,50	20	50,00	11	27,50	6	15,00
	Saber quem são os diferentes membros da equipa que cuidam do seu familiar.	1	2,50	2	5,00	23	57,50	14	35,00
	Ter mobiliário confortável na sala de espera.	3	7,50	14	35,00	19	47,50	4	10,00
	Ter alguém que ajude nos problemas financeiros.	1	2,50	9	22,50	24	60,00	6	15,00
	Ter telefone perto da sala de espera.	5	12,50	15	37,50	15	37,50	5	12,50
	Ter assistência religiosa/espiritual.	7	17,50	18	45,00	14	35,00	1	2,50
	Ter alguém que se preocupa com a sua saúde.	2	5,00	2	5,00	21	52,50	15	37,50
	Receber informações sobre a possibilidade de outras pessoas me ajudarem nos meus problemas.	-	-	7	17,50	24	60,00	9	22,50
	Poder estar sozinho sempre que sinta essa necessidade.	-	-	10	25,00	26	65,00	4	10,00
	Receber informações sobre quem me pode ajudar nos problemas financeiros.	-	-	4	10,00	26	65,00	10	25,00
	Receber informações sobre assistência religiosa/espiritual hospitalar.	6	15,00	17	42,50	15	37,50	2	5,00

Tabela 4 – Distribuição da amostra quanto ao grau de importância atribuído às necessidades da família do doente crítico internado no serviço CI (N = 40). (Continuação)

Apoio Emocional	Poder telefonar para uma pessoa de referência quando for impossível estar presente na visita.	-	-	-	-	18	45,00	22	55,00
	Poder falar dos seus sentimentos relativamente á situação.	1	2,50	5	12,50	20	50,00	14	35,00
	Ter amigos próximos para me apoiarem.	-	-	3	7,50	19	47,50	18	45,00
	Ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a).	3	7,50	13	32,50	20	50,00	4	10,00
	Ter a certeza que é seguro deixar o hospital por instantes.	1	2,50	3	7,50	16	40,00	20	50,00
	Sentir que pode chorar.	3	7,50	10	25,00	17	42,50	10	25,00
Visitar	Sentir que sou aceite pelos profissionais do hospital.	2	5,00	1	2,50	21	52,50	16	40,00
	Estar acompanhado de outra pessoa quando visita o seu familiar na unidade de cuidados intensivos.	5	12,50	4	10,00	21	52,50	10	25,00
	Ter uma casa de banho perto da sala de espera.	-	-	9	22,50	22	55,00	9	22,50
	Receber informações que eu compreenda.	-	-	-	-	17	42,50	23	57,50
	Ter um horário de visitas que comece à hora marcada.	-	-	5	12,50	19	47,50	16	40,00
	Poder visitar o seu familiar com frequência.	-	-	1	2,50	15	37,50	24	60,00
	Ter uma sala de espera perto do seu familiar.	-	-	12	30,00	17	42,50	11	27,50
Participação	Poder visitar o seu familiar a qualquer momento.	1	2,50	3	7,50	18	45,00	18	45,00
	Conversar sobre a possibilidade do seu familiar vir a falecer.	2	5,00	2	5,00	21	52,50	15	37,50
	Poder ajudar nos cuidados físicos do seu familiar.	-	-	1	2,50	24	60,00	15	37,50
	Ser informado das intensões e planos de transferência enquanto, ainda, estão a ser planeados.	-	-	1	2,50	14	35,00	25	65,50
	Receber informações em casa sobre alterações da condição do seu familiar.	-	-	-	-	9	22,50	31	77,50
	Conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar.	-	-	-	-	6	15,00	34	85,00

Tabela 4 – Distribuição da amostra quanto ao grau de importância atribuído às necessidades da família do doente crítico internado no serviço CI (N = 40). (Continuação)

Procura de Informação	Obter informações sobre o ambiente da unidade de cuidados intensivos antes de entrar pela primeira vez.	1	2,5	1	2,5	17	42,50	21	52,50
	Falar diariamente com um médico.	-	-	-	-	11	27,50	29	72,50
	Saber que tipo de informação cada membro da equipa me pode dar.	1	2,5	2	5,0	17	42,50	20	50,00
	Falar diariamente com o(a) mesmo(a) enfermeiro(a).	-	-	4	10,0	19	47,50	17	42,50

É ainda importante ressaltar que o questionário era composto por uma última questão de carácter opcional e resposta aberta, onde o familiar pudesse referenciar outra necessidade que identificasse como pertinente. Dos 40 participantes, apenas um familiar optou por responder referindo que considera muito importante “ter mais enfermeiros na zona da enfermaria, cada enfermeiro tem muitos doentes e acaba por não conseguir dar o apoio necessário”. A partir dos dados apresentados, consideramos ainda importante referenciar os totais obtidos face a cada um dos cinco fatores que integram o inventário das necessidades da família numa unidade de cuidados intensivos, tendo em conta o score médio (Tabela 5). Os resultados permitem-nos referir que a necessidade considerada com maior grau de importância para esta amostra foi **Participação** com uma média de 3,52 (DP=0,36), sendo o valor mínimo de 2,5 e o máximo de 4. Em segundo lugar foi atribuída uma importância mais alta ao fator **Procura de Informação** com uma média de 3,47 (DP=0,38) situando-se a amplitude dos valores entre 2,75 e 4. No que concerne ao fator **Visitar**, que se situou em terceiro lugar, a média foi de 3,22 (DP=0,42) sendo a amplitude dos resultados entre 2,43 e 4. Os fatores com pontuações mais baixas, foram o **Apoio Emocional**, sendo a média de 3,15 (DP=0,43), variando os seus valores entre 2,17 e 3,83 e por último o fator **Recursos e Sistemas de Apoio** com uma média de 2,84 (DP=0,34) e uma amplitude de valores situado entre 2,25 e 3,58.

O total do Inventário das necessidades da família apresenta uma média 3,16 (DP=0,31), variando os valores entre 2,54 e 3,74.

Tabela 5 – Caraterização da amostra quanto às necessidades da família do doente crítico internado na UCI.

Necessidades da família do doente crítico	N	Xmin.	Xmáx.	M	DP
TOTAL	40	2,54	3,74	3,16	0,31
Recursos e Sistemas de Apoio	40	2,25	3,58	2,84	0,34
Apoio Emocional	40	2,17	3,83	3,15	0,43
Visitar	40	2,43	4,00	3,22	0,42
Participação	40	2,50	4,00	3,52	0,36
Procura de Informação	40	2,75	4,00	3,47	0,38

4. DISCUSSÃO

Ao longo deste capítulo vamos apresentar os resultados encontrados e analisá-los, discutindo-os à luz da evidência apresentada no enquadramento teórico. A discussão é realizada no sentido de encontrar evidências que nos permitam intervir, melhorando preparação da visita da família do doente em situação crítica e a sua integração na unidade de cuidados intensivos.

