

ALUÊ CONSTANTINO COELHO

**FATORES ESTRESSORES DO PACIENTE E NECESSIDADES DO
FAMILIAR CONVIVENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
CORONARIANA**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Federal de São Paulo – Escola
Paulista de Enfermagem, para obtenção do Título de
Mestre em Ciências.

SÃO PAULO

2018

ALUÊ CONSTANTINO COELHO

**FATORES ESTRESSORES DO PACIENTE E NECESSIDADES DO
FAMILIAR CONVIVENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
CORONARIANA**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Federal de São Paulo – Escola
Paulista de Enfermagem, para obtenção do Título de
Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Alba Lúcia Bottura Leite de
Barros

SÃO PAULO

2018

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Coelho, Aluê Constantino

Fatores estressores do paciente e necessidades do familiar convivente
em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana

/ Aluê Constantino Coelho. - São Paulo, 2018.
xviii, 80f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola
Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Título em inglês: Patient stress factors and family needs and Coronary
Intensive Care Unit.

1. Estressores fisiológicos. 2. Paciente. 3. Satisfação Pessoal. 4.
Cuidadores. 5. Unidade Terapia Intensiva.

Tese de Mestrado Vinculada à Linha de Pesquisa “Fundamentos, Métodos, Processos e Tecnologias em Enfermagem e Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem - Universidade Federal de São Paulo.

*Este trabalho faz parte do Grupo de Estudos, Pesquisa e Assistência
Sistematização da Assistência de Enfermagem da Escola Paulista de
Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.*

ALUÊ CONSTANTINO COELHO

FATORES ESTRESSORES DO PACIENTE E NECESSIDADES DO FAMILIAR
CONVIVENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA

Membros Titulares:

Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena

Profa. Dra. Iveth Yamaguchi Whitaker

Prof. Dr. Luiz Antonio Nogueira Martins

Membro Suplente:

Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega

SÃO PAULO

2018

“Eu pedi Força e Deus me deu dificuldades para me fazer forte. Eu pedi Sabedoria e Deus me deu Problemas para resolver. Eu pedi Prosperidade e Deus me deu Cérebro e Músculos para trabalhar. Eu pedi Coragem e Deus me deu Perigo para superar. Eu pedi Amor e Deus me deu pessoas com Problemas para ajudar. Eu pedi Favores e Deus me deu Oportunidades. Eu não recebi nada do que pedi, mas eu recebi tudo de que precisava.”

(autor desconhecido)

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho com todo o carinho às pessoas que diariamente estiveram ao meu lado, transmitindo fé, vibrações positivas, amor, alegria, determinação, paciência e coragem, tornando minha vida cada vez mais repleta de alegria, esperança e sabedoria.

Ao **Gustavo**, esposo, companheiro e amigo, que ao longo de tanto tempo sempre esteve ao meu lado, acompanhou o meu desenvolvimento menina-mulher, estudante-profissional, compartilhou de todas as dificuldades vivenciadas, me orientando, fortalecendo, sendo paciente, compreensivo, carinhoso e amoroso sempre e, principalmente, acreditando no meu crescimento pessoal e profissional. Amo você!

Ao meu filho **Bruno** ainda em meu ventre, que mesmo antes de nascer participou indiretamente deste processo. Amo você!

Aos meus pais, **Rute** e **Nelson**, e familiares pelo amor, confiança, cuidado, sabedoria e por todo apoio e conselho em tudo que pensei em fazer e no que penso em conquistar! Por acreditarem em mim, mostrando-me que o bem é sempre o melhor e por contribuírem para o meu crescimento pessoal e profissional. Amo vocês!

Aos meus avôs e avós, **Adolfo Constantino**, **João Coelho**, **Maria de Almeida Coelho** (in memoriam) e **Ruth Pastre da Silva**, pela experiência de vida, pelos momentos felizes juntos e pelos ensinamentos, e que certamente, onde quer que estejam, estão muito felizes por essa minha conquista. “Devemos sempre persistir em nossos objetivos”.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora **Alba Lucia Bottura Leite de Barros**, por me acolher como orientando, por acreditar em mim, por me mostrar o caminho, por seu exemplo profissional e familiar, por sua coragem, por seus conhecimentos intermináveis, pelo apoio incondicional, pela confiança, pela amizade, pela paciência, por seus ensinamentos, enfim, por tudo que fez por mim. Você é uma grande amiga!

Ao Professor Doutor **Vinícius Batista Santos**, por aceitar participar do estudo, por compartilhar seus conhecimentos, pela ajuda no trabalho, por confiar em mim, pelo apoio, pela amizade, pela paciência e por seus ensinamentos. Você é uma pessoa maravilhosa!

*A toda **Equipe das Unidades de Cardiologia do Hospital São Paulo**, pela ajuda e pelo apoio obtido durante a coleta de dados. Saudade de vocês!*

À **Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP**, à **Escola Paulista de Enfermagem – EPE** e ao **Hospital São Paulo – HSP**, pelas oportunidades proporcionadas ao longo do curso de pós-graduação e por colocarem pessoas tão especiais em minha vida!

A todas as pessoas e entidades que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse importante feito na minha vida acadêmica, profissional e pessoal.

Agradeço a Deus, por me oferecer todas as condições físicas, familiares, sociais, financeiras, emocionais, psíquicas e enfim, por me dar tudo o que tenho e tudo o que sou.

Muito Obrigada a todos!

SUMÁRIO

Dedicatória	vii
Agradecimentos	viii
Lista de Figuras	xi
Lista de Quadros	xii
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Abreviaturas e Siglas	xiv
Resumo	xv
Abstract	xvii
1. Introdução	01
2. Revisão de Literatura	10
2.1 Avaliação dos estressores de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva	10
2.2 Avaliação das necessidades dos familiares conviventes de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva	11
3. Objetivos	14
4 - Método	15
4.1 Tipo de estudo	15
4.2 Local de estudo	15
4.2.1 Descrição do Local do estudo	15
4.3 Amostra	17
4.4 Procedimento de coleta de dados	18
4.5 Dados do paciente	18
4.5.1 Instrumento de coleta de dados do paciente	18
4.5.1.1 Ficha de caracterização do paciente	19
4.5.1.2 Avaliação dos estressores de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva	21
4.5.2 Procedimento de coleta de dados do paciente	22
4.5.3 Análise estatística – dados do paciente	22
4.5.3.1 Dados sociodemográficos e clínicos do paciente	22
4.5.3.2 Escala de avaliação de estressores do paciente em Unidade de Terapia Intensiva	22
4.6 Dados dos familiares conviventes	23
4.6.1 Instrumento de coleta de dados do familiar convivente	23
4.6.1.1 Ficha de caracterização do familiar convivente	23
4.6.1.2 Avaliação das necessidades dos familiares conviventes de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva	25
4.6.2 Procedimentos de coleta de dados do familiar convivente	27
4.6.3 Análise estatística – dados dos familiares conviventes	27
4.6.3.1 Dados sociodemográficos dos familiares conviventes	27
4.6.3.2 Dados INEFTI	27
4.7 Aspectos éticos	28
5. Resultados	29
5.1 Resultados Pacientes	29
5.1.1 Dados sociodemográficos e clínicos	29
5.1.2 Fatores Estressores	32
5.2 Resultados Familiares Conviventes	37

5.2.1	Dados sociodemográficos	37
5.2.2	Caracterização do familiar convivente	38
5.2.3	Necessidades dos familiares conviventes	38
5.3	Sumário dos resultados	46
6.	Discussão	49
6.1	Discussão sobre os resultados relativos aos dados dos pacientes	49
6.2	Discussão sobre os resultados relativos aos dados dos familiares conviventes	56
7.	Implicações para a prática	62
8.	Conclusão	64
9.	Limitação do estudo	65
10.	Referências	66
11.	Anexos	70
	Anexo 1 – Escala de GRACE	70
	Anexo 2 – Inventário de necessidades e estressores de familiares em terapia intensiva - INEFTI	71
	Anexo 3 – Escala de avaliação de estressores em unidade de terapia intensiva	74
12.	Apêndices	77
	Apêndice 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido/Resolução 2012	77
	Apêndice 2 – Ficha de caracterização do paciente	79
	Apêndice 3 – Ficha de caracterização do familiar	80

