



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

LETÍCIA KARLA FERREIRA GÓES
MARIA SUELEM DOS SANTOS DO MAR

**PERCEPÇÕES DE FAMILIARES ACERCA DA INTERNAÇÃO DO PACIENTE EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CARDIOLÓGICA: estressores e sentimentos**

BELÉM
2019

LETÍCIA KARLA FERREIRA GÓES
MARIA SUELEM DOS SANTOS DO MAR

**PERCEPÇÕES DE FAMILIARES ACERCA DA INTERNAÇÃO DO PACIENTE EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CARDIOLÓGICA: estressores e sentimentos**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção de grau de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a MSc. Cláudia Ribeiro Menezes

BELÉM

2019

LETÍCIA KARLA FERREIRA GÓES
MARIA SUELEM DOS SANTOS DO MAR

**PERCEPÇÕES DE FAMILIARES ACERCA DA INTERNAÇÃO DO PACIENTE EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CARDIOLÓGICA: estressores e sentimentos**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Enfermagem, do Instituto de
Ciências da Saúde, da Universidade Federal do
Pará, como requisito para obtenção de grau de
Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. MSc. Cláudia Ribeiro Menezes – Orientadora – UFPA

Prof.^a. Dra. Fabianne de Jesus Dias de Sousa – UFPA

Prof^a Msc. Lucileia da Silva Pereira – UFPA

APROVADO EM: ____/____/____

CONCEITO: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo dom da vida e pelas bênçãos recebidas do Pai Eterno, que me proporcionou, no decorrer do curso, muita fé, esperança e tranquilidade para que tudo ocorresse sem transtorno e, assim, concluir meu curso.

Agradeço à minha mãe, Severiana Carvalho Ferreira, por ser a melhor pessoa que eu conheço. É uma guerreira, mulher de muita fé e sempre esteve presente nos momentos bons e difíceis na minha jornada da vida, orientando-me com bons conselhos, ajudando-me financeiramente e apoiando duramente meus estudos. Sou grata por tudo.

Agradeço ao meu pai, José Antônio, pelo apoio e incentivo em todas as situações no decorrer do curso.

Agradeço aos meus familiares, em especial tia Raimunda e tia Socorro, pela ajuda e apoio, torcendo sempre pela minha vitória nos estudos.

Agradeço à minha dupla e grande amiga, Maria Suelem, por ser a melhor amiga que a faculdade poderia me dar. Sei que posso sempre contar com sua amizade e parceria para tudo. Obrigada por sempre me ajudar, me acalmar nos meus momentos de crise de produtividade.

Agradeço ao meu G querido e amado por permanecermos juntos até o fim dos estudos, sempre ajudando e apoiando uns aos outros.

Agradeço à Amanda Oliveira, que nos ajudou em todos os momentos de dúvidas e desespero, orientando-nos e encorajando-nos.

Agradeço à nossa orientadora, Cláudia Ribeiro Menezes, por ter aceitado orientar nossa produção acadêmica, tendo paciência em sanar todas as dúvidas e por ser um amor de pessoa.

Agradeço aos meus professores pelos ensinamentos recebidos, os quais enriqueceram os meus conhecimentos, dando-me uma base profissional na área que escolhi.

Agradeço à Universidade Federal do Pará, ao Instituto de Ciências da Saúde e à Faculdade de Enfermagem por me proporcionarem um ambiente acolhedor, de bom aprendizado e lazer.

Agradeço aos meus amigos, parceiros e apoiadores, que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão desse sonho.

Letícia Karla Ferreira Góes

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado saúde e força para lutar pelos meus sonhos e objetivos, e por me ajudar a superar as dificuldades da vida.

À Universidade Federal do Pará, ao Instituto de Ciências da Saúde, à Faculdade de Enfermagem e a todos os profissionais envolvidos no funcionamento dessa instituição.

À nossa orientadora, Cláudia Ribeiro Menezes, pela paciência, compreensão, apoio, pelas correções e por ter aceitado nos orientar.

Aos meus pais, Maria e Estanislau, grandes guerreiros e lutadores. Amo vocês! Especialmente, à minha mãe por ser esse ser humano incrível, que me ensinou muita coisa nessa vida, principalmente a ser grata. Essa vitória é tão minha quanto sua, afinal a senhora sempre foi a minha grande motivação a ir em busca de um futuro melhor, e o meu porto seguro, principalmente nos dias que pensei em desistir.

Aos meus irmãos e irmãs, que de alguma forma me motivaram e me apoiaram, principalmente à minha irmã Simone Santos, obrigada por tudo mana.

À minha segunda família, tia Lourdes, tio Vavá, Denize e Osvaldo, por todo apoio emocional e financeiro, compreensão, zelo e por me acolherem, nos momentos de dificuldades, crises e desesperos; principalmente à Tia Lourdes, por ser a minha segunda mãe, por se dedicar, me apoiar, cuidar de mim e vibrar muito com minhas vitórias; à Denize por ter tido paciência em ouvir todos os meus murmúrios, histórias e alegrias, durante toda a minha jornada acadêmica. Você foi minha terapeuta e amiga. Essa vitória é de todos nós.

À minha amiga e dupla de TCC, Letícia Góes, grande parceira da vida acadêmica e pessoal, muito obrigada por ser essa pessoa maravilhosa, por me aturar e por compartilhar vários momentos da vida comigo.

À minha grande amiga e irmã, Amanda Oliveira, por ter sido minha grande motivadora, confidente, conselheira, a pessoa que segurou a minha mão desde quando entrei na Universidade, obrigada por toda atenção, compreensão, acolhimento, amor e ajuda em todas as horas e momentos.

Aos amigos que conquistei na academia, dividindo experiências e sabedoria, em especial ao meu grupo de prática G1/G4 (Débora, Letícia, Lilia, Paula e Ruan) com vocês aprendi muito, obrigada por todos os risos, parcerias, aprendizagens, estudos na madrugada, passeios, lanches e almoços divididos. A amizade de vocês foi primordial nessa caminhada.

Aos docentes meus sinceros agradecimentos por compartilharem seus conhecimentos, dividirem suas experiências, por nos mostrarem um mundo de conhecimento, principalmente

as professoras, Andressa Parente, Fabianne Sousa, Francilene Belo e Lucileia Pereira, seres humanos incríveis, profissionais comprometidas e competentes, as quais admiro.

Aos familiares que aceitaram participar desta pesquisa, muito obrigada pela contribuição.

A todos os amigos, colegas, conhecidos que de forma direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, meu muito obrigada.

Maria Suelem dos Santos do Mar

“Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos”.
(O Pequeno Príncipe)

*“Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você
conquista”
(Aldo Novak)*

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é destinada à pacientes em estado clínico grave que necessitam de uma assistência de enfermagem qualificada, especializada e constante. A UTI Cardiológica é uma unidade especializada voltada para pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas e outras complicações cardiológicas. Toda internação hospitalar é geradora de uma instabilidade emocional para o paciente e para a família por representar uma experiência difícil que não foi planejada e nem pode ser controlada. O trabalho tem como objetivo conhecer os principais estressores e sentimentos na percepção dos familiares acerca da internação do paciente em UTI cardiológica (UCA). A pesquisa é do tipo descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. Foi utilizada como técnica de coleta a entrevista semiestruturada e como instrumento um roteiro de entrevista, com perguntas sobre a percepção dos familiares de pacientes internados na UCA acerca da internação, os estressores e sentimentos. A amostra por saturação foi constituída por 12 familiares de pacientes internados na UCA da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Belém do Pará, realizada no período de outubro a novembro de 2019. A análise dos dados foi realizada por meio do conteúdo de Bardin. Dessa forma, foi possível elaborar duas categorias: os sentimentos dos familiares envolvidos no processo de hospitalização do paciente; e os estressores ponderados pelos familiares de pacientes internados na UCA. A família é muito importante no processo de hospitalização do paciente na UTI, entretanto, é esquecido em determinados momentos, porque o foco da atenção é o paciente, o que contribui para o aumento da sobrecarga física e emocional dos familiares. A internação de um ente querido na UCA o leva a desenvolver diversos sentimentos frente à hospitalização. Durante o estudo, os principais sentimentos identificados foram tristeza, angústia, abalo, dor e sofrimento. O elevado grau de estresse, angústia e sofrimento, que acometem os entrevistados, são ocasionados por uma gama de estressores, como o paciente estar intubado; sem conseguir falar; sem poder realizar suas necessidades fisiológicas no banheiro; situação do paciente; tempo de internação; e não poder ajudar o ente querido.

Palavras-chave: Enfermagem. Centro de Terapia Intensiva. Família.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is intended for patients in severe clinical condition who require qualified, specialized and constant nursing care. The Cardiac ICU is a specialized unit aimed at patients who suffered acute myocardial infarction, immediate postoperative period of cardiac surgeries and other cardiac complications. Every hospital stay is a generator of emotional instability for the patient and the family because it represents a difficult experience that has not been planned and cannot be controlled. The objective of this work is to know the main stressors and feelings in the perception of family members about the hospitalization of the patient in the cardiac ICU (UCA). The research is descriptive, exploratory, with a qualitative approach. The semi-structured interview was used as a collection technique and as an instrument an interview script, with questions about the perception of family members of patients hospitalized at uca about hospitalization, stressors and feelings. The saturation sample consisted of 12 relatives of patients admitted to the UCA of the Gaspar Vianna Hospital De Clínicas Foundation, Belém do Pará, held from October to November 2019. Data analysis was performed through Bardin's content. Thus, it was possible to elaborate two categories: the feelings of the family members involved in the patient's hospitalization process; and stressors weighted by family members of patients admitted to uca. The family is very important in the process of hospitalization of the patient in the ICU, however, is forgotten at certain times, because the focus of care is the patient, which contributes to the increase in the physical and emotional overload of family members. The hospitalization of a loved one at UCA leads him to develop several feelings in the face of hospitalization. During the study, the main feelings identified were sadness, anguish, concussion, pain and suffering. The high degree of stress, anguish and suffering, which affect the interviewees, are caused by a range of stressors, such as the patient being intubated; unable to speak; without being able to realize your physiological needs in the bathroom; patient situation; length of stay; and not be able to help the loved one.

Key words: Nursing. Intensive Care Center. Family.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	12
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA E QUESTÃO NORTEADORA.....	13
1.3 JUSTIFICATIVA.....	13
1.4 OBJETIVOS.....	15
1.4.1 Objetivo Geral.....	15
1.4.2 Objetivos Específicos	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA.....	16
2.2 A EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CTI.....	17
2.3 O PACIENTE NO CTI.....	19
2.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA (UCO)	20
2.5 FAMÍLIA E HOSPITALIZAÇÃO.....	21
3 METODOLOGIA.....	24
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
3.2 CENÁRIO E PERÍODO DA PESQUISA.....	24
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	25
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	25
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	26
3.6 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	26
3.7 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	26
3.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
3.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4 RESULTADOS.....	29
4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	29

4.2 O SURGIMENTO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	32
4.2.1 Sentimentos dos familiares envolvidos no processo de hospitalização do paciente.....	32
4.2.2 Estressores ponderados pelos familiares de pacientes internados na UCA.....	36
5 CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE.....	50
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	50
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS.....	52
ANEXO.....	54
ANEXO A – COMITÊ CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	54

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o ambiente terapêutico de maior complexidade dentro da unidade hospitalar. Esta unidade é destinada à pacientes em estado clínico grave que necessitam de uma assistência de enfermagem qualificada, especializada e constante. Além disto, faz-se necessário um monitoramento tecnológico 24 (vinte e quatro) horas por dia, o qual visa o restabelecimento do indivíduo à sua condição normal ou, ao menos, a redução do agravo que o levou à internação (FÉLIX *et al.*, 2014; NASCIMENTO; ALVES; MATTOS, 2014).

Além da UTI, tem-se a Unidade Coronariana (UCO), que é uma Unidade de Terapia Intensiva especializada, voltada para pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas e outras complicações cardiológicas. Na UCO os cuidados com os pacientes cardíacos internados destinam-se em detectar complicações decorrentes do quadro clínico e cirúrgico, o restabelecimento hemodinâmico e o favorecimento de sua recuperação, buscando o conforto e segurança dos pacientes (SAIKALI, 2005; NUNES, 2011; CORRÊA, 2017).