A amostra deste estudo é constituída por 40 familiares de referencia do doente crítico internado em UCI. Como dados sócio-demográficos podemos referir que os familiares apresentaram uma média de idades de 46,03 anos (DP=15,53), sendo a maioria do sexo feminino (72,50%) e com nível educacional correspondente maioritariamente ao ensino superior com 42,50%. Podemos ainda destacar que como familiar de referência, 42,50% dos inquiridos eram conjugues, 22,50% era filho(a), sendo os restantes distribuídos de forma uniforme pelos diferentes graus de parentesco.

Face ao doente crítico, verificámos que este tinha em média 64,43 anos (DP=13,11), sendo maioritariamente do sexo masculino (60,00%).

É importante ainda referir que 60,00% da amostra não possuiu contacto prévio com experiências anteriores em UCI, como tal as respostas obtidas ao longo do questionário são fruto maioritariamente do primeiro impacto com esta realidade. Como referido por Campos (2014), o internamento numa UCI constitui para a família uma experiência stressante, pois geralmente, é um acontecimento súbito, que promove a rutura com as rotinas quotidianas, perante o qual a família não tem tempo para se reorganizar.

Pelo referido consideramos importante perceber o estado emocional do familiar de referencia, tendo como base a escala que fora utilizada, foi-nos permitido avaliar os sintomas associados à ansiedade, depressão e stress. Constou-se que no que concerne à depressão este fator apresentou uma a média total de 4,80 (DP= 4,66), a ansiedade de 4,25 (DP=3,83), e o stress de 6,82 (DP= 4,98). Embora traduzam níveis inferiores ao ponto médio da escala, esta é a subescala que apresenta valores mais elevados o que corresponde a estados afetivos mais negativos.

Consideramos importante ter noção destes resultados pois tal como enunciado por Urizzi et al (2008) o internamento é potenciador de medo, ansiedade, insegurança e preocupação para a família, informação reforçada por Barlem, Rosenhein, Lunardi e Filho (2008) que afirmam que, pelos sentimentos promovidos pela insegurança e incerteza do prognóstico, a família deve ser valorizada, tornando-se necessária uma cultura de mudança na prestação de cuidados dos profissionais em unidades de cuidados intensivos.

Campos (2014), no seu estudo reforça esta linha de pensamento, tendo concluindo que, embora a associação seja fraca, os familiares que revelam mais necessidades, são os que manifestam mais ansiedade, depressão e stress, e vice-versa. No mesmo estudo, descreve que os níveis de stress e ansiedade da família aumentam quando as suas necessidades não são satisfeitas, podendo estas vir a desenvolver sintomas depressivos e uma reação de stress pós-traumático (Campos, 2014 citando Davidson, 2010; Davidson et al., 2007; Paul e Ratray, 2007; Paparrigopoulos et al., 2006; Auerbach et al., 2005; Azoulay et al., 2005).

A aplicação do INFUCI permitiu identificar quais as necessidades sentidas como fundamentais pela família durante o internamento de um ente querido em UCI. Tendo como ponto de partida os cinco fatores identificados por Campos (2014) sobre os quais foram divididas as diferentes necessidades avaliadas pelos familiares de referencia, podemos constatar no decorrer deste estudo que o fator mais evidenciado foi a **Participação** com uma média de 3,52 (DP=0,36), seguindo-se a **Procura de Informação** com uma média de 3,47 (DP=0,38). Em terceiro lugar com uma média de 3,22 (DP=0,42) distingue-se o fator **Visitar**. Com pontuações mais baixas, foram verificados o **Apoio Emocional**, sendo a média de 3,15 (DP=0,43) e por último **Recursos e Sistemas de Apoio** com uma média de 2,84 (DP=0,34).

Os resultados obtidos vão ao encontro do estudo realizado por Campos (2014) em que face aos fatores apresentados e a sua correspondência com o grau de importância, também esta autora constatou que em primeiro lugar se destacava a **Participação** com 54,9%, seguindo-se **Procura de Informação** com 46,0% e **Visitar** com 41,5%. Sendo os fatores menos pontuados o **Apoio Emocional** com 35,6% e os **Sistemas de Apoio** 21,3%.

Avaliando individualmente as necessidades identificadas pelos familiares de referência, podemos verificar que as que apresentaram uma maior evidencia no grau importância

foram **Conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar** (85,00% “Muito Importante”), **Receber informações em casa sobre alterações da condição do seu familiar** (77,50% “Muito Importante), **Falar diariamente com um médico** (72,50% “Muito Importante) e **Receber informações que eu compreenda** (57,50% “Muito Importante) verificando-se que são necessidades que apresentam percentagem elevadas para o valor máximo da escala. Das referenciadas duas integram ao fator Participação, uma ao fator Visitar, e outra o fator Procura de Informação.

Face aos resultados apresentados de um modo geral, estes coincidem com os resultados obtidos por Campos (2014) em que as necessidades relacionadas com a aquisição de informação demonstraram maior destaque. Para Campos (2014), as necessidades que visam a obtenção de resposta a questões colocadas, apresentam uma evidência de 97,50% das respostas como “Muito importante”, juntamente com o ter conhecimento do prognóstico do familiar que representa 96,20% dos familiares, seguindo-se da necessidade de saber exatamente o que é feito pelo seu familiar (93,70%), do tratamento médico (86,10%) e do motivo pelo qual as técnicas são executas (84,8%).

Os resultados do nosso estudo vão ao encontro dos estudos realizados por Maruiti e Galdeano (2007) e de Martin, Sousa e Baptista (2014), que concluem que “conversar com o médico todos os dias (79,5%) ” é a resposta mais referida, apresentando valores semelhantes ao corrente estudo. Podemos ainda reforçar os resultados obtidos com os verificados por Maruiti e Galdeano (2007, p.37) em que “a necessidade de conhecimento/informação identificada com maior frequência foi saber factos concretos sobre o progresso do paciente” apresentou um grau de relevância de 84,6%.