LISTA DE FIGURAS

- | | | |
|-----------------|--|----|
| Figura 1 | Porcentagem dos resultados positivos de satisfação relacionada ao nível de satisfação dos familiares conviventes de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018. | 45 |
| Figura 2 | Porcentagem dos resultados negativos de satisfação relacionada ao nível de satisfação dos familiares conviventes de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018. | 46 |

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Nível de estresse da Escala de Avaliação de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo, 2018.	20
Quadro 2	Grau de importância e satisfação do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Terapia Intensiva. São Paulo, 2018.	25
Quadro 3	Indicadores de avaliação do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Terapia Intensiva. São Paulo, 2018.	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis sociodemográficas dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.	29
Tabela 2	Comorbidades dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.	30
Tabela 3	Complicações Desenvolvidas dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.	31
Tabela 4	Escore Grace dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.	31
Tabela 5	Variáveis da Escala de Avaliação de Estressores dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.	33
Tabela 6	Variáveis sociodemográficas dos familiares conviventes de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.	35
Tabela 7	Importância das necessidades dos familiares conviventes de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.	37
Tabela 8	Dimensões e necessidades importantíssimas mais frequentes dos familiares conviventes dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.	39
Tabela 9	Satisfação das necessidades dos familiares conviventes de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Angina Instável
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVCh	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVCi	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
CCFNI	Critical Care Family Needs Inventory
CCPF	Cuidado Centrado no Paciente e Família
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESQ	Environmental Stressor Questionnaire
EUA	Estados Unidos da América
HSRS	Hospital Stress Rating Scale
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICUESS	Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale
INEFTI	Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva
IOM	Institute Of Medicine
NIC	Nursing Interventions Classification
PNH	Política Nacional de Humanização
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

INTRODUÇÃO: A internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Coronariana gera eventos estressores e necessidades nos pacientes e familiares. O ambiente associado ao processo de humanização é fundamental para a estabilidade clínica, recuperação, reabilitação, bem estar e satisfação dos familiares e dos pacientes graves que necessitam de cuidados intensivos. O Cuidado Centrado no Paciente e Família precisa ser aplicado e valorizado, voltado às questões e necessidades dos familiares com relação ao tratamento do paciente. **OBJETIVOS:** Avaliar os fatores estressores de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana; avaliar a necessidade e a satisfação dos familiares conviventes de pacientes internados em UTI Coronariana. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo observacional de corte transversal. A amostra constituiu-se de 200 participantes, sendo 100 pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, após 24 horas de internação na UTI Coronariana do Hospital São Paulo, e 100 familiares conviventes. Os dados foram coletados no período de Março de 2016 a Janeiro de 2018, após preenchimento dos critérios de inclusão, apresentação do estudo e concordância da participação na pesquisa. Primeiramente foi aplicada a ficha de caracterização sociodemográfica e clínica do paciente seguida da escala de avaliação de estressores em unidade de terapia intensiva. No horário da visita, foi aplicada a ficha de caracterização sociodemográfica do familiar e o inventário de necessidades e estressores de familiares em terapia intensiva - INEFTI. Os estressores foram analisados e representados através da média e desvio-padrão para cada item e posteriormente comparados. **RESULTADOS:** Os pacientes em sua maioria são do sexo masculino, casados, católicos, aposentados, idade entre 51-60 anos, 1º grau incompleto, autônomos, vivenciando a primeira internação em UTI, com permanência de dois dias internados na unidade, com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com Supra Desnível do Segmento ST de Parede Inferior em sua maioria, com comorbidades associadas, sendo a Hipertensão Arterial e Dislipidemia as mais prevalentes, apresentando complicações como Morte Súbita Revertida e arritmia, classificados no momento da internação com Escore Grace de alto

risco e tendo a sua saída da UTI com condição clínica melhorada e em acompanhamento ambulatorial. Os fatores muito estressantes dos pacientes foram: “Ter preocupações financeiras”(30%), “Não conseguir se comunicar”(29%), “Não ter controle sobre si mesmo”(28%), “Estar incapacitado para exercer seu papel na família”(27%) e “Desconhecer o tempo de permanência na UTI”(27%). Os familiares conviventes são do sexo feminino, sendo eles filhos(as) e cônjuges, casados, católicos, idade entre 18-30 anos, 2º grau completo, empregados, com renda mensal de 1 a 3 Salários Mínimos, com experiência anterior em UTI, cientes do diagnóstico do paciente internado, porém não cientes do nome do médico e do enfermeiro responsável. As respostas ao Inventário de Necessidades de Familiares em Terapia Intensiva mostraram que os familiares conviventes deram mais importância às suas necessidades do que as tiveram satisfeitas. As necessidades consideradas importantíssimas foram: saber quais as chances de melhora do paciente, estar seguro de que o melhor tratamento possível estava sendo dado ao paciente, ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente e ser informado a respeito de tudo que se relacione a evolução do paciente. A necessidade considerada menos satisfeita pelos familiares foi ter uma pessoa que possa dar informações por telefone. **CONCLUSÃO:** Os fatores estressores do paciente relacionam-se com os seus compromissos, suas responsabilidades e a sua adaptação frente sua evolução biopsicosocial na UTI Coronariana, e a satisfação dos seus familiares conviventes precisa ser valorizada frente as suas necessidades em busca de bons resultados. Portanto é necessário que os profissionais ampliem o foco do cuidado para o paciente e a família, contemplando o processo de humanização e os princípios do Cuidado Centrado no Paciente e Família para que a assistência seja eficaz, segura e de qualidade, visando à recuperação e promoção da saúde do paciente e à prevenção e satisfação de seu familiar.

Descritores: Estressores Fisiológicos. Paciente. Satisfação Pessoal. Cuidadores. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The hospitalization at the Coronary Intensive Care Unit (ICU) generates stressful events and needs in patients and their families. The environment associated with the process of humanization is fundamental for the clinical stability, recovery, rehabilitation, well-being and satisfaction of family members and of the severe patients who need intensive care. Patient and Family Centered Care needs to be applied and valued, addressing the issues and needs of family members regarding patient care. **OBJECTIVE:** To evaluate the stressors of patients hospitalized in the Coronary Intensive Care Unit; to evaluate the need and satisfaction of family members living with patients hospitalized in a Coronary ICU. **METHODS:** It is an observational cross-sectional study. The sample consisted of 200 participants, 100 patients with Acute Coronary Syndrome, after 24 hours of hospitalization in the Coronary ICU of Hospital São Paulo, and 100 relatives living with them. Data were collected from March 2016 to January 2018, after completing the inclusion criteria, presentation of the study and agreement of participation in the research. Firstly, the sociodemographic and clinical characterization form of the patient was applied followed by the scale of evaluation of stressors in an intensive care unit. At the time of the visit, the family socio-demographic characterization form and the inventory of needs and stressors of family members in intensive care - INEFTI were applied. Stressors were analyzed and represented by the mean and standard deviation for each item and then compared. **RESULTS:** The majority of the patients are male, married, Catholic, retired, aged between 51-60 years old, 1 st grade incomplete, autonomous, experiencing the first ICU stay, with two days in the unit, with a diagnosis of infarction Acute myocardial infarction with supra low level of the lower wall segment ST, with associated comorbidities, with arterial hypertension and dyslipidemia being the most prevalent, presenting complications such as Reverted Sudden Death and arrhythmia, classified at the time of admission with High Risk Grace Score and having their exit from the ICU with improved clinical condition and in outpatient follow-up. The most stressful factors of the patients were: "Having financial worries" (30%), "Not being able to communicate" (29%), "Not having control