A UTI concentra um grande aparato tecnológico, utilizado para realizar intervenções complexas, e isto pode tornar a unidade um local cercado de dor e sofrimento. Com isso, a hospitalização na UTI pode gerar sentimentos peculiares em todos os envolvidos (paciente, família e equipe de saúde), causando medo e angústia, principalmente nos familiares, por representar a necessidade de cuidados complexos resultantes de uma condição de saúde grave (PASSOS *et al.*, 2015; NEVES *et al.*, 2018).

Caracterizada por estabelecer regras rígidas para seu funcionamento, a UTI determina que o paciente deve permanecer sob os cuidados da equipe de saúde de modo contínuo, e sem a presença constante da família. Dessa maneira, atrelado à presença dos instrumentos tecnológicos, alguns aspectos da vida humana cotidiana se desfazem no momento em que o paciente precisa ser internado em uma UTI. Desta forma, a distância pode levar o familiar a desenvolver temor, angústia e insegurança; o ambiente estranho, as rotinas rígidas e altamente particularizadas podem interferir no processo de adaptação da família (LEITE *et al.*, 2015).

A internação do paciente em UTI pode ocasionar agravos à saúde mental do seu familiar, como estresse e ansiedade, uma vez que os familiares permanecem por curtos períodos junto ao enfermo e este fica sob os cuidados contínuos da equipe de saúde. Sendo assim, torna-se de extrema importância que o profissional de Enfermagem compreenda como

o familiar é afetado no aspecto psicológico, para que este profissional se torne melhor preparado para atuar junto à família, acolhendo-a e atentando aos seus medos e angústias, com o objetivo de diminuir os efeitos e transtornos resultantes da internação na UTI (CAMPONOGARA, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Toda internação hospitalar é geradora de uma instabilidade emocional para o paciente e para a família por representar uma experiência difícil que não foi planejada e nem pode ser controlada. Portanto, é importante que os envolvidos compreendam que a UTI é uma etapa essencial para superação da doença e para o avanço terapêutico, mesmo que esta estabeleça uma nova rotina para o paciente ao separá-lo do convívio familiar. A compreensão deste processo e as visitas diárias, podem amenizar o sofrimento da família e proporcionar conforto, independente do prognóstico (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA E QUESTÃO NORTEADORA

A motivação em realizar a pesquisa com os familiares de pacientes internados na UTI se deu a partir das aulas práticas da atividade curricular Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva, vivenciadas durante o 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, ao perceber como a internação do paciente em UTI pode influenciar no desenvolvimento de problemas psicológicos aos seus familiares, uma vez que esse ambiente é altamente estressante para todos os envolvidos e tem rotinas complexas, acarretando em modificações na dinâmica familiar.

A partir do exposto, propõe-se responder à seguinte questão norteadora: Quais os principais estressores e sentimentos dos familiares acerca da internação do paciente em UTI cardíológica?

1.3 JUSTIFICATIVA

O paciente internado na UTI apresenta um quadro de saúde em estado crítico, e necessita de uma assistência médica e de enfermagem qualificada, especializada e ininterrupta, com tratamentos complexos e vigilância 24 horas por dia para garantir um cuidado eficiente. Devido à todas as condições que o paciente se encontra, a internação acaba tornando-se uma experiência traumatizante para o familiar do enfermo, que percebe a UTI como um lugar temido e de alto risco de morte para o paciente, o que muitas vezes não é

verdade. Este, portanto, é o primeiro estressor da família do paciente internado na UTI (SOUZA; DONOSO; BORGES, 2018).

Outro motivo que pode desencadear um agravo na saúde mental do familiar, é o fato dele não poder ficar junto ao paciente durante a hospitalização, dadas as circunstâncias da internação, geralmente ocasionada por doença ou acidente, a instabilidade do paciente, ao ambiente altamente propício à infecção e ao manuseio mínimo àquele paciente. Com isso, o familiar encontra-se emocionalmente desestabilizado, interferindo na sua capacidade de relação com o mundo, enfrentamento da situação e no seu bem-estar.

A falta de informação é outro estressor para o familiar, pois ele não compreende acerca da hospitalização e do paciente internado na UTI. Existe a necessidade de prestar todas as informações, esclarecer as dúvidas relacionadas ao estado de saúde do enfermo e da internação, pois, a angústia que surge da falta de informações prestadas pode ser perturbadora e resultar em dúvidas, preocupação e medo para o familiar. Desta forma, é necessário estabelecer uma comunicação clara que ofereça segurança e conforto para a família, a fim de diminuir o medo e o estresse causados pela falta de informação.

Embora a literatura ainda seja limitada ao abordar sobre a assistência prestada ao familiar do paciente internado na UTI, seus sentimentos e estressores, alguns estudos realizados têm como foco a família e a sua visão acerca da hospitalização e do paciente. Apesar das pesquisas retratarem sobre aquilo que o familiar está passando, faz-se necessário ainda compreender essa temática de formas diferentes, seja o contexto regional, econômico e cultural do país, para aprimoramento dessa experiência (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Com o objetivo de identificar e estratificar os principais fatores estressores para os familiares de pacientes internados na UTI adulto de um hospital escola do Rio Grande do Sul, Barth *et al.* (2016) realizou um estudo transversal descritivo com 69 participantes. Constatou que a principal causa de admissão na UTI foi clínica em 36 (52,2%) casos. Os principais fatores estressores foram a presença do estado de coma ($3,15 \pm 1,23$), o paciente não conseguir falar ($3,15 \pm 1,20$) e o motivo da internação ($3,00 \pm 1,27$). Quando retirados da análise os 27 (39,1%) pacientes em coma, os fatores de maior estresse para os familiares foram o motivo da internação ($2,75 \pm 1,354$), ver o paciente na UTI ($2,51 \pm 1,227$) e o paciente não conseguir falar ($2,50 \pm 1,269$). Logo, os autores concluíram que a dificuldade na comunicação e na relação com o paciente internado na UTI foi apontada como os maiores estressores por seus familiares, com destaque para o estado de coma. Por outro lado, o ambiente, as rotinas de trabalho e a relação entre familiar e equipe da UTI tiveram menor impacto como fatores estressores.

Outros estudos têm como foco o tema de maneira qualitativa, a fim de entender melhor a visão da família a respeito da hospitalização do paciente na UTI. Visando conhecer os sentimentos despertados no familiar em relação ao ambiente e aos profissionais atuantes, Spohr *et al.* (2013), realizou uma pesquisa exploratória descritiva de caráter qualitativo. Segundo os relatos dos entrevistados, identificou que os familiares se mostraram em conflito de sentimentos devido à situação vivenciada, confusos pelo fato de seu familiar estar em uma situação de fragilidade e vulnerabilidade, longe de todos os seus significantes, o que contribui para sentimento de perda, abandono e outro, ou seja, sentem-se impotentes frente à hospitalização do familiar; que a sobrecarga de trabalho da equipe de saúde é um dos fatores responsáveis pela falta de orientação e acompanhamento dos familiares na sala de espera; e que há a falta de acolhimento, comunicação e orientação dos profissionais com a família, resultando em insegurança, dúvidas e desentendimentos.

Ainda, segundo a publicação oficial do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) (SILVA, 2014), em relação à cardiologia, a cada dois minutos uma pessoa morre devido a complicações ocasionadas por problemas cardíacos. Porém, essa não é a realidade apenas do Brasil, no mundo todo as doenças do coração são responsáveis por 30% das mortes. De acordo com as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2040, os óbitos originados por doenças cardiovasculares devem aumentar 250% no Brasil, 210% na China, 170% na Índia e 70% nos Estados Unidos. A preocupante estatística revela o grande desafio para lidar com as consequências de uma vida cada vez mais estressante tanto para o enfermo quanto para a família que o acompanha.

Diante da realidade apresentada, este trabalho torna-se relevante pois, visa mostrar a importância de um acolhimento humanizado, a fim de diminuir os efeitos e transtornos ocasionados, devido ao ambiente hostil e complexo do CTI e o risco iminente de morte. A humanização é um cuidado que deve se fazer presente junto à técnica e ao conforto tanto dos pacientes quanto da família, fazendo-os entender o estado de saúde em que o paciente se encontra, o porquê de ele estar internado e o elevado quantitativo de equipamentos tecnológicos, explicar as intervenções dolorosas realizadas e os agravos que podem ocorrer. Com isso, os profissionais de enfermagem devem contribuir para minimizar os problemas psicológicos, os sentimentos de instabilidade e insegurança decorrentes da internação do paciente.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Conhecer a percepção dos familiares de pacientes internados na UCO acerca dos sentimentos e estressores desencadeados no processo de internação.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos participantes da pesquisa;
- Descrever os sentimentos e estressores dos familiares desencadeados no processo de internação na UCO.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA (CTI)

De acordo com a Resolução de Nº 7 do Ministério da Saúde, o Centro de Terapia Intensiva (CTI) é o ambiente físico no qual estão alocadas mais de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A UTI é classificada como uma unidade de internação especializada para pacientes em estado crítico, nessa unidade é feita a utilização de aparatos tecnológicos, a fim de estabilizar o paciente para que o mesmo possa entrar em um estágio de recuperação e sobrevivência (REZENDE *et al.*, 2014).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), antes conhecida como Unidade de Monitoração, foi criada por Florence Nightingale durante a guerra da Criméia para atender soldados em estado grave. Com o passar dos anos, o desenvolvimento de novas tecnologias e o aperfeiçoamento de recursos, o médico neurocirurgião Walter Edward Dany instaurou um modelo inicial de UTI, em 1923, nos Estados Unidos. Vinte anos depois, em 1950, surgiu o primeiro médico intensivista Peter Safar (GONÇALVES, 2007; FERRARI, 2004; RIBEIRO, 2009; RIBEIRO; SILVA; MIRANDA, 2005).

Segundo os autores Franco (1999), Faquinello e Díóz (2007) e Abrahão (2010), no Brasil, as primeiras UTI's surgiram por volta da década de 1970. Local com infraestrutura, materiais e recursos humanos com a capacidade para atender e cuidar de pacientes com quadros graves e recuperáveis. Em 1971, o hospital Sírio-Libanês, a fim de oferecer um atendimento especializado, inaugurou a primeira UTI contando com dez leitos (HOSPITAL SÍRIOLIBANÊS, 2018).

No atual cenário, as Unidades de Terapia Intensiva são classificadas em quatro diferentes tipos, e a diferença entre os tipos de UTI se dá pela idade do paciente ou pela gravidade de seu quadro. Dentre os tipos de UTI, encontramos: Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A); Unidade de Terapia Intensiva Especializada; Unidade de Terapia Intensiva

Neonatal (UTI-N); Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P); Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTIPm) (BRASIL, 2010).

A Unidade de Terapia Intensiva, por suas características peculiares, é considerada como um cenário assistencial de alto risco. Pode ser ainda, um ambiente em que devido à complexidade das patologias acaba se tornando um setor de emergência, pois os pacientes estão sujeitos a mudanças no seu estado geral nas horas menos esperadas. Os tratamentos e técnicas realizados dentro do CTI são complexos, invasivos e, por muitas vezes, agressivos. Esses tratamentos causam impactos diretos tanto nos que trabalham no local, como enfermeiros e médicos, quanto nas famílias dos pacientes (SANTOS, 2017; URIZZI, 2008; CAMPONOGARA, 2013).

Com a hospitalização em UTI, não só o paciente, mas os familiares também podem desenvolver alterações psicológicas e sociais. Por isso, as UTI's passaram a focar não somente na recuperação do paciente, mais também no seu bem-estar e suas características e necessidades individuais, atuando junto ao paciente e aos familiares a fim de minimizar os efeitos e transtornos decorrentes da internação. Humanizar é cuidar integralmente do paciente, englobando seu contexto familiar e social, respeitando suas necessidades, valores, princípios éticos, morais e as crenças dos pacientes e familiares; é também garantir a qualidade da comunicação entre paciente, família e equipe, mantendo uma escuta ativa para com o outro (KNOBEL, 2006).