No nosso estudo, é ainda possível identificar como “Muito Importante” e “Importante” outras necessidades que visam essencialmente a componente de visita do familiar: **Ser informado das intenções e planos de transferência enquanto, ainda, estão a ser planeados** (“Muito Importante” 65,50% e “Importante” 35,00%), **Ter um horário de visitas adaptável a condições especiais (do familiar)** (“Muito Importante 62,50% e “Importante” 35,00%) e **Poder visitar o seu familiar com frequência** (“Muito Importante” 60,00% e “Importante” 37,50%). Face a estas necessidades, podemos constatar que também no estudo de Campos (2014) a necessidade de saber como proceder junto do seu familiar apresenta um grau de “Muito importante”, 86,10% das respostas.

Podemos ainda destacar no nosso estudo, com uma percentagem de 65,00% de respostas como “Importante” as necessidades referentes a **Poder estar sozinho sempre que sinta essa necessidade** e **Receber informações sobre quem me pode ajudar nos problemas financeiros** e de 60,00% **Poder ajudar nos cuidados físicos do seu familiar, Receber informações sobre a possibilidade de outras pessoas me ajudarem nos meus problemas** e **Ter alguém que ajude nos problemas financeiros**, que se englobam essencialmente no fator Recursos e Sistemas de Apoio. No que concerne ao item poder estar sozinho, o estudo de Campos (2014) apresentou valores semelhantes com 57,10% dos entrevistados a considerar igualmente como “Importante”, bem como a necessidade de sentir que existe alguém que pode ajudar na procura de soluções para os seus problemas (70,90%). No entanto, existem diferenças face às restantes necessidades, sendo classificadas como de menor importância para os familiares. A componente de ajuda face a recursos económicos surge como um grau de menor importância, sendo atribuído no conjunto de “Sem Importância” e “Pouco Importante” 49,40% das respostas (Campos, 2014). Consideramos ainda relevante, referenciar as necessidades que apresentam valores de cerca 50,00% de respostas consideradas como “Muito Importante” como **Obter informações sobre o ambiente da unidade de cuidados intensivos antes de entrar pela primeira vez** (52,50%), **Ter a certeza que é seguro deixar o hospital por instantes** (50,00%) e **Saber que tipo de informação cada membro da equipa me pode dar** (50,00%). As necessidades classificadas como “Importante” dentro das percentagens referidas **Saber quem são os diferentes membros da equipa que cuidam do seu familiar** (57,50%), **Ter uma casa de banho perto da sala de espera** (55,00%), **Estar acompanhado de outra pessoa quando visita o seu familiar na unidade de cuidados intensivos** (52,50%), **Sentir que sou aceite pelos profissionais do hospital** (52,50%), **Ter alguém que se preocupa com a sua saúde** (52,50%), **Poder falar dos seus sentimentos relativamente à situação** (50,00%) e **Ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a)** (50,00%). Face a esta última necessidade no estudo apresentado por Campos (2014) os valores verificados são diferentes dos obtidos no corrente estudo, dando predominância ao “Pouco importante” com 44.2%.

Algumas das necessidades identificadas no parágrafo anterior visam e demonstram a necessidade e importância de um correto Acolhimento. De acordo com Louro (2014) citando Beccaria et al, 2008; Frizon et al, 2011; Gotardo et al, 2005; Maestri et al, 2012; Martins et al, 2008; Silva et al, 2010; Urden et al, 2008, a relação estabelecida com os

familiares no momento em que é realizado o acolhimento, permite o levantamento das suas necessidades, que de acordo com os estudos anteriormente realizados são focadas no apoio, na informação, nas normas e rotinas do serviço.

Por outro lado, as necessidades menos valorizadas pelos familiares estão relacionadas com **Ter acesso a alimentação no hospital** (50,00% “Pouco Importante”), **Ter assistência religiosa/espiritual** (45,00% “Pouco Importante”) e **Receber informações sobre assistência religiosa/espiritual hospitalar** (42,50% “Pouco Importante”). Também para Campos (2014), os resultados face à necessidade de assistência religiosa/espiritual apresentaram valores mais significativos para a resposta “Pouco Importante” em que 39,20% dos familiares o refere para o ter assistência religiosa/espiritual e 41,80% para a obtenção de informação neste campo.

Face às condições das salas de espera que no presente estudo não apresentaram consenso como sendo ou não necessidade de prioridade para as famílias entrevistadas, pertencendo ao núcleo de respostas que se encontram unanimemente dispersas pela escala apresentada, contrapõe-se como o estudo realizado por Peña, Ruiz, Artiga, Miguelez, Ruiz, Ortega e Diaz (2015) onde por se traduzirem numa necessidade foram identificadas como critérios de melhoria e intervenção.

Tal como Campos (2014) que enquadrou as necessidades do seu estudo em cinco fatores: Recursos e Sistemas de Apoio, Apoio Emocional, Visitar, Participação e Procura de Informação, outros estudos identificaram cinco áreas nas quais as necessidades das famílias se focam: Informação, Segurança, Proximidade, Suporte e Conforto (Loureiro, 2011). Os resultados obtidos no corrente estudo também permitem verificar, tal como nos estudos anteriores que a família necessita de informação não só sobre a situação clínica do doente, mas sobre o ambiente que o rodeia e rotinas associadas. Loureiro (2011, p.62) reforça o supracitado mencionando que numa escala de 1 a 4 “observamos que as necessidades consideradas mais satisfeitas pertencem à necessidade de Segurança e Informação com valores médios de 3,13 e 3,07, respetivamente.”

5. CONCLUSÃO

O presente capítulo traduz-se no culminar do corrente estudo, onde me será possível apresentar as conclusões obtidas com a análise dos dados, a apresentação das limitações do estudo e seu possível contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Este estudo foi possível a partir da utilização da escala traduzida e validada por Campos em 2014, tendo como principal prioridade a família como foco do cuidar, perante uma situação que destrutura toda a organização familiar, pela gravidade da mesma e pelo fator inesperado.

A utilização da INFUCI permitiu a identificação das necessidades que a família do doente internado em UCI considera mais importantes e deste modo estabelecer um plano de cuidados direcionado à satisfação das mesmas.

Tendo como ponto de partida os objetivos de identificar as necessidades da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos e o seu grau de importância, bem como o avaliar o estado emocional (ansiedade, depressão e stress) da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos, foi possível concluir que de acordo como os cinco fatores classificados por Campos (2014), o corrente estudo apresenta a mesma ordem de importância desses fatores para as famílias entrevistadas. Deste modo destaca-se o fator Participação, seguindo-se da Procura de Informação, do fator Visitar e com pontuações mais baixas, o Apoio Emocional e os Recursos e Sistemas de Apoio.