over themselves" (28%), "Being incapacitated to family "(27%) and" Not aware of the length of stay in the ICU "(27%). The cohabiting relatives are female, being children and spouses, married, Catholics, age between 18-30 years, full second degree, employees, with monthly income of 1 to 3 Minimum Wages, with previous experience in ICU , aware of the diagnosis of the hospitalized patient, but not aware of the name of the doctor and the nurse responsible. Responses to the Inventory of Needs of Families in Intensive Care showed that family members were more important to their needs than they were satisfied. The most important needs were: to know the patient's chances of improvement, to be sure that the best possible treatment was being given to the patient, to be advised at home about changes in the patient's condition and to be informed about everything related to evolution of the patient. The need considered less satisfied by family members was to have a person who can give information over the phone. CONCLUSION: The stressors of the patient are related to their commitments, their responsibilities and their adaptation to their biopsychosocial evolution in the Coronary ICU and the satisfaction of their cohabiting relatives needs to be valued in front of their needs in search of good results. Therefore, it is necessary for professionals to extend the focus of care to the patient and the family, contemplating the process of humanization and the principles of Patient and Family Centered Care so that care is effective, safe and of quality, aiming at recovery and promotion the health of the patient and the prevention and satisfaction of his or her relative.

Descriptors: Stress, Physiological. Patients. Personal Satisfaction. Caregivers. Intensive Care Units.

1. INTRODUÇÃO

A saúde da população brasileira é dever do Estado (municipal, estadual e federal) e direito do cidadão, e o sistema instituído nomeado como Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo garantir atenção à saúde a todo e qualquer cidadão (UNIVERSALIDADE), assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade de cada caso (EQUIDADE) e proporcionar atendimento integral a toda a população (INTEGRALIDADE) visando à promoção, proteção e recuperação da saúde.⁽¹⁾

A promoção e a proteção em saúde são consideradas ações preventivas com o objetivo comum de reduzir fatores de risco para o desenvolvimento de doenças e/ou incapacidades, sendo, portanto, realizadas em níveis de atenção primária, secundária e até mesmo terciária. Para um bom entendimento e compreensão destas ações, é fundamental que a promoção seja organizada e feita com linguagem e técnica adequadas de acordo com a disponibilidade e acessibilidade do público-alvo. A proteção relaciona-se à prevenção e, portanto, às medidas dirigidas ao controle das doenças e agravos à saúde. A recuperação tem como objetivo proporcionar a melhor reabilitação, visando à reeducação no processo saúde-doença e à reintegração do indivíduo ao seu ambiente familiar, social e profissional.⁽¹⁾

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, e tendo como base os princípios do SUS e a humanização, tem como objetivo propor mudanças na forma de gestão e do cuidar e promover a saúde da população nos diferentes níveis dos serviços de saúde; portanto, humanizar é colocar-se no lugar do outro e o cuidado humanizado é o cuidado holístico, ou seja, prestação da assistência integral ao paciente/família, considerando as diferenças físicas, culturais, emocionais, sociais, econômicas e institucionais, satisfazendo suas necessidades humanas.⁽²⁾ Dessa forma, é possível organizar e estabelecer medidas de modo que os processos de gerir e cuidar sejam benéficos, eficazes e duradouros para a instituição, o paciente, sua família e a

comunidade. “Incluir o paciente e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.”⁽³⁾

A humanização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é complexa, além de ser um desafio devido às urgências, emergências e o estabelecimento de prioridades, porém o cuidado humanizado também é prioridade, já que se trata de uma assistência que aumenta a sobrevida do paciente.⁽²⁾ Estudo comprovou que a implementação do processo de humanização em UTI acelera o processo de recuperação do paciente, reduz o tempo de internação, aumenta a sensação de bem-estar do paciente, familiares e profissionais e, conseqüentemente, reduz as despesas para o serviço de saúde.⁽²⁾

O termo cuidado intensivo teve início e conceituou-se na Guerra da Crimeia, em 1854, quando Florence Nightingale, juntamente com outros voluntários, cuidou de soldados britânicos. Em 1950, frente à epidemia de poliomielite, iniciou-se o desenvolvimento da estrutura física, com equipamentos e tecnologias necessárias para a Unidade de Terapia Intensiva. No Brasil, a primeira UTI foi inaugurada em 1970 e, desde então, é um setor de alta complexidade e fundamental para estabelecer um prognóstico e obter resultado no tratamento, na recuperação e reabilitação de pacientes graves ou potencialmente graves que necessitam de cuidados imediatos, intensivos, contínuos e com recursos tecnológicos e humanos especializados.⁽⁴⁾

O avanço da tecnologia e da ciência em Unidade de Terapia Intensiva, associado ao processo de humanização, exige das instituições estrutura física e de pessoal adequada e dos profissionais, preparo e capacitação para exercer o cuidado humanizado de forma eficaz e segura, proporcionando uma relação positiva entre o usuário e a equipe. Respeitar, acolher, ouvir, comunicar, orientar, informar, fortalecer o contato, confiança, compromisso, vínculo e valorizar o usuário, bem como suas necessidades de acordo com suas características biopsicossociais, possibilitam um atendimento seguro, responsável, ético, digno e de qualidade e, conseqüentemente, a promoção da saúde.⁽⁵⁾

A promoção da saúde e o cuidado humanizado são indispensáveis ao paciente e ao seu familiar. O paciente e a família possuem crenças, valores e costumes adquiridos e valorizados ao longo de suas vidas, e o processo saúde-doença faz com que estes vínculos sejam interrompidos, levando ao comprometimento do desenvolvimento biopsicossocial do paciente e da família; sendo assim, o cuidado centrado no paciente e na família é fundamental para alcançar as suas necessidades e a sua satisfação, oferecendo assistência de qualidade.

A Unidade de Terapia Intensiva Coronariana participa desse conceito, por ser um local onde os pacientes com Síndrome Coronariana Aguda (SCA) permanecem internados para estabilização hemodinâmica e tratamento específico. A monitorização hemodinâmica, segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira, é a observação constante dos sinais vitais e dos parâmetros hemodinâmicos e de perfusão tecidual ⁽⁶⁾, a normalização dos sinais vitais não é sinônimo de estabilidade, por outro lado, sinais vitais anormais são um importante alerta de gravidade.⁽⁷⁾ A instabilidade hemodinâmica ocorre quando o paciente apresenta alteração anormal nos parâmetros hemodinâmicos, que comprometem a sua qualidade de vida, o seu tratamento e a sua recuperação. A instabilidade hemodinâmica de um paciente com SCA é repentina; logo, o paciente necessita de monitorização e acompanhamento contínuo e cuidados específicos/intensivos para garantir segurança em seu tratamento e recuperação da saúde. Portanto, a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana tem como principal objetivo propiciar à população assistência cardiovascular de qualidade, segura e de alta complexidade.

O processo saúde-doença e, conseqüentemente, a internação na Unidade de Terapia Intensiva configuram um evento abrupto e inesperado, que se caracteriza por uma ameaça à integridade física, associado às sensações de perda, insegurança, desamparo, desesperança, ansiedade, medo, estresse, sofrimento, gravidade, ameaça, angústia e morte iminente, não só ao paciente como ao núcleo familiar, comprometendo dimensões físicas, psíquicas,

emocionais, sociais e econômicas. A internação do paciente é considerada um processo dolorido e confuso, devido ao seu quadro clínico, descoberta da doença e permanência hospitalar; logo, gera eventos estressores para o paciente e seu familiar.^(8,9)

O paciente, imediatamente à internação, convive com a nova fase de adaptação em um ambiente que tem rotina ativa nas 24 horas do dia. O manejo clínico - intervenções e formas de tratamento -, a privação do sono, a exposição a ruídos, iluminação e cenas impróprias, a falta de privacidade, a perda da autonomia das suas ações e a ruptura da relação e vínculo social e familiar fazem com que o mesmo fique vulnerável e dependente de maneira integral da equipe multiprofissional que ali se encontra. Muitas vezes, seus anseios não são correspondidos por completo, o que compromete o seu estado hemodinâmico, sua recuperação e sua adaptação local.