2.2 A EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CTI

A enfermagem é a profissão que possui como principais objetivos o cuidar da saúde e o bem-estar do indivíduo, família e comunidade, atua na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, respeitando princípios éticos e legais no cuidar do ser humano. Através do conhecimento científico sobre o corpo humano e seu perfeito funcionamento, realiza a prevenção de agravos e controle dos desequilíbrios orgânicos que afetam a saúde (PIZZOLI, 2005; OLIVEIRA, 2017).

O art. 11 da Lei nº7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, dispõe que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, e cabe privativamente a ele o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, e esses são cuidados evidenciados em UTI (MONTANHOLI *et al.*, 2011).

O enfermeiro tem um papel fundamental no CTI, é ele que executa o primeiro contato com o paciente e sua família no momento da internação, obtendo a história do paciente. É, também, o profissional que acaba desenvolvendo uma maior aproximação com esses clientes e seus familiares, tornando-se envolvidos com os estresses, aspectos emocionais e demais sentimentos manifestados pelos familiares dos enfermos (PEREIRA *et al.*, 2014)

É o profissional que presta os cuidados necessários para a boa recuperação do paciente, também é o responsável em orientar os familiares que aguardam na sala de espera, a respeito do estado de saúde que se encontra o seu ente. Também, escuta o familiar que se encontra apreensivo, ansioso a espera de notícias. Nessa ocasião o enfermeiro deve saber ouvir, transmitir tranquilidade ao familiar, fazer com que ele veja a UTI de outra maneira, como o setor mais apropriado naquele momento e estabelecer o vínculo com essa família, tornando-se a pessoa de confiança para o desabafo (FOLLE, 2013).

A equipe de enfermagem realiza diversas funções no CTI, dentre elas destacam-se: admissão de pacientes; execução de procedimentos e intervenções relativas ao tratamento; avaliação das condições clínicas, realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); funções administrativas que englobam desde a solicitação de medicamentos a farmácia, até a solicitação de almoxarifado; controle da checagem do cardioversor e carrinho de emergência; administração de medicamentos; curativos em feridas operatórias e de cateteres e drenos; aspiração; rotinas relacionadas a oxigenoterapia; controle de diurese, entre outros (MICALLI; LIMA; SOUZA, 2012).

No CTI, diariamente, realiza-se numerosos procedimentos invasivos, dolorosos e traumáticos ao paciente. Para isto, a equipe de enfermagem que atua nesse setor, assim como todos os profissionais integrantes da equipe multidisciplinar, precisam de agilidade e competência para intervir em todas as situações, com precaução nos procedimentos para prestar uma assistência em saúde segura e de qualidade (DECEZARO *et al.*, 2014).

Durante o plantão, a equipe atuante no CTI se mantém atenta o tempo todo, verificando diversos detalhes no paciente, tais como sua posição no leito, medicações, horários, alarmes dos monitores, respiradores, tubos, sinais vitais, volumes administrados e perdidos para a realização do balanço hídrico, entre outros. O enfermeiro também precisa aliar conhecimento técnico-científico, domínio da tecnologia, humanização, individualização do cuidado, além de qualidade na assistência prestada (CAMELO, 2012).

Portanto, o trabalho do enfermeiro no CTI requer habilidade direcionada para gerenciar recursos físicos, materiais e humanos. Ao cuidar de pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva, a equipe de enfermagem se depara frequentemente com a vida e a morte

e, associado às características tecnológicas e científicas, é necessário a priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade (SANTOS, 2017; MARTINS, *et al.*, 2009).

2.3 O PACIENTE NO CTI

Os pacientes internados no CTI estão potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos; às vezes pioram rapidamente e precisam de uma intervenção imediata (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008).

Encontram-se acamados, debilitados, em um ambiente estranho, com pessoas que não conhecem e sem a presença constante da família. Muitas vezes, estão sedados, e mesmo assim podem ouvir. Muitos pacientes estão entubados e a maioria deles necessita de aparelhos especiais. Geralmente estão pesados e edemaciados, quase sempre evacuam no leito, e recebem estímulos externos. Alguns ficam muito tempo na UTI (meses). Ficam desprovidos do contato com o ambiente externo e, dependendo da UTI, ficam isolados no próprio meio de UTI. Muitas vezes, não têm noção do espaço e do tempo, e recebem informações fragmentadas (BACKE, *et al.*, 2012).

A permanência na UTI depende de vários fatores como, por exemplo, a natureza da doença básica e as exigências terapêuticas decorrentes das complicações. É habitual que o tempo de internação no UTI seja curto, com permanências de duração de 1 dia e de 2 a 4 dias; contudo, há internações de 5 a 10 dias (FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012).

Os pacientes da UTI podem apresentar instabilidade grave de um ou mais sistemas fisiológicos ou podem apresentar alto risco de instabilidade. Portanto, os pacientes devem permanecer com acesso venoso, controle de via aérea, monitorização de eletrocardiograma (ECG), previsão para administração imediata de medicações utilizáveis em caso de parada cardiorrespiratória, solicitação de exames, monitoração específica e clínica (FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012).

Devido a internação nesse local, sentem-se impedidos de manter seus hábitos, e sua autonomia fica comprometida, levando-o à incapacidade de tomar decisões, acarretando muitas vezes em sentimentos como: tristeza, angústia e sofrimento. Alguns pacientes internados no CTI, encontram-se lúcidos e acordados, tais fatos podem gerar sinais de estresse social e psicológico, levando até a um comprometimento da sua evolução clínica (SILVA, 2014; SILVA, 2013).

As influências do ambiente, com presença constante de luminosidade e ruídos dos aparelhos, a falta de privacidade, alteração dos ciclos circadianos, procedimentos invasivos,

desconforto e as privações sensório-motoras são fatores geradores de angústias. Além disso, a ruptura ou afastamento dos vínculos afetivos e o medo da morte podem contribuir para um humor ansioso ou depressivo em relação ao adoecer (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008).

2.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA (UCO)

A Unidade de Terapia Intensiva Coronariana ou Unidade Coronariana (UCO) é um espaço de atendimento ao paciente cardíaco com comprometimento cardiovascular. Foi criada através da Portaria nº 2.994 de 13 de dezembro de 2011, no seu artigo 5º (CORRÊA, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Devido ao crescimento significativo de pacientes acometidos com doenças cardiovasculares no país, instituiu-se a UCO na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), que é definida como uma unidade

[...] dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo necessariamente dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, porém localizada em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Silva e Cruz (2008) afirmam que o cuidado de enfermagem na UTI cardíaca é complexo e diversificado. Assim a UTI cardíaca distingue-se como um ambiente definido por uma incessante expectativa de situações de emergência, com pacientes sujeitos a mudanças súbitas no estado geral (CARVALHO *et al.*, 2013).

São admitidos na UCO pacientes com diversas patologias cardiológicas e diferentes níveis quanto ao grau de gravidade, tais como, pacientes clínicos como os acometidos por infarto agudo do miocárdio, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca congestiva, entre outros e também ocorre a internação de pacientes no pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas, como por exemplo, revascularização do miocárdio, troca de válvula, plastia valvular, correção de comunicação interatrial, no pré e pós de procedimentos de estimulação cardíaca artificial (implante de cardioversor desfibrilador implantável (CDI) ou marca passo) e procedimentos hemodinâmicos como cateterismo e angioplastia (NUNES, 2011).

Segundo o COREN do Estado de São Paulo (SILVA, 2014), as funções da equipe de enfermagem nas UTI's cardiológicas são variadas e necessitam de conhecimentos específicos

e uma Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) sólida, mantendo uma vigilância contínua a sinais e sintomas associados às cardiopatias, como dor torácica, hipotensão, hipertensão, bradicardia, taquicardia e arritmia. Por atuarem no epicentro das eclosões cardíacas, os profissionais da saúde são obrigados a se especializarem constantemente nessa área. O enfermeiro precisa estar capacitado para realizar as técnicas de monitorização hemodinâmica não invasiva, minimamente invasiva e invasiva em UTI's e interpretar os dados das variáveis hemodinâmicas obtidas na avaliação clínica do paciente. Deve, ainda, dominar a operacionalização de uma série de equipamentos, como: monitores multiparâmetros, bombas de infusão, geradores de marcapasso, desfibriladores cardíacos, marca-passo transcutâneo, Swan-Ganz e Vigileu. Além disso, são responsáveis por executar procedimentos complexos nos métodos terapêuticos, como nas terapias de substituição renal, e manusear dispositivos empregados para suporte cardiocirculatório e pulmonar. As drogas vasoativas também exigem um preparo técnico da equipe de Enfermagem, pois ajuda na verificação da utilização correta desses medicamentos nas UTI's.

2.5 FAMÍLIA E HOSPITALIZAÇÃO

A família é o primeiro grupo no qual o homem se insere. É a rede social de relações da pessoa, a qual funciona como uma matriz de identidade, dando um sentimento de que pertence a um grupo específico. Fazem parte da estrutura familiar atual indivíduos com consanguinidade ou não e com laços afetivos. Considerando que o paciente é uma continuação da família, e que a mesma tem uma atribuição essencial na recuperação do seu ente querido, faz-se de grande importância atender as necessidades reais dos familiares (BRIGGS, 2007; SOUZA, 2004).

A experiência da internação no Centro de Terapia Intensiva gera nos familiares uma ruptura brusca em seu modo de viver, que afeta sua identidade e autonomia. As famílias dos pacientes em geral estão tensas, inseguras e com medo do desconhecido associado ao ambiente, aos aparelhos e à condição de outros pacientes internados na UTI (BAGGIO *et al.*, 2011; HAYAKAWA *et al.*, 2010).

Em consequência, quando um familiar é hospitalizado instala-se uma crise, sendo capaz de antecipar uma desestruturação familiar. Por isso, na hora da admissão do paciente faz-se indispensável a conscientização da situação real do doente e da necessidade de tratamento ou hospitalização em UTI. O familiar deve ser visto como paciente secundário, porque chega à UTI desconfiado e inseguro frente a realidade vivenciada, logo precisa ter a

oportunidade de falar sobre a doença, seus medos, fantasias sobre a morte e expressar seus sentimentos (SOUZA, 2004).

Portanto, o acolhimento do paciente no setor deve incluir a família, para obter o processo de humanização da assistência de forma integral, minimizando assim o sofrimento do binômio família-paciente, fazendo com que o familiar se sinta satisfeito e a qualidade no serviço dos profissionais seja reconhecida (OLIVEIRA, 2010).

Sabe-se que o CTI é notado por muitas pessoas como o “corredor da morte” e, quando se trata de um familiar internado, essa percepção associada aos sentimentos de medo da morte, angústia e desespero estão sempre presentes. É comum notar entre os familiares as mais diversas reações emocionais frente o período de internação no CTI. O estado emocional da família é fortemente alterado, pelo medo da morte constantemente presente, e ter por perto a situação de doença de um familiar faz com que tenha maior união e companheirismo entre os familiares, em razão de passarem a ter o mesmo objetivo (FERREIRA; MENDES, 2013; NOGACZ; SOUZA, 2004).

Possuir um ente querido internado no CTI gera um alto grau de estresse e ansiedade na família. Eles percebem o ambiente como um espaço ameaçador e agressivo, em razão de ressaltar o risco de morte do paciente, podendo despertar comportamentos e sentimentos, como dúvidas, desamparo, desorganização mental, imobilização frente às decisões inesperadas e outras reações, como depressão ou doenças geradas pelo estresse e pela ansiedade. Para tanto, o familiar deve ser visto como paciente secundário (BARTH, 2016; PRATES *et al.*, 2010).

De acordo com Alfeheim (2019), os familiares de pacientes internados em UTI desenvolvem sintomas de estresse pós-traumático durante o período inicial da internação e correm sério risco de desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático. Neste estudo, também fica clara a relação destes sintomas com fatores como: grau de parentesco do familiar com o paciente; idade; circunstância de emprego; e nível de esperança. Além disto, a pesquisa mostra que existe uma redução dos sintomas nos 6 meses seguintes após a alta do paciente, indicando que os sintomas estão intimamente relacionados com a rotina das UTI's. Um outro ponto importante está na relação empática dos profissionais da saúde com estes familiares, uma vez que o incentivo destes profissionais eleva a esperança e o bom ânimo do familiar, e isto influencia diretamente na redução dos níveis de estresse.