É ainda possível referir que especificamente as necessidades que foram identificadas pela família como tendo maior grau de importância, foram conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar, receber informações em casa sobre alterações da condição do seu familiar, falar diariamente com um médico e receber informações que a família compreendesse. Podemos ainda destacar como importantes, ser informado acerca das intensões e planos de transferência enquanto, ainda, estão a ser planeados, ter um horário de visitas adaptável a condições especiais (do familiar) e poder visitar o seu familiar com frequência.

Por outro lado, as necessidades menos valorizadas pelos familiares estão relacionadas com ter acesso a alimentação no hospital, ter assistência religiosa/espiritual e receber informações sobre assistência religiosa/espiritual hospitalar.

No que concerne ao estado emocional, concluiu-se que embora os valores apresentados traduzam níveis inferiores ao ponto médio das sub-escalas, é ao nível do stress que a amostra apresenta valores mais elevados o que corresponde a estados afetivos mais negativos.

As principais limitações desta investigação encontram-se relacionadas com o reduzido tamanho da amostra e com o fator temporal para a colheita de dados.

A família com o desenvolvimento de estudos, como o apresentado, torna-se cada vez mais um foco importante no cuidar, devendo este descentralizar-se do doente como único alvo da prestação de cuidados, para englobar toda a sua envolvência.

A adequação de cuidados personalizados e adequados à família visa um cuidar holístico em que a pessoa torna-se alvo não só do plano de cuidados mas como elemento participativo do mesmo. Assim, sugerimos a continuação do desenvolvimento deste tipo de estudos e o uso do Inventário das Necessidades da Família como instrumento de colheita de dados.

Deste modo e tendo em conta as necessidades valorizadas pelos familiares aquando da primeira vista, pretendemos um protocolo de acolhimento da família na unidade, no sentido de minimizar o primeiro impacto e atenuar os sentimentos negativos, do momento em que visitam o doente crítico numa UCI, melhorando a integração, o acompanhamento e a participação efetiva da família no processo de cuidar.

REFRÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Barlem, E., Rosenhein, D., Lunardi, V. & Filho, W. (2008). Comunicação como Instrumento de Humanização do Cuidado de Enfermagem: Experiencias em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Eletrónica em Enfermagem*, 10 (4), 1041-1049. Acedido a 28 de Novembro de 2015 em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a16.pdf

Borges, D. (2015). *A Comunicação com a Família em Contexto de Cuidados Intensivos*. Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo. Acedido a 15 de Novembro de 2016 em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf

Caldeira, L., Migotto, A., Fonseca, T. & Rodriguez, L. (2014). Programa de Visita Humanizada em UTI, *Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde*. São Paulo: Editora *Blucher Medical Proceedings*

Campos, S. (2014). *Necessidade da Família em Cuidados Intensivos – tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory*. Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem. Universidade do Porto. Porto. Acedido a 27 de Agosto de 2016 em <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/77954>

Carvalhido, J. (2014). *Práticas Relacionais dos Enfermeiros com a Família em Unidades de Cuidados Intensivos*. Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto. Acedido a 15 de Dezembro de 2016 em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77880>

Casanova, E. & Lopes, G. (2009). Comunicação da Equipe de Enfermagem com a Família do Paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (6), 831-836.

Díaz, L. (2014). *La Familia del paciente en unidad de cuidado intensivo (UCI)*. Programa de Psicología, Escuela de Medicina Y Ciencias de la Salud Universidad del Rosario. Bogota. Acedido a 09 de Dezembro de 2015 em <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9613/1020748017-2014.pdf?sequence=1>

Direção Geral da Saúde (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Ministério da saúde. Acedido em 16 de Fevereiro 2016 em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf

Fortin, M. (1999) – *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2003) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

- Fortin, M. (2009) - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta,
- Freixo, M. (2009) – *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*, 3ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.
- Frizon, G., Nascimento, E., Bertoncello, K. & Martins, J. (2011). Familiares na Sala de Espera de uma Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos revelados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32 (1), 72-75.
- Júlio, V. (2012). *A Importância da Família na recuperação do Paciente perante o processo prolongado de internação em (UTI) Unidade de Terapia Intensiva*. Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem, Sociedade Brasileira Terapia Intensiva. Brasil. Acedido a 02 de Dezembro de 2016 em http://www.ibrati.org/sei/docs/tese_519.doc
- Leske, J. (1991). Internal Psychometric Properties of the Critical Care Family Needs Inventory.
- Lima, M., Monteiro, L., Nogueira, L. & Martins-Melo, F. (2015). Cuidado de Enfermagem à Família de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 9 (5), 7957-7966. Acedido a 11 de Novembro de 2016 em http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15037/1/2015_art_mslima.pdf

- Loureiro, A. (2011). *Satisfação das Necessidade dos Familiares dos Doentes Internados em Unidade de Cuidados Intensivos*. Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem. Instituto Politécnico de Viseu. Viseu. Acedido a 02 de Dezembro de 2016 em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1648>
- Louro, A. (2014). *Estratégias para o Cuidado Humanizado à Pessoa em Situação Crítica*. Relatório para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa. Acedido a 09 de Dezembro de 2015 em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15337>
- Martin, D., Sousa, P. & Baptista, P. (2014). Necessidades dos Familiares do Doente Critico Internado numa Unidade de Cuidados Intensivos: Perspetiva do Enfermeiro. *Revista Sinais Vitais*, 114 (6), 15-26.
- Maruiti, M. & Galdeano, L. (2007). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enfermagem*, 30 (1), 37-43. Acedido a 02 de Dezembro de 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a07v20n1.pdf>
- Nascimento, V., Maciel, M., Lemes, A., Borges, A., Terças, A., & Hattori, T. (2015). Perceções de familiares sobre hospitalização no ambiente intensivo. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 4 (2), 92-99.
- Oliveira, C. & Nunes, E. (2014). Cuidando da Família na UTI: Desafio de Enfermeiros na Praxis Interpessoal do Acolhimento. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 24 (4), 954-963.

Oliveira, E. (2012). *O Primeiro contacto da Família com a Unidade de Cuidados Intensivos*. Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu. Acedido a 16 de Janeiro de 2017 em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1804>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Acedido a 11 de Dezembro de 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Pais Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (2), 229-239.

Passos, S., Silva, J., Santana, V., Santos, V., Pereira A. & Santos L. (2015). O Acolhimento no Cuidado à Família numa Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, 23 (3), 368-374. Acedido a 02 de Dezembro de 2016 em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6259/13776>

Peña, M., Ruiz, E., Artiga, M., Miguez, A., Ruiz, A., Ortega, A. & Diaz, R. (2015). Medicion de la Satisfacción de los Pacientes Ingressados en Unidad de Cuidados Intensivos y sus Familiares. *Medicina Intensiva*, 39 (1), 4-12.