Estudo classificou estressores como eventos, situações ou estímulos que representam uma ameaça e/ou desafio ao indivíduo e, conseqüentemente, exigem adaptação física e psíquica após produzirem uma resposta de estresse no indivíduo, que pode ser resposta fisiológica e dependente da intensidade e qualidade dos estressores.⁽¹⁰⁾ Estudo relatou que a dor, a falta de autonomia e o uso de dispositivos são os principais fatores de estresse em pacientes.⁽¹¹⁾

Sendo assim, é fundamental que o paciente tenha informações e orientações a respeito do seu diagnóstico, tratamento e condutas a serem realizadas e que conheça a equipe responsável pelo seu atendimento; que possa ter contato e informações a respeito de seus familiares, bem como suporte para a resolução de questões sociais, visando minimizar as conseqüências do processo de hospitalização.

Observou-se que o paciente necessita da família, bem como a família necessita permanecer com o doente; e a separação dos membros propicia desestruturação no relacionamento e dinâmica familiar, principalmente se o doente for o provedor do domicílio. É visível que situações de ansiedade, medo, nervosismo e preocupação no paciente podem comprometer sua

estabilidade hemodinâmica, bem como afetar a saúde mental e qualidade de vida dos familiares.

A internação em UTI gera no familiar alto grau de estresse e ansiedade causados principalmente pela gravidade clínica do paciente e impossibilidade de se comunicar.⁽¹²⁾ Estudos classificaram o estresse como um fenômeno complexo, no qual a pessoa recebe um estímulo e interage com o ambiente interno e externo. De acordo com os fatores estressores recebidos, a pessoa pode reagir desenvolvendo reações inespecíficas, como alterações fisiológicas, psicológicas, emocionais e comportamentais.^(13,14) A capacidade que o indivíduo tem de enfrentar, gerenciar e se adaptar aos eventos estressantes, controlando as reações físicas e almejando qualidade de vida é um processo único e singular conceituado como coping.⁽¹⁴⁾ Em contrapartida, a não capacidade de adaptação acarreta o aumento do estresse⁽¹⁴⁾ e compromete o desempenho de todo o núcleo familiar.

A presença da família é fundamental para o desenvolvimento do cuidado humanizado em UTI^(2,5); logo, os profissionais da saúde precisam relacionar-se e envolver-se com os familiares, já que neste ambiente, a família participa do processo de cuidado e favorece a recuperação do paciente.⁽²⁾ A promoção da atenção e cuidado aos familiares faz parte do processo de humanização e confere ao núcleo familiar segurança, conforto, satisfação e equilíbrio para restabelecer e reestruturar as funções de cada membro diante do grupo familiar frente o processo saúde-doença.⁽¹⁵⁾

As primeiras 18-24 horas de internação são responsáveis por desencadear nos familiares crise situacional em razão da ruptura da relação paciente/família associada à falta de comunicação, informações, orientações e suporte para expressar as dúvidas, angústias, desejos e sentimentos.⁽⁸⁾ O desconhecimento do ambiente, a tecnologia existente na UTI para uma melhor assistência, a falta de esclarecimento das dúvidas, a não possibilidade de permanência em tempo integral ao lado do ente querido, as alterações físicas ocorridas com o paciente durante o período de internação e o simples fato da internação do familiar nesta unidade propiciam aos familiares o

desenvolvimento de sentimentos negativos.⁽⁹⁾ A família vivencia atitudes de desorganização, encontra-se sobrecarregada e expressando emoções de tensão, desespero, estresse, medo, culpa, depressão, angústia, ansiedade, incerteza, raiva e descontrole.⁽⁹⁾ Tais emoções maximizam-se, quando atreladas à falta de informação, de orientação e de contato com o paciente e pioram o desempenho do núcleo familiar frente aos aspectos psicossocioeconômicos.

A internação interfere no equilíbrio do núcleo familiar a partir do momento em que o paciente apresenta impossibilidade de tomada de decisões e transfere para o familiar esta responsabilidade durante o processo de internação, reabilitação e recuperação, sobrecarregando o familiar responsável perante a alteração de papéis e a vivência de novos desafios, resultando na mudança do bem-estar, estilo e qualidade de vida.⁽¹⁵⁾ Os familiares vivem em torno do familiar internado, ou seja, alteram a rotina de vida diária, as práticas sociais e apresentam dificuldades de cumprir com os seus compromissos e responsabilidades.⁽⁹⁾

Em 1976, Nancy Molter realizou o primeiro estudo para identificar as necessidades percebidas pelos familiares de pacientes críticos e o seu grau de importância, sendo que a necessidade mais importante identificada neste estudo foi “Sentir esperança”⁽¹⁶⁾. Em 1990, estudo já comprovou a necessidade referente a informações honestas e frequentes relacionadas ao estado de saúde, recuperação, evolução e prognóstico familiar do internado.⁽¹⁷⁾

A hospitalização em UTI tem como consequência os desconfortos vivenciados pelos familiares que se relacionam com a interação do indivíduo com aqueles que o circundam e com as situações enfrentadas no processo de doença e cuidado do familiar internado. Contudo estes desconfortos podem ser minimizados, quando a família participa do cuidado e torna-se o sujeito da atenção à saúde.⁽¹⁵⁾

Após o contato do doente com o familiar, o paciente consegue ter um melhor desempenho em seu tratamento e no processo de reabilitação. Estudo

ressaltou que recuperar o conceito de UTI e auxiliar na compreensão do termo é fundamental para a abordagem inicial do paciente e familiar; tal conceituação minimiza o preconceito imposto pela sociedade e contribui para o entendimento do processo saúde-doença.⁽⁹⁾ Observou-se também que os familiares necessitam de um cuidado, atenção e suporte para lidar com toda a situação e restabelecer a dinâmica familiar, pois o momento da hospitalização é difícil e delicado e os familiares muitas vezes passam por dificuldades sem expor suas necessidades.

De acordo com a Secretaria Nacional de Renda de Cidadania, “família é a unidade nuclear composta por um ou mais indivíduos, eventualmente ampliada por outros indivíduos que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todos moradores de um mesmo domicílio. Mesmo as pessoas que não sejam parentes, mas dividam rendas e despesas de um mesmo domicílio, é considerada uma família”. “Famílias Conviventes são famílias estendidas, compostas por duas ou mais unidades nucleares, parentes ou não, que residem em um mesmo domicílio, podem dividir as despesas habituais da casa, mas não compartilham outros gastos nem dividem os rendimentos.”⁽¹⁸⁾ O IBGE define o conceito de “família censitária quando existe um responsável pela família, mesmo que este não seja o responsável pelo domicílio. Toda vez que isto acontece, têm-se os domicílios com famílias conviventes. Na verdade, as famílias conviventes são famílias estendidas, compostas por duas ou mais famílias nucleares, parentes ou não parentes”.⁽¹⁹⁾

A família necessita participar, perguntar, esclarecer as dúvidas, conhecer a equipe envolvida, bem como os cuidados prestados, conseguir informações sobre a condição clínica do paciente, as intervenções, a reação ao tratamento e às dificuldades encontradas, as expectativas, permanecer com o doente, bem como obter mais informações a respeito do paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva, já que ambos precisam manter contato e obter notícias. O doente precisa obter informações a respeito das necessidades e desenvolvimento familiar e a família, por sua vez, tem direito a receber

informações a respeito do quadro clínico do paciente e deve participar do processo saúde-doença. A Enfermagem deve participar ativamente do processo de educação e orientação em saúde do paciente e da família. O reconhecimento individual das necessidades dos familiares contribui para amenizar e/ou controlar os sentimentos negativos, proporcionando um bom relacionamento e desempenho entre paciente, família e equipe de saúde por meio da união e fortalecimento em busca do bem-estar de todos.