De forma geral, a família sofre impacto a partir do momento da hospitalização de seu ente querido, seja este último idoso, adulto ou criança. O sofrimento psicológico se mostra mais intenso em familiares de pacientes internados nas unidades de terapia intensiva.

Diversos recursos e estratégias podem ser utilizados, pela equipe de enfermagem, para amenizar o sofrimento destes familiares como por exemplo: incluir o familiar em grupos de terapia; atender atenciosamente as necessidades e demandas dos familiares; estabelecer diálogo com o familiar de forma a transmitir informações a ele, além de criar espaço para acolhê-lo por meio de contato empático (AZEVEDO; CREPALDI; MORE, 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Já a pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, ainda segundo Gil (2008, p. 27-28), esse tipo de abordagem deve ser utilizado a partir de dados subjetivos, proporcionando maior entendimento e aproximação do fenômeno estudado.

3.2 CENÁRIO E PERÍODO DA PESQUISA

O cenário escolhido foi a sala de espera da Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica (UCA) do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (HCGV), que é referência em assistência hospitalar de média e alta complexidade em psiquiatria, cardiologia e nefrologia, localizado na região metropolitana de Belém, no Estado do Pará. A sala de espera é confortável e adequada para os familiares que aguardam a visita, porém só é permitida a entrada na hora exata da mesma, antes disso eles devem aguardar na portaria do hospital e em pé. A pesquisa foi desenvolvida no período de outubro a novembro de 2019.

O processo de internação na Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica (UCA) do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (HCGV) se dá através de cirurgias eletivas e de emergência. O hospital disponibiliza o serviço de emergência 24 horas para atendimento a pacientes em situação de emergência cardiológica. É o único hospital referência que possui o serviço de emergência cardiológica do SUS em Belém, o qual recebe pacientes de todo o Estado do Pará.

A UCA conta com 10 leitos distribuídos uniformemente, sendo 1 boxe de isolamento separado por paredes e o restante separado somente por cortinas, destinada a atender pacientes adultos com problemas cardíacos, clínicos e cirúrgicos, com média de ocupação de 96,33%. O perfil dos pacientes é de cardiopatas, hipertensos, diabéticos e tabagistas.

Os profissionais atuantes na UCA são: enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, médico, residentes e auxiliar administrativo. Estes trabalham durante os 3 turnos, com exceção do auxiliar administrativo que não trabalha no período noturno. A

jornada de trabalho é de 6 horas para o turno da manhã e da tarde, e de 12 horas para o turno da noite, com 2 horas de intervalo.

A visita na unidade, acontece em três turnos: durante a manhã, o paciente tem direito a receber 2 visitantes no horário de 10 às 11 horas, após a visita é dado o boletim médico para os familiares; a tarde, o paciente recebe 1 visitante no horário de 16 às 17 horas; e a noite, recebe 1 visitante das 20 às 21 horas, com exceção das quintas-feiras. A unidade conta também, com visita estendida, podendo ser solicitada por qualquer pessoa, mas geralmente é dada para o paciente idoso, criança e para aqueles cujo os familiares residem longe da cidade de Belém.

A Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico assegura, no mínimo, três visitas diárias programadas dos familiares. Segundo Souza, Danoso e Borges (2019), a complexidade da UTI inviabiliza a permanência constante do familiar, restringindo-o aos horários de visitas determinadas.

A inserção dos familiares como sujeitos do cuidado em saúde e a identificação de suas necessidades de conforto não são tarefas fáceis, pois a relação entre os profissionais e os familiares é distante devido às normas rígidas da UTI. Além disso, há uma grande sobrecarga de trabalho, com isso, a equipe acredita que a presença constante dos familiares nesse ambiente dificulta seus afazeres (VALENTE *et al.*, 2017).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado com os familiares dos pacientes internados na UCA do HCGV. As visitas de familiares nesta UTI são realizadas 3 vezes ao dia, nos turnos manhã, tarde e noite. O fechamento amostral se deu por saturação, que, de acordo com Ribeiro; Souza e Lobão (2018), trata-se de uma ferramenta conceitual empregada em pesquisas qualitativas, a qual busca estabelecer ou fechar uma amostra de um determinado estudo através de interrupção de captação de novos componentes, sem equívocos e sem prejuízos. É frequentemente usada em várias áreas da saúde que tenha o objetivo final de fomentar uma teoria derivada qualitativamente. Através dessa ferramenta se estabelece ou fecha o tamanho de uma amostra em estudo, no ponto em que não surgem informações novas, temas ou categorias, terminando desta forma o ciclo de recolha e análise dos dados.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Familiares de primeiro grau (pais, irmãos e filhos) e cônjuges de pacientes internados na UCA por tempo superior ou igual a 48 horas, independente do gênero, causa de internação e situação de gravidade da doença e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Familiares de pacientes com tempo inferior a 48 horas de internação na UCA; mais de um familiar do mesmo paciente; com menos de 18 anos de idade e os que desistiram de participar da pesquisa no decorrer da coleta de dados.

3.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de forma individual, as falas foram gravadas em dispositivo móvel, para evitar viés de memória, permitindo o (a) entrevistado (a) discorrer sobre o assunto sem tempo pré-determinado para as respostas. Com a finalidade de resguardar o anonimato dos participantes, as falas foram identificadas por códigos alfanuméricos, onde “F”, significa familiar, seguido do número na ordem que estes são entrevistados.

Foi utilizada como técnica de coleta a entrevista semiestruturada e como instrumento um roteiro de entrevista, com 12 perguntas elaboradas pelos pesquisadores (Apêndice B), estruturadas em duas partes.

A primeira parte consta os dados de caracterização dos participantes, e a segunda parte consta as perguntas em relação a percepção dos familiares de pacientes internados na UCA acerca da internação, os estressores e sentimentos. Ressalta-se que a entrevista semiestruturada é uma técnica de coleta de dados com eficácia para obtenção de informações acerca de questões não objetivas, abrangendo o assunto de forma mais flexível, aprofundada e direcionada, evitando que o entrevistado fuja do assunto (COLOMBO; AROCA; SILVA, 2016).

3.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Foi enviada uma cópia do projeto de pesquisa para a instituição junto com a solicitação, o que tornou possível. Após o parecer da direção e de posse da carta de aceite, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Somente após a apreciação e aprovação do CEP, a pesquisa foi

realizada na vigência de prévia orientação, leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes da pesquisa.

Foi realizado um contato pessoal com os possíveis participantes da pesquisa, nas dependências da instituição hospitalar. Estes foram convidados a reunir-se com as pesquisadoras de forma que não viesse a interferir na visitação de seus entes familiares internados, assim como na rotina da instituição e assistencial da UCA. Neste momento, foram explicados os objetivos da pesquisa, direitos, forma de participação e detalhes da pesquisa com leitura e assinatura do TCLE, de acordo com a disponibilidade de cada participante, proporcionando maior conforto e privacidade sem que houvesse interferências em suas atividades, atendendo as Resoluções nº 466/12, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre pesquisas com seres humanos.

Reiteramos que a pesquisa foi realizada na própria sala de espera e no corredor ao lado do hall de entrada da UTI cardiológica, de forma a promover maior conforto, silêncio e privacidade aos participantes da pesquisa. As entrevistas ocorreram em três horários diferentes, destinados para visita aos pacientes da UCA (10:00 às 11:00, 16:30 às 17:30 e 20:00 às 20:30). A maioria das entrevistas ocorreu durante o turno da manhã, devido ao maior fluxo de visitantes, durando em média 7 minutos, sendo a menor e a maior, 4 minutos e 44 segundos e 12 minutos e 53 segundos, respectivamente.

3.7 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo de Bardin (2016) que procura conhecer o que está por trás das palavras, oscilando entre a objetividade e a subjetividade, enfatizando a verificação das falas ou escrita, assim como a interpretação do pesquisador, trazendo real importância ao que o conteúdo poderá ensinar após ser trabalhado; tal estratégia propõe durante uma pesquisa utilizar da categorização das falas com a finalidade de alcançar com clareza os objetivos propostos.

A partir da coleta dos dados, foi analisado o conteúdo. A análise foi realizada em três momentos:

O primeiro momento foi a pré-análise, no qual consistiu nas seguintes atividades: transcrição das entrevistas na íntegra, mantidas em linguagem própria dos sujeitos, incluindo o tempo de pausa, de silêncio, aspectos comportamentais e manifestações corporais demonstradas pelos entrevistados e sistematização de ideias (BARDIN, 2016).

O segundo momento foi a exploração do material, que é a análise de codificação, decomposição ou enumeração, em função das regras previamente formuladas. Nessa etapa, foi feita uma leitura ampliada das entrevistas e os elementos-chave foram analisados profundamente (BARDIN, 2016; MINAYO, 2016).

Por último, foi desenvolvido o tratamento dos resultados, inferência e a interpretação. Sendo realizada através da seleção das falas ou escrita dos sujeitos. Os resultados foram analisados e divididos por categorias temáticas (BARDIN, 2016).

Gráfico 1 – As três fases da análise de conteúdo



Fonte: Autores (2019)

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho obedeceu às Resoluções nº 466/12, 510/16 e 580/18 do CNS/Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e foi aprovado no Comitê de Ética da FHCGV sob o parecer Nº 3.588.694. A participação da pesquisa ocorreu de forma esclarecida, voluntária e autorizada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os participantes foram informados e esclarecidos sobre o que é a pesquisa, os objetivos, a duração do envolvimento, os riscos e benefícios, confidencialmente, voluntariedade na aceitação e possibilidade de abandono sem restrições ou consequências. Para garantir o sigilo, durante todo o processo, os dados dos voluntários foram preservados e manuseados somente pelos integrantes do projeto. O material coletado será arquivado por cinco anos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra da pesquisa foi constituída por 12 participantes. Ao analisar a tabela 1, observa-se que, em sua maioria, os familiares são mulheres (75%), com idade entre 30 e 49 anos (66,6%). No estudo de Reis e Branco (2018), realizado no CTI de um hospital da mesma cidade no ano de 2017, houve predomínio do sexo feminino (60%), com amostra de 20 participantes, corroborando com o resultado encontrado neste estudo. Segundo Chaves *et al.* (2015), a mulher recebe o papel de cuidadora da família, provavelmente devido às normas culturais e sociais, de maneira que as mulheres são responsabilizadas pelo cuidado aos adoecidos do núcleo familiar.

Com relação ao grau de parentesco, a maioria dos familiares são filhos (as) dos pacientes (58,3%). Vale ressaltar que a pesquisa de Barth *et al.* (2016), demonstrou que 42% dos entrevistados também eram filhos (as) dos pacientes internados, resultado semelhante a presente pesquisa.

Em relação ao estado civil dos participantes desta entrevista, a maioria declara-se casado (a) (50%). Na pesquisa de Midega, Oliveira e Fumis (2019), realizada com 35 familiares, o estado civil da maioria dos familiares era casado (a), 21 (60%); os outros eram solteiros (as), 10 (28,6%); viúvos (as), 3 (8,6%); e divorciado (a), 1 (2,9%).

Quanto à religião, a maioria dos entrevistados desta pesquisa, 8 (66,6%), se considera católica; e o grau de escolaridade da maioria é o ensino superior e/ou médio completo (50%). Na pesquisa de Midega, Oliveira e Fumis (2019), a religião predominante também foi a católica, (57,3%), porém a maioria dos familiares possuía ensino fundamental, (37,1%), resultado diferente ao do presente estudo.

Tabela 1 – Caracterização dos familiares de pacientes internados na UCA de um hospital localizado em Belém do Pará, 2019.