Pereira, T. (2012). *O Conceito do Cuidar na Perspetiva dos alunos de 2º ano do CLE da UFP-Porto*. Projeto de Graduação. Universidade Fernando Pessoa. Porto. Acedido a 20 de Janeiro de 2017 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3196/3/TG_18337.pdf

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário de República IIª Série. Nº35 (11-18-02), 8656-8657. Acedido em 15 de Fevereiro 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Ruiz, E., Artiga, M., Miguelez, A., Ruiz, A., Ortega, A., Wallmann, R. & Diaz, J. (2015). Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Revista Medicina Intensiva*, 39 (1), 4-12.

Silva, A. (2012). *A Pessoa em Situação Crítica em contexto de Cuidados Intensivos – Vivências da Família*. Relatório para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo. Acedido a 02 de Dezembro de 2016 em http://www.repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1200/1/Anabela_Silva.pdf

Silva, N., Giovanella, L. & Mainbourg, E. (2014). A família nas práticas das Equipes de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (2), 274-281.

Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação*. 4ª Edição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Urizzi, F., Carvalho, L., Zampas, H., Ferreira, G., Grion, C. & Cardoso, L. (2008). Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 20 (4), 370-375.

Wall, R., Curtis, J., Cooke, C. & Engelberg, R. (2007). Family Satisfaction in the ICU: Differences Between Families of Survivors and Nonsurvivors. *Chest*, 132 (5), 1425-1433.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO II

**PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO AOS AUTORES PARA A UTILIZAÇÃO DAS
RESPECTIVAS ESCALAS**

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA CRITICAL CARE
FAMILY NEEDS INVENTORY

– VERSÃO ORIGINAL

Critical Care Family Needs Inventory - permission to use



Joana Baião
Ontem, 22:01
jsl@uwm.edu



Responder |

My name is Joana de Moura Mendes Baião, i'm a portuguese qualified nurse doing my Master Degree in Person in Critical situation in portugal at the Escola da Saúde ESSLei – IPL in Leiria.

At the moment i'm preparing my dissertation (final paper) under the guidance of Professor Helena da Conceição Borges Pereira Catarino.

The theme of the study is "Preparation of the familiar reference to the 1st visit in the Intensive Care Unit". During the Research it was possible to observe an increase in directed studies to intensive care medicine, in particular in the area of critical patient and his family. As such, and by that I consider relevant to the development of a research work aimed at the family of the critical patient and the way that the nursing care is provided in the provision, can contribute to the hospitalisation in Intensive Care Units is experienced differently.

Therefore, I'd like to request permission to use the Scale of Critical Care Family Needs Inventory, in order to proceed to the accomplishment of the same (the portuguese version translate by Sara Campos).

I assure you that the data provided will not be spread to any person or organization, beyond me, and with the aim of developing this research project.

If it's your interest, i would be very pleased to share my dissertation with you after i presented to the board.

Thank you now all the availability, finding me available to do all the necessary clarifications.

With best regards
Sincerely,
Joana Baião

Re: Critical Care Family Needs Inventory - permission to use



Jane B Leske
Hoje, 13:25
Você



Responder |

Documentos

Você encaminhou esta mensagem em 28/11/2016 15:50



CCFNI.doc
33 KB



letter.doc
22 KB



internal psychometric.pdf
3 MB

3 anexos (3 MB) Baixar tudo Salvar tudo no OneDrive - Pessoal

Here is what you will need

Jane S. Leske PhD, RN, ACNS-BC, FAAN
Professor Emerita
College of Nursing
University of Wisconsin-Milwaukee
239-290-9397

Dear Researcher,

Please find enclosed a copy of the *Critical Care Family Needs Inventory*. You have my permission to use/modify and/or translate the tool to meet your research needs as long as credit is referenced in your work. The psychometric properties of the instrument are published in Leske, J.S. (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory, Heart & Lung, 20, 236-244. Please do not hesitate to contact me if you have any questions. Best wishes for a successful research project.

Sincerely,

Jane S. Leske PhD, RN

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA CRITICAL CARE
FAMILY NEEDS INVENTORY

– VERSÃO TRADUZIDA E ADAPTADA PARA PORTUGAL

Escala das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos



Joana Baião
dom 27/11, 10:16
sarafilecampos@gmail.com



Responder |

Você respondeu em 28/11/2016 15:26.

Bom dia Exm^a Mestre Sara Filipa Barros de Campos

Eu, Joana de Moura Mendes Baião, aluna do Mestrado de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde ESSLei – IPL, em Leiria, encontro-me a elaborar a Dissertação de Mestrado sob a orientação da Professora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino.

O estudo terá como tema a **Preparação do familiar de referência para a 1ª visita na Unidade de Cuidados Intensivos**.

No contexto da Investigação é possível verificar um aumento de estudos direcionados para a medicina intensiva, nomeadamente na vertente do doente crítico e sua família. Como tal e pelo referido considero pertinente o desenvolvimento de um trabalho de investigação que vise a família do doente crítico e a forma como a prestação de cuidados de enfermagem pode contribuir para que o internamento em Unidades de Cuidados Intensivos seja vivenciado de maneira diferente.

Por conseguinte e para poder proceder à realização do mesmo venho por este meio solicitar a V.^a Ex.^a a colaboração para que este projeto seja concretizável.

Gostaria de solicitar a sua autorização para a utilização da **Escala das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (versão traduzida para Português)**, bem como a disponibilização da mesma.

Asseguro que os dados fornecidos não serão divulgados a qualquer pessoa ou organização para além de mim e com o objetivo de elaborar este projeto de investigação.

Agradeço desde já toda a disponibilidade, encontrando-me disponível para proceder todos os esclarecimentos necessários.

Com os melhores cumprimentos

Atenciosamente,

Joana Baião

Re: Escala das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos



Sara Campos

Hoje, 15:38

Você; Prof.D.Manuela Martins (mmartins@esenf.pt)



Responder |



Autorização_utilização_I...
43 KB



INFUCI.pdf
75 KB

2 anexos (118 KB) Baixar tudo Salvar tudo no OneDrive - Pessoal

Cara Enfermeira Joana Baião,

Antes de mais parabéns pela escolha do seu tema. É com particular agrado, que vejo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica dedicar a sua atenção e investigação à família.