O enfermeiro, assim como a equipe de Enfermagem, deve oferecer cuidado de forma integral ao paciente, e a família não pode estar desvinculada deste processo, quando se almejam resultados seguros, eficazes e duradouros. Assim sendo, é de vital importância que o enfermeiro seja preparado cientificamente, utilize uma metodologia para sistematizar o cuidado e que suas ações sejam desempenhadas em um ambiente humano, respeitoso e seguro para que o paciente possa alcançar um estado compatível à recuperação de sua condição clínica. Diante do exposto, os fatores estressores dos pacientes internados em UTI, bem como as necessidades do seu familiar, são essenciais para estabelecer um ambiente acolhedor, humano e de qualidade.

Com base nos estudos realizados, o problema aqui a ser aprofundado é avaliar a necessidade do paciente e do familiar no ambiente de Terapia Intensiva Coronariana. Os estudos realizados não abordaram a necessidade do paciente e do familiar vivenciado em um único momento, e não se sabe qual é o impacto desta necessidade em ambos quando o evento coronariano acomete o paciente, ou seja, não avaliou de forma mútua a necessidade do paciente e do seu familiar convivente na fase aguda da doença coronariana. Seguir estudando este tema é importante por que a UTI é um ambiente crítico e complexo e mesmo frente inúmeros estudos realizados com o mesmo tema, observou-se a abordagem separadamente da necessidade do paciente e do seu familiar; o paciente e o seu familiar sofrem mutuamente já que vivenciam o estado agudo e crítico de saúde, e ainda apresentam necessidades que precisam ser aprofundadas e compreendidas para que os profissionais da área

de saúde possam praticar o cuidado humanizado e assistir o seu cliente adequadamente. Na Unidade de Terapia Intensiva, a necessidade de um e do outro podem se acentuar diante o ambiente críticos e diante do estado crítico vivenciado. Logo avaliar as necessidades de ambos os indivíduos no mesmo momento vivenciado e em um único estudo é fundamental para alcançar os resultados por eles almejados de maneira eficaz.

Portanto, perguntam-se quais são os fatores estressores do paciente e as necessidades dos seus familiares conviventes em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Avaliação dos estressores de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva

Em 1973, iniciaram-se os estudos para a mensuração de estresse em pacientes hospitalizados com a escala Hospital Stress Rating Scale (HSRS); posteriormente, esta escala foi adaptada, dando origem ao instrumento Ballard Q-short, desenvolvido para investigar como os pacientes elencavam os estressores em UTI. Em 1985, o instrumento foi revisado e atualizado com inclusão de novos estressores relacionados à intubação e a psicoses em UTI e em 1989, foi novamente adaptado com a finalidade de comparar a percepção de enfermeiros e médicos a respeito dos fatores estressores em UTI e assim nomeado como Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale (ICUESS).⁽¹⁰⁾

Após a realização de estudos pregressos, em 1998, o instrumento foi reformulado com a adição de novos itens, totalizando 50 itens, dando origem ao instrumento Environmental Stressor Questionnaire (ESQ). No Brasil, a versão traduzida do ICUESS não foi submetida a todas as etapas de validação. Em 2006, o primeiro estudo brasileiro utilizou a versão brasileira do instrumento ESQ. Em 2010, o instrumento foi adaptado e validado no Brasil, mostrando-se confiável e válido para a avaliação de estressores em UTI e nomeado como Escala de Avaliação de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva.⁽¹⁰⁾

Trata-se de um instrumento validado e adaptado no Brasil baseado no instrumento ESQ, que se destinou a identificar os principais eventos estressantes percebidos pelos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva.

Entre os estudos nacionais publicados nos últimos cinco anos, foram encontrados artigos cujo objetivo foi identificar os fatores mais e menos estressores para os pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica. Os fatores mais estressores foram: não ter controle de si mesmo, e cama e/ou travesseiros desconfortáveis; e os menos estressores: ser examinado

constantemente por médicos e enfermeiros e presenciar os cuidados médicos e de Enfermagem realizados em outros pacientes, logo, os principais estressores estão relacionados a fatores intrapessoais e ambientais, assim como os menos estressores.⁽²⁰⁾ Outro estudo identificou e comparou os níveis e os fatores causadores de estresse em pacientes coronarianos internados em Unidades de Terapia Intensiva com características físicas distintas e observou que a estrutura física de uma UTI influencia na percepção dos pacientes sobre os fatores desencadeadores de estresse.⁽²¹⁾

2.2 Avaliação das necessidades dos familiares conviventes de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva

Nancy Molter desenvolveu o primeiro estudo para identificar as necessidades percebidas por 40 familiares de pacientes críticos e o seu grau de importância. Para tal, construiu um questionário próprio que continha 45 necessidades, organizadas em cinco diferentes dimensões: Suporte, Conforto, Informação, Proximidade e Segurança, as quais foram classificadas de acordo com o grau de importância^(16,22) sem mais informações a respeito da mensuração dos dados coletados. As dimensões possuem um significado para o familiar convivente e cada qual reflete: o *Suporte* - a disponibilidade de recursos de apoio e/ou ajuda especializada; o *Conforto* - o desejo da família de ser fisicamente confortável para reduzir o sofrimento; a *Informação* - o objetivo da família em entender a condição do paciente e a *Proximidade* - o desejo da família de vincular e manter relações com o paciente.⁽²³⁾ Em 1986, a enfermeira Jane Leske reorganizou de maneira randômica a sequência dos itens do questionário de Molter e, a partir de um estudo com 55 familiares, nomeou o questionário de Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), contendo ainda 45 necessidades.^(16,22)

Em 1991, Leske conduziu um novo estudo com 677 familiares e, após análise fatorial, observou cinco dimensões relacionadas ao questionário: Suporte, Conforto, Informação, Proximidade e Segurança. Os três estudos relatados obtiveram como

resultado a necessidade “Sentir esperança” como sendo a mais importante pelos familiares.^(16,22)

Hickey (1990) fez uma revisão de literatura (1976-1988) sobre as necessidades de familiares de pacientes críticos, em que oito artigos utilizaram o CCFNI, e as necessidades mais importantes foram as relacionadas à Informação e à Segurança.⁽²²⁾

No Brasil, Castro (1999) efetuou a adaptação transcultural e validação do Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), que se destinou a medir o grau de importância que o familiar atribui às necessidades presentes.^(16,24,25) Desde a década de 1990, o CCFNI tem sido utilizado em inúmeros estudos para avaliar as necessidades dos familiares de pacientes criticamente doentes em Unidade de Terapia Intensiva e para a análise psicométrica. Em sua maioria, trata-se de estudos descritivos e transversais.⁽²²⁾ O instrumento CCFNI foi validado e adaptado de forma transcultural e denominado Inventário de Necessidade e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI)⁽²⁴⁾, em 2004, Morgon e Guirardello validaram o INEFTI em escala de razão.⁽²⁶⁾

Entre os estudos nacionais publicados nos últimos cinco anos, foram encontrados artigos com abordagem quantitativa. O primeiro teve como objetivo identificar as necessidades dos familiares de recém-nascidos internados em UTI neonatal, e teve como resultado a identificação de necessidades não atendidas, como aquelas inseridas nas dimensões de proximidade e informação, as quais são passíveis de mudanças e adaptações, em busca de cuidado centrado na criança e na família.⁽²⁷⁾ Outro estudo realizado teve como objetivo identificar e comparar a percepção da comunicação não verbal expressa durante a visita hospitalar com o grau de satisfação e de importância dos familiares em relação às suas necessidades na UTI e foi possível identificar sinais não verbais de aproximação e conforto e de defesa e desconforto, portanto, de acordo com tais resultados, são cabíveis mudanças institucionais em busca de uma melhor assistência ao núcleo familiar.⁽²⁸⁾

Logo, é extremamente importante reconhecer as necessidades de segurança, informação, proximidade, conforto e suporte dos familiares para favorecer a identificação de problemas, determinar objetivos e disponibilizar recursos, tendo em vista a elaboração de uma assistência de Enfermagem segura e de qualidade.