	N	%
Total de indivíduos	12	100
Gênero		
Feminino	9	75
Masculino	3	25
Idade		

30 – 39 anos	4	33,3
40 – 49 anos	4	33,3
50 – 59 anos	1	8,3
60 – 69 anos	2	16,6
70 – 79 anos	1	8,3
Grau de parentesco		
Pai/mãe	1	8,3
Filho (a)	7	58,3
Irmão (a)	1	8,3
Cônjuges	3	25
Estado civil		
Solteiro (a)	5	41,6
Casado (a)	6	50
União estável	0	0
Divorciado (a)	0	0
Separado (a)	0	0
Viúvo (a)	1	8,3
Religião		
Católico (a)	8	66,6
Evangélico (a)	3	25
Adventista do 7º dia	1	8,3
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	2	16,6
Ensino fundamental completo	1	8,3
Ensino médio incompleto	0	0
Ensino médio completo	3	25
Ensino superior incompleto	3	25
Ensino superior completo	3	25

Fonte: Autores (2019)

Faz-se necessário, ainda, caracterizar os pacientes, dado que tais questões interferem diretamente na vivência dos familiares frente a internação. Em relação aos 12 pacientes dos

familiares entrevistados, a média de idade foi de 65 anos, sendo a menor idade de 49 anos e a maior idade de 74 anos, com prevalência do sexo masculino (58,3%). A média de internação para os pacientes da UCA na FHCGV foi de 23 dias, cujo menor período foi de 05 dias e o maior período, registrado até a finalização deste trabalho, foi de 102 dias, visto que a paciente ainda se encontra internada até o presente momento. Na pesquisa de Freitas *et al.* (2019), observa-se uma média de permanência inferior, correspondente a 10 dias.

Quanto aos motivos para a internação do paciente, a maioria foi pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio (4 casos) e infarto agudo do miocárdio multiarterial (3 casos). Vale ressaltar que, dos 12 pacientes, 2 deles tiveram mais de um motivo para a hospitalização na UCA, sendo assim, foram identificados outros 7 motivos listados na Tabela 2 abaixo:

Tabela 2: Os principais motivos de internação dos pacientes na UCA.

Motivo da internação	Nº de casos
Infarto agudo do miocárdio multiarterial	3
Pré-operatório de troca de valva mitral	1
Pós-operatório imediato de retroca de valva aórtica	1
Pós-operatório imediato de troca de valva aórtica	1
Pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio	4
Pós-operatório imediato de toracostomia	1
Pós angioplastia transluminal coronariana	1
Choque séptico	1
Insuficiência cardíaca congênita	1

Fonte: Autores(2019)

O paciente com problemas cardíológicos se sente inseguro sobre o futuro e tem medo da morte a qualquer momento, pois se depara com diagnóstico envolvendo um órgão muito importante, o coração. A forma que ele irá lidar com a notícia pode interferir no tratamento da doença e adaptação aos novos hábitos de vida e isto pode influenciar diretamente na recuperação do paciente e consequentemente no tempo de internação. Por isso, é importante uma atenção multiprofissional ao paciente submetido a procedimentos intervencionistas em cardiologia, esclarecendo todas as suas dúvidas e questionamentos. Com isso há uma redução do estresse emocional e aumento da sua expectativa sobre sucesso ao tratamento (MEMBRIVE *et al.*, 2017).

4.2 O SURGIMENTO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Ao finalizar a coleta de dados e após análise das informações do material, foi possível elaborar duas categorias: a primeira aborda os sentimentos dos familiares envolvidos no processo de hospitalização do paciente, e a segunda discorre acerca dos estressores ponderados pelos familiares de pacientes internados na UCA.

4.2.1 Sentimentos dos familiares envolvidos no processo de hospitalização do paciente

A família é muito importante no processo de hospitalização do paciente na UTI, pois é quem proporciona o maior suporte psicossocial ao acolher seu parente frente às dificuldades adversas. Entretanto, o familiar é esquecido em determinados momentos, porque o foco da atenção é o paciente, o que contribui para o aumento da sobrecarga física e emocional dos familiares (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

O adoecimento de um membro da composição familiar, causa instabilidade na família, gerando transtornos, sofrimento, instabilidade emocional e situação de estresse, não somente para o doente, mas para todos os membros da família (MOERSCHBERGER *et al.*, 2011). Durante a internação, são vários os sentimentos que persistem e comprometem o potencial terapêutico da família. O familiar experimenta sentimentos como desamparo, solidão, comoção, vulnerabilidade e desespero (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Para os familiares, o enfrentamento frente a hospitalização pode ser difícil e doloroso. A mudança de rotina e a separação de um membro familiar, contribuem significativamente para o aumento do estresse nos familiares de pacientes (NASCIMENTO *et al.*, 2015). Segundo Vasconcelos *et al.* (2016), entender a Unidade de Terapia Intensiva é primordial

tanto para o paciente, quanto para a sua família, em razão de colaborar com o processo de superação da doença e do estigma criado pela sociedade com relação a UTI.

Os familiares de pacientes, normalmente, possuem uma visão comum de que a UTI seja um local de sofrimento e dor contínuos, um ambiente frio e impessoal, cheio de aparelhos barulhentos, comunicação impossibilitada, isolamento e solidão, além de ser considerada pelo senso comum como um local de morte iminente (FOLLE; PAGANINI, 2014). A internação de um ente querido na UCA acarreta várias alterações emocionais e sociais, levando-o a desenvolver diversos sentimentos frente à hospitalização. Diante do exposto, durante as entrevistas, os familiares citaram sentimentos como tristeza, angústia, dor, sofrimento, nervosismo e ansiedade por exemplo, como podemos observar nas seguintes falas:

“Tristeza, angústia, dor, sofrimento” (F1)

“Muito choro, muita tristeza, mas nunca perder a fé (...)” (F3)

“A gente fica triste, fica abalado. Já saí daqui várias vezes chorando” (F5)

“A princípio foi de nervosismo, agora estou bem mais calma, acho que a energia com seus familiares conforta muito” (F9)

“A gente fica ansiosa, angustiada. É um sentimento muito ruim (...) (F12)

Conforme observado nas entrevistas, para os familiares, o estado físico e clínico do paciente, a situação de incerteza, a possibilidade constante de agravos clínicos e a distância do parente, ocasionam choque, além dos sentimentos de angústia e tristeza para a família. Podemos observar isto de acordo com o que é analisado nas seguintes falas:

“(...) logo após a cirurgia ela entrou em coma e houve muitas complicações, então os 8 dias após a cirurgia foram muito complicados (...) nós ficamos chocados de ver ela naquela situação (...)” F4

“(...) dá um incômodo ver ele inchado devido estar deitado por muito tempo, isso dá uma angústia” (F12)

“É angustiante saber que meu familiar (...) está lá dentro e a gente nunca sabe o que pode acontecer, principalmente antes da cirurgia (...)” (F8)

Sobre o processo de hospitalização na UTI, Almeida *et al.* (2009) refere em seu estudo que o sentimento de tristeza é muito presente nos membros da composição familiar. A notícia da internação na UTI, distância do parente, impossibilidade em ajudar diretamente, incertezas frente ao tratamento, para alguns a possibilidade de morte de seu familiar, o curto tempo de visita e observação de situações que causam sofrimento ao parente, como uso de tubos, sondas e cateteres, causa inúmeros sofrimentos ao familiar.

Ao responderem sobre a visão deles acerca do ambiente hospitalar da UTI, alguns familiares relataram sentir tristeza e choque ao ver aquele ambiente, antes desconhecido pela maioria dos entrevistados.

“Muito triste. A gente vem porque precisa vir visitar o familiar, mas não é um ambiente que causa um bem-estar para a gente, sempre causa impacto, dor, angústia, tristeza, sofrimento” (F1)

“Eu não gosto de lá, eu acho um ambiente triste. É bom para quem está lá, que eles têm um suporte pra tudo, mas eu quero que ela saia logo de lá” (F2)

“Choque. Nunca tinha entrado numa UTI, um sentimento de choque, uma conexão totalmente diferente, algo inexplicável, sinceramente. Sensação de choque” (F5)

O fato de uma pessoa se hospitalizar já causa impacto para quem vivencia tal momento, seja o próprio doente ou a sua família. A hospitalização causa choque, tristeza e desânimo. Especialmente quando se trata de internação na UTI, pois normalmente é um evento inesperado, que acarreta em mudanças no cotidiano da família. O impacto pode ser observado no momento em que os familiares se deparam com o ambiente hospitalar da UTI, com

inúmeros equipamentos tecnológicos sofisticados, alarmes sonoros e luminosos nas cabeceiras dos leitos, pessoas desconhecidas e adversidades a enfrentar (SANTOS *et al.*, 2015).

Os familiares ficam em elevado grau de sofrimento e angústia por não terem informações constantes do estado de saúde do paciente e, também, por não poderem estar ao lado do paciente 24 horas do dia. Eles só recebem as informações sobre o paciente no período da manhã, que é quando informam o boletim médico, e a ausência do paciente em casa também causa uma grande instabilidade emocional e social, como citado nas seguintes falas:

“É uma tristeza para mim, porque eu não sei o que acontece toda noite quando vou embora, só sei que eu tenho que chegar em casa, tomar meu banho, jantar e dormir, para me preparar para mais um dia de luta” (F3)

“É triste, porque a gente sente falta dele, de estar junto dele, ele também sente falta da gente, aí a gente queria poder estar assim sempre com ele, quando a gente não vem a gente fica muito triste, abalado mesmo” (F5)

“A gente fica numa angústia de querer saber como ela está, mas é o melhor pra ela no momento, porque a gente no momento não pode fazer o que eles estão fazendo por ela (...)” (F7)

“Não poder ficar com ele é um pouco angustiante, mas necessário” (F9)

Ao analisar o material, percebeu-se a forte presença da espiritualidade, fé e esperança nas falas de alguns participantes. Observou-se o quanto alguns familiares se apegam à espiritualidade como forma de encontrar força para enfrentar a situação junto ao ente querido. Segundo Vale e Líbero (2017), ninguém está preparado para o adoecimento e, ao se deparar com essa situação, o emocional do familiar acaba desestruturado devido ao grande estresse e medo. É nessa situação que a importância da espiritualidade fica evidente, como observa-se a seguir:

“Muito choro, muita tristeza, mas nunca perder a fé, sempre ter esperança todo dia e cada dia que vem é sempre um novo dia” (F3).

“(...) tenho fé que que ela vai sair dessa, que quando a gente menos esperar ela vai pra enfermaria” (F7)

“(...) é um sentimento muito ruim, mas se não fosse a fé em Deus, que nos ajuda muito, a gente não ia resistir, mas Deus nos dar força” (F12).

Para aliviar esse momento, o familiar se apegua a espiritualidade, apoiando-se em Deus para suportar as aflições (NASCIMENTO *et al.*, 2015). Ainda segundo Vale e Líbero (2017), com a espiritualidade, o familiar tem um sentimento maior de esperança e confiança, com isso, ele ajuda o paciente no tratamento da enfermidade, pois há uma luta maior pela sobrevivência e pelo retorno à vida social.

4.2.2 Estressores ponderados pelos familiares de pacientes internados na UCA

A pesquisa realizada por Barth *et al.* (2016), identificou que os familiares relataram como principais estressores: paciente em coma; sem conseguir falar; motivo da internação; ver o paciente na UTI; amarrado a tubo; amarrado/contido; tempo de internação e paciente descoberto, todos relacionados ao ente querido internado. Além disso, percebeu-se outros principais estressores: relacionados a visita, como o horário de visita e não ter acompanhante; ao ambiente, como os aparelhos ao redor do paciente; e à equipe, como o fato de não conhecer os profissionais.

Já no presente estudo, os principais estressores identificados foram: paciente intubado; sem conseguir falar; sem poder realizar suas necessidades fisiológicas no banheiro; situação do paciente; tempo de internação; e não poder ajudar o ente querido.