Perante a minha experiência profissional, a preparação dos familiares aquando da primeira visita bem como o seu acompanhamento ao longo do internamento, influencia a sua vivência do "ambiente de cuidados intensivos". Para mim, o seu tema é-me particularmente interessante, pois, virá trazer uma resposta científica ao que eu observo na minha prática. Portanto, iria solicitar-lhe que, quanto terminar a sua investigação, partilhe os seus resultados.

Em anexo, envio uma cópia do Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos e autorização para utilização do instrumento.

Se eventualmente tiver alguma dúvida não hesite em contactar-me.

Bom trabalho e boa sorte para a realização da sua tese.

Com os melhores cumprimentos,

--

Sara Campos

Cara Enfermeira Joana Baião,

Envio-lhe uma cópia do Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos, que corresponde à versão traduzida e adaptada à população Portuguesa do *Critical Family Needs Inventory*.

Tem a minha autorização para utilizar o instrumento no desenvolvimento do sua tese de mestrado.

Caso tenha alguma questão não hesite em contactar-me.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Campos

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE
ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS EADS - 21

Pedido de autorização para EADS



Joana Baião
Ontem, 10:24
jlpr@fpce.up.pt



Responder |

Bom dia Ex.mo Professor Doutor José Luís Pais-Ribeiro

Eu, Joana de Moura Mendes Baião, aluna do Mestrado de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde ESSLei – IPL, em Leiria, encontro-me a elaborar a Dissertação de Mestrado sob a orientação da Professora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino.

O estudo terá como tema a **Preparação do familiar de referência para a 1ª visita na Unidade de Cuidados Intensivos**.

No contexto da Investigação é possível verificar um aumento de estudos direcionados para a medicina intensiva, nomeadamente na vertente do doente crítico e sua família. Como tal e pelo referido considero pertinente o desenvolvimento de um trabalho de investigação que vise a família do doente crítico e a forma como a prestação de cuidados de enfermagem pode contribuir para que o internamento em Unidades de Cuidados Intensivos seja vivenciado de maneira diferente. A família frequentemente desenvolve ansiedade, depressão ou sintomas associados que evidenciam situações de stress, indo ao encontro da pertinência da utilização da sua escala.

Por conseguinte e para poder proceder à realização do mesmo venho por este meio solicitar a V.ª Ex. a colaboração para que este projeto seja concretizável.

Gostaria de solicitar autorização para a utilização da **Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)**.

Asseguro que os dados fornecidos não serão divulgados a qualquer pessoa ou organização para além de mim e com o objetivo de elaborar este projeto de investigação.

Agradeço desde já toda a disponibilidade, encontrando-me disponível para proceder todos os esclarecimentos necessários.

Com os melhores cumprimentos

Atenciosamente,

Joana Baião

RE: Pedido de autorização para EADS



José Luis Pais Ribeiro
Hoje, 09:14
Você



Responder |

Você encaminhou esta mensagem em 28/11/2016 15:50

Cara colega

Autorizo o uso da EADS que traduzimos e estudamos para utilização com a população portuguesa.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>
ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

ANEXO III

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO



3º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ano Letivo 2016/2017

2º Ano/ 2º Semestre

Protocolo de Investigação

Joana Baião, nº 5140012

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Unidade curricular: Dissertação

Professora Orientadora: Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira
Catarino

Leiria, Dezembro de 2016

Protocolo de Investigação

- **Título do Projeto/Trabalho:** Preparação do familiar de referência para a 1ª visita na Unidade de Cuidados Intensivos: necessidades da família.
- **Identificação dos proponentes:**
 - Autor principal/afiliação institucional: Joana de Moura Mendes Baião, Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Vila Franca de Xira, jb_bi@hotmail.com.
 - Helena da Conceição Borges Pereira Catarino, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, helena.catarino@ipleiria.pt.

- **Natureza do Estudo.**

No contexto da evidência científica é possível verificar um aumento de estudos direcionados para a medicina intensiva, nomeadamente na vertente do doente crítico e sua família “focando a necessidades de ações que visem à humanização dos sujeitos atuantes neste ambiente ímpar de assistência à saúde. Na nossa experiência profissional observamos as repercussões desse processo para a família, paciente e equipe.” (Urizzi et al, 2008, p.370).

Para os autores supracitados (2008, 371p.) “a hospitalização de um familiar em UTI geralmente ocorre de forma aguda e inesperada, facto que repercute na família alterando todo o seu cotidiano. A situação de crise vivida pelos familiares pode ser observada pela desorganização das relações interpessoais devido à distância física do paciente, a problemas financeiros e ao medo da perda da pessoa amada.”

Assim, a relação estabelecida entre a equipa de enfermagem e a família deve ser baseada na intencionalidade de ajuda e suporte, devendo esta estar “(...) preparada para atender às necessidades referidas pelos familiares, relacionadas à experiência com a internação em ambiente crítico. Espera-se uma enfermagem que perceba a família também como foco do cuidado” (Frizon, Nascimento, Bertoncello & Martins, 2011, p.73)

A pertinência de estudos direcionados para a avaliação de um correto acolhimento a familiares de referência é fundamental tendo em conta que a hospitalização de

um doente numa UCI “(...) é vivenciada como uma crise real pela família. Isto se deve às condições de incerteza e insegurança que vive durante o processo de internação do paciente, diante de prognósticos difíceis e complexos, que caracterizam as situações da maior gravidade (Caldeira, Migotto, Fonseca & Rodriguez, 2014, p. 313). Os autores referem que “Os principais estressores aos familiares são: impacto emocional da necessidade de transferência para UTI, privação do papel de cuidador, comportamento do paciente e suas reações, mudança na aparência de seu ente querido e aparelhos invasivos; sons e ruídos do ambiente; procedimentos de emergência com pacientes no momento da visita; dificuldade de comunicação da equipe com a família” (2014, p.313).

Considerando numa abordagem holística, a família no contexto de uma UCI como foco do cuidar, e sendo este cuidado tão importante como o cuidado ao doente crítico (Díaz, 2014), “o acolhimento ao familiar no momento do internamento nestas unidades permite um contacto individualizado e desta forma a prestação de cuidados de enfermagem humanizados” (Louro, 2014, p.49). A forma como a prestação de cuidados de enfermagem é realizada pode contribuir para que o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos seja vivenciado de maneira diferente pelo doente e sua família, tornando-se pertinente identificar e intervir perante as necessidades desta, no sentido de as suprir. Numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, pretende-se propor um plano de intervenção para o Acolhimento da família na primeira visita ao doente internado no serviço de cuidados intensivos.