3. OBJETIVOS

1. Avaliar os fatores estressores dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva coronariana;
2. Avaliar as necessidades dos familiares conviventes de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva coronariana.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal.

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva coronariana do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo - Hospital São Paulo - Instituição de grande porte, de atenção múltipla, voltada à educação, pesquisa e assistência.

4.2.1 Descrição do local do estudo

Trata-se de uma Unidade de Terapia Intensiva clínica coronariana, contendo seis leitos, sendo cinco deles dispostos em área comum, separados apenas por uma divisória móvel e um leito em isolamento com divisórias fixas. A unidade não comporta sala de espera para familiares, porém no corredor de acesso à unidade, existem poltronas, assentos e banheiro para a recepção dos familiares.

A temperatura ambiente da Unidade de Terapia Intensiva mantém-se em torno de 22°C, conforme recomendação da Anvisa, que justifica a temperatura às “características das atividades e ao recobrimento térmico estabelecido pelas vestimentas que protegem o corpo e criam condições mais favoráveis a temperaturas mais amenas”.⁽²⁹⁾

A média mensal de internação é de 45 a 50 pacientes/mês e a equipe é constituída de 3 médicos residentes, 1 enfermeiro coordenador, 7 enfermeiros assistenciais, 14 técnicos de Enfermagem e 1 fisioterapeuta. A relação enfermeiro assistencial/paciente é de 1/6.

O horário de visita acontece todos os dias no período da tarde das 17h00min às 18h30min, permitindo-se a entrada de duas pessoas por vez. Durante este período, os familiares têm acesso a informações médicas e de Enfermagem a respeito do estado clínico do paciente, prognóstico e condutas clínicas. As orientações referentes à UTI, como a rotina e a necessidade de pertences individuais do paciente, são transmitidas durante a internação na unidade pelo enfermeiro responsável ao familiar presente. As orientações sobre a dinâmica da UTI são transmitidas pelo enfermeiro de plantão durante a internação do paciente na unidade.

Após o familiar apresentar-se na recepção com a identificação de visitante, ele é orientado e liberado para adentrar a instituição. O acesso à unidade é liberado mediante a autorização do enfermeiro responsável pela unidade, bem como são solicitados os pertences necessários para sua estadia, não sendo autorizada a entrada de pessoas com idade inferior a 12 anos, conforme regulamento estabelecido pela instituição, no entanto, em casos especiais, a enfermeira de plantão pode estabelecer critérios para a permissão da entrada.

O familiar é orientado quanto às rotinas da unidade no primeiro dia e comunicado da impossibilidade de transmissão de informações por contato telefônico e que, em casos especiais, considerando a gravidade do caso, poderá ser solicitada a presença de familiares.

Durante os dias da semana, é realizado atendimento com a equipe de psicólogos e do Serviço Social, quando necessário, aos pacientes e familiares e diariamente é feita a visita com equipe multiprofissional à beira do leito e aos finais de semana é ofertado atendimento religioso pelo capelão do hospital.

4.3 Amostra

O tamanho da amostra constou de 200 participantes, sendo eles: 100 pacientes e seus respectivos familiares, ou seja, 100 familiares conviventes. Este cálculo levou como base a amostra obtida por dois estudos que avaliaram os estressores em Unidade de Terapia Intensiva.^(22,30)

A amostra populacional foi composta por pacientes admitidos na UTI Coronariana e pelo familiar convivente identificado pelo paciente como pessoa significativa, e que concordaram em participar da pesquisa.

Neste estudo, dentre os envolvidos nas situações de reflexões sobre o processo saúde-doença, consideramos o familiar convivente do portador de doença coronariana como sendo aquele que, ao participar das visitas, recebe informações sobre o diagnóstico médico, o quadro clínico e prognóstico do paciente, ou seja, que se interessa pelo paciente, e que o paciente o reconhece como referência para o seu cuidado; é designado pelo paciente como o indivíduo que ele reconhece e/ou seleciona com alto grau de importância – significativo.

Foram utilizados como critérios de inclusão para este estudo:

- pacientes adultos com idade superior a 18 anos internados na UTI Coronariana por mais de 24 horas admitidos por Síndrome Coronariana Aguda;
- familiar convivente indicado pelo paciente com idade maior de 18 anos capaz de compreender e responder aos instrumentos utilizados e ter visitado o paciente pelo menos uma vez na internação.

Não foram incluídos no estudo os pacientes que entre 24 a 48 horas da admissão encontravam-se em uso de sedação e ventilação mecânica devido à impossibilidade de responder ao questionário e familiar/pessoa convivente ausente durante o período de internação.

4.4 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente, foi realizado um pré-teste com 20 pacientes/familiares de UTI, o qual foi avaliado por um estatístico com o objetivo de verificar a aplicabilidade dos instrumentos e identificar possíveis dificuldades e assim evitar possível viés no presente estudo.

Os dados foram coletados no período de março de 2016 a janeiro de 2018 pelo pesquisador principal, por meio da aplicação dos instrumentos supracitados.

O Hospital São Paulo, nos anos de 2016-2017, enfrentou uma grave crise financeira. Em 2017, esse fato intensificou-se; em março/2017 as internações eletivas foram suspensas, em abril/2017, o Pronto-Socorro passou a atender somente casos de urgência e emergência. Os atendimentos foram reduzidos, unidades de internação foram fechadas, leitos foram bloqueados e o número de pacientes internados diminuiu para a metade. Sendo assim, a coleta de dados foi prorrogada e extensa, visando alcançar o objetivo do estudo e o número de pacientes e familiares estabelecidos pela análise e cálculo estatístico.

Primeiramente, os participantes foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão.

4.5 Dados do paciente

4.5.1 Instrumento de coleta de dados do paciente

Para avaliação do paciente, foram utilizadas a Ficha de caracterização do paciente (Apêndice 2) e a Escala de avaliação de estressores em Unidade de Terapia Intensiva (Anexo 3).

4.5.1.1 Ficha de caracterização do paciente: dados sociodemográficos contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, nível educacional, situação conjugal, religião e situação de trabalho; dados clínicos, contendo as seguintes variáveis: unidade de origem, comorbidades, diagnóstico médico, complicações desenvolvidas, nível de gravidade, tempo de internação, situação de saída da UTI e internações anteriores em UTI.

a) As variáveis sociodemográficas utilizadas no instrumento para a coleta de dados do paciente foram:

Sexo: masculino ou feminino.

Idade: foi considerada em anos completos, calculada a partir da data de nascimento e considerando a data da entrevista.

Religião: foi autorreferida pelo entrevistado e classificada em: evangélico, católico, espírita, cristão, nenhuma e outro (especificar).

Situação conjugal: foi autorreferida pelo entrevistado e classificada em: solteiro, casado, união consensual, divorciado, separado e viúvo.

Nível educacional: foi classificada em analfabeto, I Grau Incompleto, I Grau Completo, II Grau Incompleto, II Grau Completo, III Grau Incompleto, III Grau Completo e Pós-Graduação.