Estresse e aflição são vivenciados diariamente pelos familiares dos pacientes internados na UCA, tais estressores podem estar relacionados aos procedimentos que seu parente foi submetido no decorrer da internação. Um procedimento causador de estresse e aflição, segundo os entrevistados, é o fato de seu familiar encontrar-se intubado. Atrelado a isso, também está o fato do seu familiar não conseguir falar, uma vez que o paciente intubado não consegue se manifestar verbalmente. Como podemos observar nas falas a seguir:

“(...) eu sei que ela quer falar e não pode porque está com o tubo, aí a gente se estressa. Não vou dizer que eu não me estresso, porque eu me estresso sim, mas eu não passo nada disso para ela (...)” (F2)

“(...) aí tem uma sonda nasogástrica, um tubo orotraqueal, tem tudo isso, aí eu me sinto agoniado (...)” (F3)

“(...) ela estava toda intubada e ela queria falar e não podia, isso me deixou muito aflita (...)” (F7)

“Aquele tubo que fica na boca, quando ele estava com o tubo eu não entrava (...)” (F12)

Na UTI, o paciente é monitorado continuamente por aparelhos sofisticados, passa por procedimentos invasivos que utilizam fios e tubos pelo corpo. Com isto, as relações humanas são afetadas em detrimento da tecnologia avançada, uma vez que os profissionais da saúde atuantes na UTI percebem o paciente diretamente através de monitores. Isso acarreta sentimento de angústia ao familiar, que se sente incapaz por não poder ajudá-lo e se encontra na incerteza do que pode vir a acontecer nos próximos dias com o ente hospitalizado (SOUZA; DONOSO; BORGES, 2018).

Além disso, os familiares se defrontam com um ambiente novo, com profissionais trabalhando constantemente, às vezes em ritmo acelerado, o que pode gerar despreocupação ou temor, dependendo do nível de esclarecimento e maturidade emocional (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Os familiares dos pacientes em pré-operatório na UCA relataram durante a entrevista sentirem-se incomodados com o fato de seu familiar não poder realizar suas necessidades fisiológicas no banheiro, e sim no leito. Um familiar disse não entender o motivo pelo qual o paciente, que tem condições físicas de levantar-se e caminhar, não pode sair do leito nem mesmo para realizar as suas necessidades fisiológicas no banheiro. Tal situação causa constrangimento ao doente e a sua família, gerando estresse ao familiar e ao próprio paciente. Podemos observar essas afirmações nas falas dos entrevistados a seguir:

“Quando ele faz as necessidades fisiológicas, porque só fecha aquela cortina, com isso ele fica um pouco constrangido” (F9)

“(...) eu só queria saber porque ele não pode levantar nem pra ir no banheiro (...) porque se ele está bem, porque não pode levantar nem pra ir no banheiro fazer cocô e xixi, é tudo na cama?!” (F10)

Apesar dos entrevistados elogiarem a assistência prestada a eles e ao seu familiar, ficou evidente nessas falas que ainda existe uma falha na comunicação entre equipe-familiar e equipe-paciente. A comunicação no ambiente hospitalar contribui principalmente com um atendimento mais humanizado. Manter os familiares informados sobre os procedimentos que estão sendo realizados e o porquê de tais procedimentos, o porquê é necessário adotar certas medidas dentro da UCA, é de extrema importância para que esse familiar esteja esclarecido, além de contribuir para a sua saúde mental.

Silveira (2016), declara que a humanização em saúde busca uma assistência à saúde que valorize a vida humana, no entanto, mesmo os hospitais adotando a Política Nacional de Humanização (PNH) no Sistema Único de Saúde (SUS), não garante que a mesma ocorra na relação com usuários, familiares, e no processo de trabalho.

Os familiares também consideram como fator estressor o tempo de internação na UCA, já que implica no aumento do sofrimento do paciente, pois fica debilitado e abalado psicologicamente, e isso transfere para a família um sofrimento devido às consequências da internação.

“(...) os dias que ele fica também, demora muito tempo, aí a pessoa vai ficando debilitada e vai ficando estressada, com o seu psicológico muito abalado” (F1)

“(...) o fato dela ficar muito tempo aqui e não está conseguindo se recuperar” (F3)

Evidenciou-se a situação do paciente como um fator estressor, o mesmo tem uma mudança abrupta no seu estilo de vida, quebra da sua rotina, alterações físicas desencadeadas pela internação, o que deixa o familiar incomodado e entristecido ao visitar o ente. Observa-se as seguintes falas:

“Ver a situação dele. Pra quem conheceu meu pai, aquele homem trabalhador, carpinteiro, e ver ele na situação que ele está, que não consegue nem ficar em pé que dá aquela canseira, acabado, magrinho, fala bem pouquinho, não fala muito porque ele cansa (...)” (F5)

“(...) dá um incômodo ver ele inchado devido estar deitado por muito tempo, isso dá uma angústia” (F12)

Outro estressor identificado no estudo é o familiar não poder ajudar o enfermo frente às dificuldades enfrentadas por ele durante a internação.

“O fato dela querer se mexer, porque agora que ela acordou, ela quer se mexer e não pode, aí eu me estresso porque eu quero ajudar e não pode (...)” (F2)

“De vê-la contida, querer desamarrá-la e não poder (...)” (F3)

Outros estressores citados, como a quantidade de pessoas que entra durante a visita e o fato do familiar ter que viajar para visitar o paciente, foram elementos geradores de menor estresse nesta pesquisa.

“(...) tem coisas que, para nós que vem de fora, são complicadas. Tipo, de tarde é só uma visita, nem sempre entram duas pessoas, nós entramos porque é muita gente, então eu acho que tem que ter uma atenção melhor nesse ponto, porque você já está com um parente internado, e tem gente que vem, eu pelo menos, passo o dia, não fico a noite porque é longe” (F2)

“Pra mim seria melhor se eu pudesse ficar ou se alguém pudesse ficar com ele (...) aí agora eu não posso nem ir pra casa porque eu moro distante, pra ficar lá sem saber notícias é difícil né, então já faz um

bom tempo que ele está aqui, é desconfortável, por isso, porque pra estar vindo de lá pra cá e daqui pra lá é muita despesa e nós somos pobres, o desconforto é esse” (F10)

Além disso, alguns familiares também consideram que apenas o fato de seu familiar ser admitido em uma UTI já é uma situação causadora de estresse, pois o paciente fica restrito àquele ambiente, com pessoas em estado de saúde grave, observando eventos inesperados e angustiantes. Como pode-se observar na seguinte fala:

“Acho que só pelo fato dele estar na UTI já causa um estresse, ficar restrito ao leito, com mais pessoas passando mal, às vezes ver pessoas morrerem, isso causa um abalo psicológico muito grande (...)” (F1)

A admissão em uma unidade de terapia intensiva é um acontecimento estressante para os familiares e para o paciente, tal internação é determinada como uma situação tensa, fisiológica e/ou psicológica, sendo capaz de afetar as pessoas em todos as suas particularidades (COSTA *et al.*, 2010).

A hospitalização na UTI é um dos principais motivos geradores de estresse. Em sua pesquisa, Zanetti e Graube (2017) identificaram que o estresse prolongado vivenciado pelos entrevistados desencadeou vários sintomas psíquicos e fisiológicos, além de contribuir para o surgimento de doenças como depressão e ansiedade.

A internação na UCA é considerada por muitos entrevistados como uma situação estressante, e também é responsável em provocar diversas alterações psicossociais nos pacientes e principalmente nos seus familiares; ainda assim, foi possível identificar em nosso estudo que alguns familiares não identificaram nenhum estressor dentro da UCA. Segundo alguns familiares, a UCA é um local muito importante para a melhora da saúde de seu familiar, além de compreenderem a necessidade de internação na UCA como ambiente de recuperação e se sentirem seguros e confiantes na equipe que trabalha nesse setor. Tais afirmações podem ser vistas através das falas a seguir:

“Estresse mesmo eu não tive” (F8)

“Nenhum. Essas situações são de um momento que eu espero que recupere logo e saia, porque sei que tem profissionais cuidando dele”
(F11)

Algumas pessoas ainda veem a UTI como local destinado à morte, pouco acolhedor e que causa sofrimento, isso se deve ao desconhecimento das pessoas em relação ao ambiente hospitalar da UTI. Entretanto, há quem tenha uma visão diferenciada e a considere um local de cuidado constante e recuperação, e não de morte iminente (FREITAS *et al.*, 2019).

No estudo de Valente *et al.* (2017), evidenciou-se que os familiares se sentiam mais confortáveis ao compreenderem a capacidade técnico-científica e o relacionamento interpessoal da equipe profissional, a oportunidade de apoio e esperança de recuperação do parente internado.

Políticas públicas, como por exemplo a PNH, vieram para ampliar a perspectiva dos cuidados de saúde e de enfermagem na família, e não somente ao indivíduo enfermo. No entanto, ainda há uma superioridade do atendimento focado no modelo biomédico, direcionado para a particularidade de um indivíduo e voltado ao corpo e à doença (TOMÁS *et al.*, 2018).

Segundo Meneguín *et al.* (2019), é necessário que os enfermeiros atuem com protagonismo na assistência ao familiar, realizando um acolhimento de qualidade ao dar informações, esclarecer dúvidas, oferecer uma comunicação acessível, diminuir anseios e angústias sofridos pelos familiares, contribuindo para um atendimento mais humanizado, numa atuação interdisciplinar e pautada em princípios éticos.

5 CONCLUSÃO

O perfil geral dos familiares entrevistados deu-se, em sua maioria, por mulheres (75%); com idade entre 30 e 49 anos (66,6%); geralmente, filhas de pacientes, uma vez que o trabalho apontou 58,3% dos entrevistados com relação filial quanto ao grau de parentesco; além disto, a pesquisa mostrou que 50% dos familiares possuem o estado civil casado (a); 66,6% dos entrevistados são de religião católica e 50% possuem o grau de escolaridade entre nível médio e superior completo

O perfil dos pacientes internados na UCA do HCGV é composto por 58,3% de homens com idade média de 65 anos. A causa da internação varia entre pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio e infarto agudo do miocárdio multiarterial. O tempo de internação é considerado extremamente variável, visto que o maior tempo se deu em 102 dias e o menor em 5 dias

Frente à hospitalização de um ente querido, o familiar pode sofrer diversas alterações emocionais, além da intensificação de sentimentos demasiados negativos. Os principais sentimentos relatados durante as entrevistas foram: tristeza, angústia, abalo, dor e sofrimento. Isto vem do fato, ainda recorrente, de que a UTI é vista como um ambiente de dor, sofrimento e principalmente de morte. Estes sentimentos começam no instante em que o paciente adoece, agravam-se com a notícia de internação e a rotina hospitalar, que na maioria das vezes é uma rotina completamente nova e extremamente diferente da rotina habitual dos pacientes e dos familiares.

O elevado grau de estresse, angústia e sofrimento, que acometem os entrevistados, são ocasionados por uma gama de estressores identificados nesta pesquisa. Os principais estressores relatados por familiares dos pacientes são: paciente intubado; sem conseguir falar; sem poder realizar suas necessidades fisiológicas no banheiro; situação do paciente; tempo de internação; e não poder ajudá-lo. Além disto, o presente estudo também identificou como fatores estressores a falta de informação sobre o paciente, o distanciamento físico do paciente, a mudança abrupta na rotina, quantidade de pessoas que entra no horário da visita e o fato do familiar morar longe da cidade de Belém.

Apesar de evidenciados problemas quanto a comunicação entre os profissionais da UCA e familiares, a presente pesquisa também obteve como resultados, relatos que expõem gratidão aos profissionais da UCA, entrevistados que asseguram não sentir nenhum tipo de estressor, familiares esclarecidos sobre a importância dos procedimentos realizados na UCA. Este fato contribuiu para amenizar os níveis de sofrimento dos familiares entrevistados. Por

fim, é de extrema importância ressaltar que se percebeu como a presença da espiritualidade encoraja os familiares a superar as adversidades impostas pela situação de internação.