- **Objetivos:**

- Identificar necessidades da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos e o seu grau de importância;
- Avaliar o estado emocional (ansiedade, depressão e stress) da família do doente crítico internado no serviço de cuidados intensivos.

- **Material e Métodos**

- População e amostra: A amostragem é considerada do tipo não probabilística intencional, sendo a população alvo constituída pelos familiares dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Vila Franca de Xira.

Os **critérios de inclusão** definidos para este estudo são os seguintes:

- Ter mais de 18 anos;
- Ler e compreender português;
- Aceitar participar voluntariamente no estudo, assinado o termo de consentimento informado;
- Ter um familiar internado em UCI, num período mínimo de 24 horas;
- Ser a primeira vez que visita o doente internado no serviço de cuidados intensivos;
- Ser o familiar de referência.

Como **critério de exclusão** definiu-se que a colheita de dados não pode ser realizada 96 horas após a admissão do doente na unidade.

- Instrumento: O método escolhido para recolher os dados será um questionário constituído por duas partes: Inventário das Necessidades da Família em Cuidados Intensivos (versão portuguesa de Critical Care Family Needs Inventory) e a escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Versão portuguesa EADS-21). O instrumento de colheita de dados encontra-se anexado a este Formulário de Submissão, bem como os pedidos de autorização dos autores para a utilização dos mesmos.
- Procedimentos éticos: Tendo em conta a natureza do estudo, serão tidos em consideração os seguintes aspetos éticos:
 - Garantia da confidencialidade e anonimato dos intervenientes, não constando qualquer informação que identifique o inquirido;
 - Esclarecimento sobre o direito de não-aceitação e de desistência sem qualquer repercussão negativa para os próprios;
 - Apresentação do termo de consentimento livre e informado.
- Tratamento de dados: O tratamento estatístico dos dados colhidos será realizado através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0 para Windows. Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, iremos utilizar técnicas de estatística descritiva: frequências absolutas (número) e relativas (percentagem),

medidas de tendência central (média aritmética), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, mínimos e máximos).

- **Cronograma**

- Data e início de recolha de dados: Assim que obtiver a autorização supracitada.
- Expetativa de resultados: Com base na interpretação dos resultados obtidos pretende-se proceder à elaboração de um plano de acolhimento para a primeira vista ao doente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos, que corresponda às necessidades verificadas e sentidas por quem é alvo da nossa prestação de cuidados.

- **Local de realização**: Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Vila Franca de Xira

- **Estimativa de custos e fontes de financiamento**: Sem custos para a Instituição.

- **Termo de Responsabilidade**: Eu, Joana de Moura Mendes Baião, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que protesto juntar relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente e efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

Vila Franca de Xira, 03 de Dezembro de 2016

O Investigador Responsável: Joana de Moura Mendes Baião

ANEXO IV

PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA E SEDE DE COMISSÃO EXECUTIVA DO HOSPITAL DE VFX E DIRETOR CLINICO E ENFERMEIRA CHEFE DA UCI DO HFVX

PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA E SEDE DE COMISSÃO
EXECUTIVA DO HOSPITAL DE VFX

De: Joana de Moura Mendes Baião
Enviado: domingo, 4 de Dezembro de 2016 23:13
Para: Helena Pinto Azevedo
Assunto: Pedido de Autorização para Dissertação de Mestrado

Exmª Diretora dos Recursos Humanos
Drª Helena Azevedo

Sou enfermeira nesta instituição no Serviço de Cuidados Intensivo com número mecanográfico 90629.

Neste momento e como é do vosso conhecimento, encontro-me a realizar um trabalho de investigação, inserido no Mestrado de Enfermagem de Pessoa em situação Crítica com supervisão da Professora Helena Catarino. Esta investigação enquadra-se na área de apoio à família e identificação das suas necessidades aquando da visita do seu familiar internado na Unidade de Cuidados Intensivos, com o tema "Preparação do familiar de referência para a 1ª visita na Unidade de Cuidados Intensivos - necessidades dos familiares."

Trata-se de um estudo direcionado para a elaboração de um plano de acolhimento da família durante a primeira visita, focado nas necessidades e nas perceções vivenciadas e identificadas pelos próprios, no sentido de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem.

Os dados obtidos serão divulgados na dissertação deste mestrado.

O anonimato dos intervenientes será garantido, tendo sido solicitado a todos o preenchimento de um consentimento informado.

Mais informo que solicitei autorização da Enfermeira Chefe Paula Miranda bem com a do Diretor Clínico Dr. João Gonçalves Pereira para a realização desta investigação na nossa Unidade de Cuidados Intensivos, bem como dos autores das escalas que me proponho aplicar.

Neste sentido, solicito a Vossa Excelência e por intermédio da própria ajuda para obter autorização da Comissão de Ética para elaboração do trabalho supracitado. Desenvolvi neste sentido um Protocolo de Investigação onde consta toda a informação do estudo, bem como as escalas a aplicar e autorizações obtidas. Gostaria deste modo saber junto de si qual a via que pretende para o envio do mesmo, por formato digital ou papel.

Agradecendo desde já a disponibilidade dispensada por Vª Exª, apresento os meus melhores cumprimentos.

Joana Baião
HVFX Disclaimer

De: Conselho de Administração
Enviado: quarta-feira, 1 de Fevereiro de 2017 15:03
Para: Joana de Moura Mendes Baião
Cc: João Gonçalves Pereira; Paula Miranda
Assunto: Estudo - Preparação do familiar de referência para a primeira visita na UCI: Necessidades da família

Boa tarde Enª Joana Baião,

Serve o presente para informar que o estudo/projecto de investigação abaixo identificado foi aprovado, em sede de comissão executiva, no dia 24.01.2017:

Estudo – Preparação do familiar de referência para a primeira visita na UCI: Necessidades da família

A Comissão Executiva solicita o preenchimento do documento que junto se envia em anexo, o qual deve ser remetido ao secretariado do Conselho de Administração, aquando da conclusão do estudo/projecto de investigação em apreço.

Obrigada.

Com os melhores cumprimentos,

Rosário Anágua
Secretariado de Administração ca@hvfx.pt
Estrada Nacional n.º1, Povos, 2600-009 Vila Franca de Xira
Tel.: 263 006 650 • Fax: 263 006 652
www.hospitalvilafrancadexira.pt

PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR CLINICO DA UCI DO HFVX

De: Joana de Moura Mendes Baião
Enviado: domingo, 27 de Novembro de 2016 11:18
Para: João Gonçalves Pereira
Assunto:

Bom dia Ex.mo Diretor Clínico Dr. João Gonçalves Pereira

Eu, Joana de Moura Mendes Baião, aluna do Mestrado de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde ESSLei – IPL, em Leiria, encontro-me a elaborar a Dissertação de Mestrado sob a orientação da Professora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino.