Situação de trabalho: foi autorreferida pelo entrevistado e classificada em: empregado, desempregado, aposentado, dona de casa, autônomo, estudante, licença médica e informal.

b) As variáveis clínicas utilizadas no instrumento para a coleta de dados do paciente foram:

Unidade de origem: foi avaliada a origem deste paciente e classificada em Pronto-Socorro, Unidade de Internação (Enfermaria), Unidade de Hemodinâmica e/ou outro serviço de saúde.

Comorbidades: foram avaliadas as comorbidades do paciente de acordo com o registro em prontuário e classificadas em: diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, insuficiência renal, cardiopatias (IAM, AI, ICC, Arritmias), doenças cerebrovasculares (AVCi, AVCh), neoplasia maligna, hepatopatia crônica e DPOC.

Diagnóstico médico: foi considerado o diagnóstico médico descrito no prontuário.

Complicações desenvolvidas: foram consideradas as complicações desenvolvidas pelo paciente até o momento da coleta de dados e registradas em prontuário.

Condição de saída da UTI: foi considerado o registro em sistema eletrônico e classificado como curado, melhorado/acompanhamento ambulatorial, transferência para outro estabelecimento e óbito.

Tempo de internação: foi considerado o número de dias desde o dia de internação até o dia da coleta de dados.

Experiência anterior de internação em UTI: foi avaliada a presença ou ausência de internações prévias do paciente.

Nível de gravidade/Risco de óbito – GRACE: foi avaliado o risco de mortalidade de acordo com o instrumento GRACE e classificado em baixo risco, intermediário risco e alto risco.⁽³¹⁾

O escore GRACE (Anexo 1) é um escore prognóstico específico com melhor desempenho desenvolvido para tal doença (registro global de eventos coronários agudos).⁽³²⁾ Trata-se de um instrumento com método simples e aplicável a todas as SCA⁽³³⁾ com o objetivo de direcionar o manejo clínico diante do prognóstico do paciente e prevenir o risco de mortalidade para pacientes com SCA. A coleta de dados consta de informações relacionadas às complicações clínicas pós-Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e informações relacionadas ao risco de mortalidade precoce. O escore GRACE consiste de oito variáveis, sendo que cinco são computadas com valores diferentes para cada estrato de idade, frequência cardíaca,

pressão arterial sistólica, creatinina plasmática e classe de Killip. As demais variáveis, como desvio do segmento ST, elevação de marcador de necrose miocárdica (troponina) e parada cardiorrespiratória na admissão, são computadas de forma dicotômica.⁽³¹⁾

O escore final pode variar de 0 a 372. Assim, os dados podem ser classificados da seguinte forma: baixo risco - escore GRACE ≤ 108 e mortalidade intra-hospitalar $< 1\%$; intermediário risco - escore GRACE 109-140 e mortalidade intra-hospitalar 1-3%; alto risco - escore GRACE > 140 e mortalidade intra-hospitalar $> 3\%$.⁽³¹⁾

4.5.1.2 Avaliação dos estressores de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva

Foi utilizada a Escala de Avaliação de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva (Anexo 3), instrumento composto de 50 itens avaliados por meio de escala tipo Likert de cinco pontos caracterizadas de 0 a 4 pontos.⁽¹⁰⁾ Essa avaliação é feita por meio de um escore de Likert, sendo que a pontuação é crescente, isto é, quanto maior o valor atribuído aos itens, maior é o grau de estresse.^(24,26)

O nível de estresse avaliado é caracterizado conforme quadro 1 abaixo:^(10,30)

Quadro 1. Nível de estresse da Escala de Avaliação de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo, 2018.

Escore	Classificação Estressores
0	Não se aplica
1	Não estressante
2	Moderadamente estressante
3	Muito estressante
4	Extremamente estressante

4.5.2 Procedimento de coleta de dados do paciente

A coleta de dados iniciou-se com o paciente após 24 horas de internação. A pesquisadora identificou-se e apresentou o respectivo estudo e o seu objetivo ao paciente, o qual foi indagado quanto à aceitação em participar do estudo e, após o aceite, foi aplicado o TCLE/Resolução 2012 (Apêndice 1) sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Em seguida, a pesquisadora perguntou ao paciente quem era o familiar convivente; após a resposta, foram aplicados os instrumentos da coleta de dados ao paciente: a pesquisadora aplicou o questionário – ficha de caracterização do paciente (Apêndice 2) e aplicou a escala de GRACE (Anexo 1). Posteriormente, o paciente respondeu ao instrumento – escala de avaliação de estressores em Unidade de Terapia Intensiva (Anexo 3).

4.5.3 Análise estatística - dados dos pacientes

4.5.3.1 Dados sócio-demográficos e clínicos dos pacientes

A análise descritiva foi utilizada para avaliar as variáveis de caracterização do paciente a partir dos dados sociodemográficos e clínicos.

4.5.3.2 Escala de Avaliação de Estressores do Paciente em UTI

Os fatores estressores do paciente foram avaliados de acordo com a classificação do estresse relatado por ele. O escore total é obtido por meio da soma das respostas aos 50 itens, sendo possível a variação de 0 a 200 pontos, sendo que quanto maior o valor, maior é o estresse percebido pelo paciente. Para a caracterização geral do nível do estresse, a análise do instrumento foi avaliada a partir do cálculo da média e desvio-padrão dos escores para cada um dos 50 itens e ranqueada desde a mais estressante até a menos estressante, ou seja, é feita a soma total dos pontos e o resultado é dividido pelo número de perguntas (50 perguntas).⁽¹⁰⁾

Os resultados do escore - muito estressante e extremamente estressante - foram agrupados como mais estressantes para melhor análise e exposição dos dados, sendo que os demais resultados permaneceram com a classificação moderadamente estressante e não estressante.

4.6 Dados dos familiares conviventes

4.6.1 Instrumento de coleta de dados do familiar convivente

Para a avaliação do familiar, foram utilizados a Ficha de caracterização do familiar (Apêndice 3) e o Inventário de necessidades de familiares em terapia intensiva – INEFTI (Anexo 2).

4.6.1.1 Ficha de caracterização do familiar: dados sociodemográficos contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, nível educacional, situação conjugal, religião, situação de trabalho e renda mensal da família; relacionamento com o paciente contendo as seguintes variáveis: relação do informante com o paciente, tempo de convivência com o paciente, experiências anteriores com internações em UTI, nível de informação sobre o diagnóstico médico e sobre os profissionais que cuidam do doente (médico e enfermeiro).

a) As variáveis sociodemográficas utilizadas no instrumento para a coleta de dados do familiar convivente foram:

Sexo: foi classificado em: masculino ou feminino.

Idade: foi considerada em anos completos, calculada a partir da data de nascimento e levando em conta a data da entrevista.

Nível educacional: foi classificada em analfabeto, I Grau Incompleto, I Grau Completo, II Grau Incompleto, II Grau Completo, III Grau Incompleto, III Grau Completo e Pós Graduação.

Situação conjugal: foi autorreferida pelo entrevistado e classificada em: solteiro, casado, união consensual, separado, divorciado e viúvo.

Religião: foi autorreferida pelo entrevistado e classificada em: evangélico, católico, espírita, cristão, nenhuma e outro.

Situação de trabalho: foi classificada em empregado, desempregado, aposentado, dona de casa, autônomo, estudante, licença médica, informal e cuidador remunerado.

Renda mensal da família: foi obtida pela renda total da família analisada segundo o valor do salário mínimo (SM) vigente no ano de 2016, período da coleta de dados, no valor correspondente à R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais).⁽³⁴⁾ Foi classificada em < 1 a 3 SM, 4 a 5 SM, 6 a 10 SM e > 10 SM.

b) As variáveis de relacionamento com o paciente utilizadas no instrumento para a coleta de dados do familiar convivente foram:

Relação do informante com o paciente: avaliar o grau de parentesco do familiar com o paciente bem como o tempo de convivência entre eles. Foi classificada em: cônjuge, pai, mãe, filho(a), irmão(a), namorado(a) e outros (especificar).