Diante do exposto, observa-se uma extrema necessidade em desenvolver políticas públicas voltadas aos cuidados psicossociais dos familiares de pacientes em UTI. A realização de palestras aos familiares informando-os sobre os procedimentos realizados na UCA, assim como sobre a rotina da Unidade e dos pacientes, a fim de que este familiar diminua a ansiedade e o medo em relação a situação do paciente são sugeridas pelas autoras. Entende-se a importância do profissional de enfermagem no acolhimento deste familiar, com vistas à assistência de qualidade e atendimento humanizado, contribuindo, assim, com a redução do sofrimento de familiares dos pacientes internados em unidades de pacientes críticos.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. C. L. A unidade de terapia intensiva. In: CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C. P. (orgs.). **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2010. Cap. 1, p. 16-39.
- ALFHEIM, H. B. *et al.* Post-traumatic stress symptoms in family caregivers of intensive care unit patients: a longitudinal study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 50, p. 5-10, 2019.
- ALMEIDA, A. S. *et al.* Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 6, p. 844-849, nov/dez 2009.
- ARAÚJO, M. A. N. de. *et al.* Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 1, p. 52-56, 2017.
- AZEVEDO, A. V. dos S.; CREPALDI, M. A.; MORE, C. L. O. O. A Família no contexto da hospitalização: revisão sistemática. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 16, n. 3, p. 772-799, 2016.
- BAGGIO, M. A. *et al.* Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 25-30, jan/fev 201.
- BARTH, A. A. *et al.* Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 323-329, jul/set 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 13/12/2018.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.
- BRIGGS, V. R. B. **A importância da família junto ao paciente portador de insuficiência renal crônica terminal transplantado**. Universidade Cândido Mendes, 2007.
- CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 192-200, jan/fev 2012.
- CAMPONOGARA, S. *et al.* Percepções de pacientes pós-alta da unidade de cuidados intensivos sobre a hospitalização nesse setor. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 5, n. 1, p. 1505-1513, 2015.

CAMPONOGARA, S. et al. Percepções e necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 4, p. 622-634, jul/set 2013.

CARVALHO M. L. *et al.*, Assistência de enfermagem na UTI a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Revista Interdisciplinar**, v.6, n.4, p. 60-67,2014.

CHAVES, O. C. S. *et al.* “Tem que cuidar”: vivências e saberes do familiar/cuidador de paciente com doença crônica. **Revista de Enfermagem**. Recife, v. 9, n. 10, p. 9535-9540, out 2015.

CORRÊA, J. M. **Inovação tecnológica para segurança e conforto no pós-operatório de cirurgia cardíaca**. 2017. Dissertação (Pós-Graduação em Gestão do Cuidado de Enfermagem Modalidade Mestrado Profissional) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

COSTA, J. B. da *et al.* Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 59, n.3, p. 182-189, 2010.

DECEZARO, A. *et al.* O Estresse dos enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. **Revista UNINGÁ Review**, v. 19, n. 2, p. 29-32, jul/set 2014.

FAQUINELLO, P.; DIÓZ, M. A UTI na ótica de pacientes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 41-47, jan/mar 2007.

FELIX, A. et al. Prática de humanização na visita em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 3, n. 2, p. 143-153, 2014. FERRARI, D. “UTI História”. 2004. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/>>. Acesso em: 13/12/2018.

FERREIRA, P. D.; MENDES, T. N. Família em UTI: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 88-112, jan/jun 2013.

FOLLE, J. C. S.; PAGANINI, M. C. **Instrumentos em unidade de terapia intensiva: sentimentos e experiência dos familiares**. Disponível em: <<https://tcconline.utp.br/wpcontent/uploads/2013/02/INTERNAMENTO-EM-UNIDADE-DE-TERAPIAINTENSIVA.pdf>>. Acesso em: 28/01/2019.

FOLLE, J. C. S.; PAGANINI, M. C. **Internamento em unidade de terapia intensiva sentimentos e experiências dos familiares**. 2015. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/7941899-Internamento-em-unidade-de-terapia-intensiva-sentimentos-e-experiencia-dos-familiares.html>> Acesso em: 15/11/2019.

FRANCO, G. R. R. de M. **A unidade de terapia intensiva: um estudo sobre a comunicação entre profissionais e pacientes**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

FREITAS, K. O. *et al.* Representações sociais de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: implicações no cuidado de si. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.** v. 11, n. 3, p. 664-671, abr/jun 2019.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 6 edição. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2008. Cap. 3, p. 27-28.

GONÇALVES, J. P. E. **A morte na unidade de terapia intensiva**: um estudo de caso. 2007. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HAYAKAWA, L. Y. *et al.* Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 440-445, 2010.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. “**Linha do tempo**”. 2018. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/sociedade-beneficente-desenhoras/Paginas/linha-do-tempo.aspx>>. Acesso em: 13/12/2018.

KNOBEL, E.; NOVAES, M. A. F. P.; BORK, A. M. **Terapia Intensiva Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 4, p. 39-46.

LEITE, M. T. *et al.* A hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 535-549, 2015.

LUCCHESI, F.; MACEDO, P. C. M.; MARCO, M. A. de. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jun 2008.

MARTINS, J. de J.; NASCIMENTO, E. E. P. do. *et al.* A tecnologia e a organização do trabalho da enfermagem em UTI. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 34, n. 4, p. 23-27, 2005.

MARTINS, J. T. *et al.* Gerenciamento de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 113-119, mar 2009.

MEMBRIVE, S. A. *et al.* Caracterização dos estressores envolvidos na internação de pacientes em unidade coronariana. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 31, n. 1, 2017.

MENEGUIN, S. *et al.* O significado de conforto na perspectiva de familiares de pacientes internados em UTI. **Revista Nursing**. São Paulo, v. 22, n. 252, p. 2882-2886, abr 2019.

MICALLI, J. L.; LIMA, E. C. de.; SOUZA, M. L. F. de. **Manual de Rotinas de enfermagem da UTI de adulto**. 2 ed. São Paulo, jun 2012. Disponível em: <<http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5828>>. Acesso em: 13/12/2018.

MIDEGA, T. D.; OLIVEIRA, H. S. B. de; FUMIS, R. R. L. Satisfação dos familiares de pacientes críticos admitidos em unidade de terapia intensiva de hospital público e fatores correlacionados. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 147-155, abr/jun 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.994**, de 13 de dezembro. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html>. Acesso em: 15 fev. 2019.

MOERSCHBERGER, M. S.; ZIMATH, S. C. Necessidades e estressores vivenciados por familiares de pacientes politraumatizados internados em unidade de terapia intensiva. **Revista da SBPH**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 122-142, jun 2017.

NASCIMENTO, H. M. do; ALVES, J. S.; MATTOS, L. A. D. de. ASSIS, J. L. dos S. de. **Humanização no acolhimento da família dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins, São Paulo.

NASCIMENTO, V. F. *et al.* Percepções de familiares sobre hospitalização no ambiente intensivo. **Revista de enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 92-9, abr/jun 2015.

NEVES, J. de L. *et al.* Avaliação da satisfação de familiares de pacientes atendidos em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 2, p. 112, 2018.

NOGACZ, F. R.; SOUZA, R. P. Fatores **Estressores em UTI**. Em Associação de Medicina Intensiva Brasileira AMIB. (Orgs.), Humanização em Cuidados Intensivos. (p. 31-40). Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

NUNES S. S. *et al.*, Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 50-66, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582011000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2019.

OLIVEIRA, L. M. A. C.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M. A.; SIQUEIRA, K. M.; OLIVEIRA, P. M. C.; MUNARI, D. B. Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, jun 2010.

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

PEREIRA, S. M. *et al.* Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 3, p. 55-64, nov/dez 2014.

PIZZOLI, L. M. L. Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital Heliópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 1055-1062, 2005.

PRATES, T. dos S. et al. Familiares de pacientes que vivenciaram o coma e o retorno à vida. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 2, n. 4-5, p. 138-158, 2010.

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

REIS, E. B. dos; BRANCO, J. E. B. “**Se tem batimento, tem vida**”: vivências em torno da hospitalização na visão de familiares de pacientes internados no CTI. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém.

REZENDE, L. C. M. et al. Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. **Cultura de los Cuidados**, v. 18, n. 39, p. 84-92, 2014.

RIBEIRO, C. G.; SILVA, C. V. N. S.; MIRANDA, M. M.. O paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 371-377, 2005.

RIBEIRO, K. R. B. **O sofrimento do paciente na UTI**: escutando a sua experiência. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SAIKALI, M. O. **Terapia familiar sistêmica e sua aplicação no atendimento hospitalar**: temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar, Casa do Psicólogo. São Paulo, 2005.

SANTOS, E. S. dos. Acolhimento e processo educativo em saúde a familiares de pacientes internados em uti adulto. **Ciência Cuidado e Saúde**. v. 15, n. 4, p. 639-646, out/dez 2016.

SANTOS, J. R. dos. “**Conduta gerencial do enfermeiro na unidade de terapia intensiva**”. 2017. Disponível em:
<<https://www.google.com/amp/s/www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/condutagerencia-l-do-enfermeiro/amp>>. Acesso em: 13/12/2018.

SANTOS, R. R. et al. Fast hug: um aliado na manutenção diária dos cuidados de enfermagem ao paciente crítico. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 1, p. 57-61, 2017.

SILVA, M. A. P. D. Conselho Regional de Enfermagem, Estado de São Paulo (COREN -SP). Cardiologia: Atuação na UTI cardiológica requer alta especialização e conhecimentos tecnológicos avançados. **Enfermagem Revista**, n. 9, p. 54-57, 2014.

SILVA, I.A.S.; CRUZ, E. A. Trabalho de enfermeira intensivista: um estudo da estrutura das representações sociais. **Revista escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n. 3, p.554-562, set, 2008.

SILVA, J. B. de A. et al. **Familiar/acompanhante na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)**: interação com equipe de enfermagem. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Católica de Salvador, Salvador.

SILVA, L. F. da C. et al. Estresse do paciente em UTI: visão de pacientes e equipe de enfermagem. **Enfermería Global**, v. 12, n. 4, p. 88-118.

SILVEIRA, B. de C. **A humanização na terapia intensiva em pesquisas na saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva). 2016 – Departamento de Ciências da Vida, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí.

SILVEIRA, C. R.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. A experiência da família do paciente internado em unidade de terapia intensiva adulto. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, 2013.
SOUZA, RP de et al. Manual rotinas de humanização em medicina intensiva. **Curitiba (PR): Psicosáude**, 2004.

SOUZA, E.; DONOSO, M. T. V.; BORGES, E. L. Desvelando a percepção dos familiares a respeito da terapia intensiva como lugar de morte. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. v. 7, n. 2, p. 109-120, ago/set 2018.

SPOHR, V. M.; FREITAS, H.M.B. de; ILHA, S.; NICOLA, G.D.O.; ZAMBERLAN, C.; GEHLEN, M.H. Sentimentos despertados em familiares de pessoas internadas na unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enferm.**, v. 2018, n. 4, p. 736-742.

TOMÁS, S. M. C. *et al.* Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepções de familiares de pessoas gravemente enfermas. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Brasília, v. 11, n. 2, p. 239-251, 2018.

URIZZI, F; CARVALHO, L.M; ZAMPA, HB; FERREIRA, GL; GRION, C.M.C; CARDOSO, L.T.Q; Vivência de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 2008; 20(4): 370-375. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a09.pdf>. Acesso em: 28/01/2019.

VALE, C. C. S. de O. do; LIBERO, A. C. A. A espiritualidade que habita o CTI. **Periódicos eletrônicos em Psicologia**. Barbacena, v. 11, n. 21, jul/dez 2017.

VALENTE, C. O. *et al.* Conforto familiar a um parente internado na unidade de terapia intensiva. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 31, n. 2, out 2017.

VASCONCELOS, E. V. *et al.* Enfermagem e os familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva: revisão bibliométrica. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 2894-2906, 2015.

ZANETTI, T. G. *et al.* Sintomas de estresse em familiares de pacientes adultos em terapia intensiva. **Saúde e Pesquisa**. Marigá (PR), v. 10, n. 3, p. 549-555, 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: “Percepções de familiares acerca da internação do paciente em Unidade de Terapia Coronariana: estressores e sentimentos”.

Pesquisador (a) responsável: Prof^a. MSc. Cláudia Ribeiro Menezes.

Instituição: Universidade Federal do Pará – UFPA – Instituto de Ciências da Saúde.