O estudo terá como tema a Preparação do familiar de referência para a 1ª visita na Unidade de Cuidados Intensivos.

No contexto da Investigação é possível verificar um aumento de estudos direcionados para a medicina intensiva, nomeadamente na vertente do doente crítico e sua família. Como tal e pelo referido considero pertinente o desenvolvimento de um trabalho de investigação que vise a família do doente crítico e a forma como a prestação de cuidados de enfermagem pode contribuir para que o internamento em Unidades de Cuidados Intensivos seja vivenciado de maneira diferente.

Por conseguinte e para poder proceder à realização do mesmo venho por este meio solicitar a V.ª Ex.ª a colaboração para que este projeto seja concretizável.

Gostaria de solicitar a sua autorização para a o desenvolvimento do mesmo no seu serviço. Os resultados serão obtidos por meio de aplicação de escalas, cuja autorização para a sua utilização fora igualmente solicitada. Este estudo não terá qualquer custo para a instituição, e o resultado final poderá constituir na elaboração de um plano de acolhimento para o vosso serviço mediante as necessidades verificadas e apresentadas pelos familiares.

Asseguro que os dados fornecidos não serão divulgados a qualquer pessoa ou organização para além de mim e com o objetivo de elaborar este projeto de investigação.

Agradeço desde já toda a disponibilidade, encontrando-me disponível para proceder todos os esclarecimentos necessários.

Com os melhores cumprimentos

Atenciosamente,

Joana Baião
HVFX Disclaimer

De: João Gonçalves Pereira
Enviado: domingo, 27 de Novembro de 2016 20:53
Para: Joana de Moura Mendes Baião
Assunto: Re:

Boa noite

Para a elaboração deste trabalho precisa igualmente da aprovação do mesmo pela comissão de ética do hospital. Para a mesma precisará duma declaração minha que, quando quiser, terei todo o gosto em lhe enviar.

Cumprimentos
João G. Pereira

Enviado do meu iPhone

Declaração

Para efeitos de pedido de aprovação da realização do estudo **Preparação do Familiar de Referência para a Primeira Visita na Unidade de Cuidados Intensivos** se declara que a Enfermeira Joana de Moura Mendes Baião da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Vila Franca de Xira reúne as competências necessárias para a realização do mesmo, quer técnicas quer éticas, com respeito pelos princípios de investigação humana consagrados na Declaração de Helsínquia.

Vila Franca de Xira, 2 de Dezembro de 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'João Gonçalves Pereira', written in a cursive style.

(João Gonçalves Pereira, Coordenador da UCI)

PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO À ENFERMEIRA CHEFE DA UCI DO HFVX

De: Joana de Moura Mendes Baião
Enviado: domingo, 27 de Novembro de 2016 11:14
Para: Paula Miranda
Assunto: Pedido de Autorização

Bom dia Exmª Enfermeira Chefe Paula Miranda

Eu, Joana de Moura Mendes Baião, aluna do Mestrado de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde ESSLei – IPL, em Leiria, encontro-me a elaborar a Dissertação de Mestrado sob a orientação da Professora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino.

O estudo terá como tema a Preparação do familiar de referência para a 1ª visita na Unidade de Cuidados Intensivos.

No contexto da Investigação é possível verificar um aumento de estudos direcionados para a medicina intensiva, nomeadamente na vertente do doente crítico e sua família. Como tal e pelo referido considero pertinente o desenvolvimento de um trabalho de investigação que vise a família do doente crítico e a forma como a prestação de cuidados de enfermagem pode contribuir para que o internamento em Unidades de Cuidados Intensivos seja vivenciado de maneira diferente.

Por conseguinte e para poder proceder à realização do mesmo venho por este meio solicitar a V.ª Ex.ª a colaboração para que este projeto seja concretizável.

Gostaria de solicitar a sua autorização para a o desenvolvimento do mesmo no seu serviço. Os resultados serão obtidos por meio de aplicação de escalas, cuja autorização para a sua utilização fora igualmente solicitada. Este estudo não terá qualquer custo para a instituição, e o resultado final poderá constituir na elaboração de um plano de acolhimento para o vosso serviço mediante as necessidades verificadas e apresentadas pelos familiares.

Asseguro que os dados fornecidos não serão divulgados a qualquer pessoa ou organização para além de mim e com o objetivo de elaborar este projeto de investigação.

Agradeço desde já toda a disponibilidade, encontrando-me disponível para proceder todos os esclarecimentos necessários.

Com os melhores cumprimentos

Atenciosamente,

Joana Baião
HVFX Disclaimer

De: Paula Miranda
Enviado: segunda-feira, 28 de Novembro de 2016 18:04
Para: Joana de Moura Mendes Baião
Assunto: RE: Pedido de Autorização

Boa tarde, Joana
Não vejo qualquer problema em desenvolveres o teu trabalho no nosso serviço.
Será uma mais valia!!
Bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos

Paula Miranda
Enfermeira Gestora, Unidade de Cuidados Intensivos paula.miranda@hvfx.pt
Estrada Nacional nº1, Povos, 2600-009 Vila Franca de Xira
Tel. Geral: 263 006 642 • Fax: 263 006 669 • Extensão Interna: 62070
www.hospitalvilafraancadexira.pt

ANEXO V

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimento Informado

Estudo de investigação “**Preparação do familiar de referência** para a **1ª visita na Unidade de Cuidados Intensivos: necessidades da família**”

Eu (nome completo do familiar) _____
declaro que compreendi a explicação que me fora realizada para a participação do estudo supracitado.

Foi-me explicado que poderei esclarecer questões a qualquer momento e sempre que se justifique.

Tomei conhecimento dos objetivos, métodos e benefícios previstos com a realização do corrente estudo.

Fui informado que tenho o direito a desistir a qualquer momento, da minha participação no estudo, sem qualquer prejuízo para o doente ou seus familiares.

Asseguraram-me que os dados relativos ao meu familiar e a mim serão confidenciais.

Pelo presente, declaro que fui informado sobre a pesquisa e consinto em participar neste estudo através da aplicação da entrevista proposta pelo investigador.

O familiar: _____

O Entrevistador: _____

(Joana de Moura Mendes Baião)