Prezado (a) Familiar, você está sendo convidado (a) a participar de nossa pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar dessa pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. As pesquisadoras deverão responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar. Você tem a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo, mesmo depois de ter assinado este documento. Esclarecemos que não será realizado nenhum pagamento pela sua participação na pesquisa, assim como você também não terá nenhuma despesa na realização da mesma. **Objetivo do estudo:** conhecer os principais estressores e sentimentos na percepção dos familiares acerca da internação do paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Procedimentos:** a sua participação nessa pesquisa consistirá em responder algumas perguntas em relação a percepção dos familiares de pacientes internados na UTI acerca da internação, os estressores e sentimentos. **Riscos:** as pesquisas que incluem coleta de dados envolvendo seres humanos podem proporcionar a ocorrência de vazamento de informações, quebra do anonimato e possível identificação dos participantes da pesquisa em questão, podendo acarretar constrangimento ou punição para estes. Esses riscos serão prevenidos mantendo-se o sigilo das informações coletadas e anonimato dos participantes envolvidos. Os dados serão utilizados somente nessa pesquisa, que usará métodos que mantenham o sigilo das informações e o anonimato dos pesquisados. Diante das questões de cunho teórico presentes no roteiro de entrevista, entendemos que poderá ocorrer constrangimento ao participante, em caso deste não reunir os conhecimentos necessários para responder de forma adequada as perguntas. Tendo como objetivo minimizar tais riscos, de forma a não lhes causar constrangimento, os mesmos poderão deixar de responder qualquer pergunta à medida que julgar conveniente. Pode ainda existir uma não identificação dos envolvidos com o estudo, ou desistências, onde, caso ocorra, haverá respeito pela decisão do envolvido por parte das pesquisadoras. Ressalta-se também que o estudo poderá ocasionar riscos relacionados à rotina

das UTI's. Para minimizar tais riscos, a coleta de dados ocorrerá em horário de intervalo, através de agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade dos participantes, respeitando as normas da instituição, rotina das UTI's e disponibilidade dos participantes, desse modo promovendo maior conforto e privacidade na participação no estudo. **Benefícios:** quanto aos benefícios que se espera gerar com a realização da pesquisa, ressalta-se a contribuição para um atendimento mais humanizado, além de prestar um atendimento integral, que vai englobar não somente o paciente, como também seu familiar, o qual se torna um segundo paciente durante a internação. Tais benefícios contribuirão para diminuir os transtornos ocasionados com a internação. No caso de haver desistência de sua parte, poderá entrar em contato conosco ou com nossa orientadora através do endereço deixado neste documento. Caso deseje obter informações adicionais sobre o estudo, a qualquer momento, poderá manter contato com as pesquisadoras. **Declaro que recebi uma cópia deste termo, onde constam os objetivos do projeto, que terá minha participação, os riscos, os benefícios, o sigilo das informações, os telefones e o endereço do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar minhas dúvidas sobre o projeto e sobre a participação em qualquer momento. Declaro que entendi os objetivos, os riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

Belém (PA), _____ de _____ de 2019.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Assinatura do entrevistador responsável

Assinatura do entrevistador responsável

Assinatura do coordenador da pesquisa
Prof^a. Msc. Claudia Ribeiro Menezes

Contatos: Pesquisadoras: Professora Mestre Claudia Ribeiro Menezes: UFPA – Campus Universitário. Belém/PA. Celular (91) 98012-9999. Estudante Letícia Karla Ferreira Góes: UFPA – Campus Universitário. Belém/PA. Celular (91) 98201-1530. Estudante Maria Suelem dos Santos do Mar: UFPA – Campus Universitários. Belém/PA. Celular (91) 981010636. Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna: Endereço Travessa Alferes Costa, S/N, Bairro Pedreira, Belém/PA, CEP: 66087660. Fone: (91) 4005-2676. E-mail: gasparvianna@uol.com.br

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FACULDADE DE ENFERMAGEM	
---	--	---

**PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE E ASPECTO SOBRE
O TRABALHO**

CÓDIGO: _____

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

1. **GÊNERO:** MASCULINO () FEMININO () OUTRO: _____
2. **IDADE:** _____ anos
3. **GRAU DE PARENTESCO:** _____
4. **CAUSA DA ADMISSÃO DO PACIENTE NA UTI:** _____
5. **GÊNERO DO PACIENTE:** MASCULINO () FEMININO () OUTRO: _____
6. **IDADE DO PACIENTE:** _____ anos
7. **TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO:** _____
8. **NÚMERO DE VISITAS REALIZADAS:** _____
9. **NATURALIDADE:** _____
10. **ENDEREÇO:** _____
11. **TELEFONE:** () _____
12. **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO (A) () CASADO (A) () UNIÃO ESTÁVEL ()
DIVORCIADO (A) () SEPARADO (A) () VIÚVO (A) () OUTRO: _____
13. **RELIGIÃO:** _____
14. **GRAU DE ESCOLARIDADE:** _____
15. **OCUPAÇÃO:** _____
16. **RENDA FAMILIAR:** _____
17. **VISITA ESTENDIDA:** _____

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FACULDADE DE ENFERMAGEM	
---	--	---

PARTE II – ESTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. O que você entende por Unidade de Terapia intensiva (UTI)?
2. Ao se deparar com o familiar internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), como você acha que ele está?
3. Quais sentimentos despertados frente a hospitalização do familiar na UTI?
4. Você conseguiu falar com o seu familiar? O que você disse?
5. O que você acha que pode acontecer com seu familiar nos próximos dias?
6. O que você acha dos profissionais de saúde atuantes na UTI? Como é prestada a assistência a você? O que pode melhorar?
7. Você conhece os enfermeiros?
8. Quais orientações foram dadas a você quando seu familiar internou na UTI? Qual o primeiro profissional que fez contato com você?
9. Quais situações vivenciadas pelo paciente lhe causam estresse?
10. Qual sua visão acerca do ambiente hospitalar da UTI?
11. O que você acha sobre não estar 24 horas do dia com o paciente na UTI?
12. Após a visita, que lição você leva com você a partir dessa vivência em UTI?

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FUNDAÇÃO PÚBLICA
ESTADUAL HOSPITAL DAS
CLÍNICAS GASPAR VIANNA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DE FAMILIARES ACERCA DA INTERNAÇÃO DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CARDIOLÓGICA: estressores e sentimentos.

Pesquisador: CLÁUDIA RIBEIRO MENEZES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12911419.0.0000.0016

Instituição Proponente: Fundação Pública Estadual Hospital das Clínicas Gaspar Vianna

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.588.694

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. O cenário será a sala de espera da Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCA)

do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (HCGV), que é referência em assistência hospitalar de média e alta complexidade em Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia, localizado na região metropolitana de Belém, no Estado do Pará. A UTI em estudo possui 10 leitos distribuídos uniformemente, destinados a atender pacientes adultos com problemas cardíacos, com média de ocupação de 96,33%. A equipe é composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais escalados em 3 períodos

Espera-se com o presente estudo analisar as percepções dos familiares e provável contribuição à melhoria da assistência de enfermagem ao familiar do paciente internado na UTI, reconhecendo seus sentimentos acerca da hospitalização a fim de minimizar os pontos frágeis/agravs à medida que o familiar é visto como um paciente secundário. Além de melhorar a adaptação das famílias frente à condição de ter um familiar acometido por um grave problema de saúde

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Conhecer os principais estressores e sentimentos na percepção dos familiares acerca

Endereço: Travessa Alferes Costa s/n

Bairro: Bairro Pedreira

CEP: 66.087-660

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4005-2676

Fax: (91)3276-1770

E-mail: cepfhcgv@yahoo.com.br

**FUNDAÇÃO PÚBLICA
ESTADUAL HOSPITAL DAS
CLÍNICAS GASPAR VIANNA**



Continuação do Parecer: 3.588.694

da internação do paciente em UTI cardiológica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos da Pesquisa

Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos, levando-se em consideração as dimensões biopsicossociais e espirituais dos indivíduos. As pesquisas que incluem coleta de dados envolvendo seres humanos podem proporcionar a ocorrência de vazamento de informações, quebra do anonimato e possível identificação dos participantes da pesquisa em questão, podendo acarretar constrangimento ou punição para estes.

Esses riscos serão prevenidos mantendo-se o sigilo das informações coletadas e anonimato dos participantes envolvidos. Tais riscos serão prevenidos mantendo as informações sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores por um período de cinco anos, utilizando os dados somente nessa pesquisa e usando-se de métodos que mantenham o sigilo das informações e o anonimato dos pesquisados.

Diante das questões de cunho teórico presentes no roteiro de entrevista, entendemos que poderá ocorrer constrangimento ao participante, em caso deste não reunir os conhecimentos necessários para responder de forma adequada as perguntas. Tendo como objetivo minimizar tais riscos, de forma a não lhes causar constrangimento, os mesmos poderão deixar de responder qualquer pergunta à medida que julgar conveniente. Pode ainda existir uma não identificação dos envolvidos com o estudo, ou desistências, onde, caso ocorra, haverá respeito pela decisão do envolvido por parte dos pesquisadores.

Ressalta-se também que o estudo poderá ocasionar riscos relacionados à rotina das UTI's. Para minimizar tais riscos, a coleta de dados ocorrerá em horário de intervalo, através de agendamento prévio, de acordo a disponibilidade dos participantes, respeitando as normas da instituição, rotina das UTI's e disponibilidade dos participantes, desse modo promovendo maior conforto e privacidade na participação no estudo. Para isto, os dias destinados à pesquisa serão agendados conforme a coordenação da UTI julgar mais conveniente de forma que não haja maiores quebras no seguimento das atividades institucionais.

Benefícios da Pesquisa

Quanto aos benefícios que se espera gerar com a realização da pesquisa, ressalta-se a contribuição para um atendimento mais humanizado, além de prestar um atendimento integral, que vai englobar não somente o paciente, como também seu familiar, o qual se torna um segundo paciente durante a internação. Tais benefícios contribuirão para diminuir os transtornos ocasionados com a internação.

Endereço: Travessa Alferes Costa s/n

Bairro: Bairro Pedreira

CEP: 66.087-660

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4005-2676

Fax: (91)3276-1770

E-mail: cepfhcgv@yahoo.com.br

**FUNDAÇÃO PÚBLICA
ESTADUAL HOSPITAL DAS
CLÍNICAS GASPAR VIANNA**



Continuação do Parecer: 3.588.694

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está em perfeitas condições de iniciar a coleta de dados, visto que foram atendidas todas as recomendações deste CEP. De acordo com as normas estabelecidas pelo CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados

Recomendações:

Somos favoráveis pela aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1298140.pdf	27/08/2019 16:18:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	27/08/2019 16:17:39	CLÁUDIA RIBEIRO MENEZES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/08/2019 16:16:13	CLÁUDIA RIBEIRO MENEZES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/08/2019 15:54:13	CLÁUDIA RIBEIRO MENEZES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LattesClaudia.pdf	27/04/2019 19:49:02	CLÁUDIA RIBEIRO MENEZES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOhc.pdf	27/04/2019 19:45:25	CLÁUDIA RIBEIRO MENEZES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LATTESMARIA.pdf	27/04/2019 19:44:09	CLÁUDIA RIBEIRO MENEZES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LATTESLETICIA.pdf	27/04/2019 19:42:21	CLÁUDIA RIBEIRO MENEZES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	RELATORIOhc.pdf	27/04/2019 19:41:19	CLÁUDIA RIBEIRO MENEZES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTAhc.pdf	27/04/2019 19:39:16	CLÁUDIA RIBEIRO MENEZES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CADASTROhc.pdf	27/04/2019 19:38:57	CLÁUDIA RIBEIRO MENEZES	Aceito
Declaração de	COMPROMISSOhc.pdf	27/04/2019	CLÁUDIA RIBEIRO	Aceito

Endereço: Travessa Alferes Costa s/n

Bairro: Bairro Pedreira

CEP: 66.087-660

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)4005-2676

Fax: (91)3276-1770

E-mail: cepfhcgv@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO PÚBLICA
ESTADUAL HOSPITAL DAS
CLÍNICAS GASPAR VIANNA



Continuação do Parecer: 3.588.694

Pesquisadores	COMPROMISSOhc.pdf	19:38:00	MENEZES	Aceito
Folha de Rosto	ROSTO.pdf	27/04/2019 19:35:13	CLÁUDIA RIBEIRO MENEZES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 20 de Setembro de 2019

Assinado por:

José de Arimateia Rodrigues Reis
(Coordenador(a))

Endereço: Travessa Alferes Costa s/n

Bairro: Bairro Pedreira

CEP: 66.087-660

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4005-2676

Fax: (91)3276-1770

E-mail: cepfhcgv@yahoo.com.br