Tempo de convivência com o paciente: foi autorreferida pelo entrevistado.

Experiência anterior com parentes em UTI: foi autorreferida pelo entrevistado quanto à vivência, presença ou ausência de experiências anteriores com parentes internados em UTI. Se sim, relataram o número de vezes.

Conhecimento do diagnóstico médico do parente: o familiar foi indagado quanto ao seu conhecimento a respeito do diagnóstico médico do paciente e do conhecimento da equipe responsável pelo atendimento do seu familiar (médico e enfermeiro responsáveis).

4.6.1.2 Avaliação das necessidades dos familiares conviventes de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva

A necessidade do familiar convivente de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva foi avaliada de acordo com o grau de importância e satisfação do familiar relacionado às suas respectivas dimensões conforme o instrumento Inventário de Necessidade e Estressores de Familiares de Terapia Intensiva (INEFTI) - Anexo 2.

O INEFTI é utilizado para avaliar a necessidade dos familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva, bem como avaliar a satisfação que os familiares sentem com o atendimento prestado. O instrumento foi avaliado pelo teste de duas metades após a aplicação em uma amostra de 103 familiares de pacientes internados em UTI pública. Após a análise do instrumento geral, dois itens foram excluídos, obtendo-se um instrumento com 43 itens. A autora ainda efetuou alterações no instrumento frente à escala original, adicionando a avaliação do nível de satisfação dos familiares quanto ao atendimento e alterou o sistema de pontuação das questões, adotando escores com variação de 0-3 nas escalas do grau de importância e satisfação. As duas escalas de medida são crescentes, ou seja, quanto maior o valor atribuído aos itens, maior é o grau de importância ou de satisfação.^(24,26) Porém neste estudo adotamos o sistema de pontuação de 1 a 4, com o objetivo de facilitar a comparação de dados e resultados de estudos internacionais que utilizaram o CCFNI, instrumento que deu origem ao INEFTI. As necessidades com média maior ou igual a 3 foram consideradas como importantes e satisfeitas, sendo assim, de acordo com o valor de cada escore e o total de itens, o escore total do instrumento varia de 43 a 172. Para a avaliação deste inventário, cada indicador é avaliado separadamente, onde se considera importante e satisfatório, quando o familiar identifica o escore mínimo de 3 pontos.^(22,24,26)

Portanto, o INEFTI adaptado e disponível em português avalia, por meio de 43 indicadores, o grau de importância que o familiar atribui para cada indicador relacionado à internação hospitalar e o grau de satisfação que o mesmo atribui com a internação. Recorreu-se, para a medida, à escala categórica, que produz dados descritivos ou de mensuração ordinal, nos quais apenas a ordenação entre os valores escalares é admissível. O método de estimação de magnitude consiste no

juízo pessoal para uma série de situações sociais ou clínicas, de modo que o participante é instruído a designar números que sejam proporcionais à intensidade de sua resposta subjetiva em relação a uma determinada situação vivenciada por ele.⁽²⁶⁾

O grau de importância e satisfação avaliado por este instrumento é caracterizado conforme o quadro 2 abaixo:

Quadro 2. Grau de importância e satisfação do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Terapia Intensiva. São Paulo, 2018.

Escores	Classificação Importância	Classificação Satisfação
1	Não importante	Insatisfeito
2	Pouco importante	Pouco satisfeito
3	Muito importante	Muito satisfeito
4	Importantíssimo	Totalmente satisfeito

Os 43 indicadores avaliados pelo INEFTI são agrupados em 5 dimensões, conforme o quadro 3 abaixo:

Quadro 3. Indicadores de avaliação do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Terapia Intensiva. São Paulo, 2018.

Dimensões	Siglas	Nº de itens	Itens
Segurança	SEG	7	1, 5, 14, 17, 33, 40, 41
Proximidade	PROX	9	6, 10, 29, 34, 37, 38, 39, 42, 43
Informação	INF	8	3, 4, 11, 13, 15, 16, 19, 36
Conforto	CONF	6	8, 20, 21, 23, 28, 32
Suporte	SUP	13	2, 7, 9, 12, 18, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 35

4.6.2 Procedimento de coleta de dados do familiar convivente

No horário de visita, a pesquisadora efetuou a coleta de dados com o familiar convivente identificado pelo paciente e, em uma sala apropriada e local privativo, após a coleta de dados com o paciente, a pesquisadora apresentou o respectivo estudo e o seu objetivo ao familiar, o qual foi indagado quanto à aceitação em participar do estudo. Após a aceitação, foi aplicado o TCLE/Resolução 2012 (Apêndice 1) e iniciada a coleta de dados com o familiar. Não houve caso em que o familiar não aceitou participar do estudo. A pesquisadora aplicou o questionário – ficha de caracterização do familiar (Apêndice 3) e, em seguida, o familiar respondeu ao inventário de necessidades e estressores de familiares em terapia intensiva – INEFTI (Anexo 2).

4.6.3 Análise estatística - dados dos familiares conviventes

4.6.3.1 Dados sociodemográficos dos familiares conviventes

A análise descritiva foi utilizada para avaliar as variáveis de caracterização do familiar convivente a partir dos dados sociodemográficos, do seu relacionamento com o paciente e da avaliação da informação.

4.6.3.2 Dados INEFTI

A análise do instrumento foi avaliada a partir do cálculo da média e desvio-padrão dos escores para cada um dos 43 itens.

As necessidades dos familiares foram avaliadas de acordo com a importância e satisfação. Os resultados relacionados à importância foram avaliados individualmente e foram citados os resultados classificados como não importante e importantíssimo. Os resultados relacionados à satisfação foram agrupados em resultados positivos de satisfação, os quais compreendem o escore muito satisfeito e totalmente satisfeito, e em resultados negativos de satisfação, que se consubstanciam em: escore insatisfeito e pouco satisfeito. Tal associação dos resultados foi assim citada para melhor análise e exposição dos dados.

4.7 Aspectos éticos

Conforme as determinações das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo os seres humanos, o projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo sob o número CEP: 1350/2015 e Plataforma Brasil sob o número CAAE: 50468915.8.0000.5505, e os dados foram coletados após a aprovação do projeto.

5. RESULTADOS

Foram incluídos 100 pacientes internados em uma UTI Cardiológica e 100 familiares conviventes de pacientes internados. Apresentamos os dados separadamente na sequência.

5.1 Resultados Pacientes

5.1.1 Dados sociodemográficos e clínicos

Diante da amostra de 100 pacientes internados na UTI, obtivemos que 70% corresponderam ao sexo masculino; 41% têm de 51 a 60 anos de idade e 28%, de 61 a 70 anos; 28% têm o 1º Grau incompleto e 23%, o 2º Grau completo; 50% da amostra são casados; 60% são católicos; 35% são aposentados e 24% estão empregados, conforme dados demonstrados na tabela 1.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.

Variáveis sociodemográficas	N (%)
Sexo	
Masculino	70 (70%)
Feminino	30 (30%)
Idade	
18-30 anos	2 (2%)
31-40 anos	5 (5%)
41-50 anos	9 (9%)
51-60 anos	41 (41%)
61-70 anos	28 (28%)
> 70 anos	15 (15%)
Nível Educacional	
Analfabeto	4 (4%)
1º Grau Incompleto	28 (28%)
1º Grau Completo	14 (14%)
2º Grau Incompleto	16 (16%)
2º Grau Completo	23 (23%)
3º Grau Incompleto	6 (6%)
3º Grau Completo	8 (8%)
Pós-Graduação	1 (1%)
Situação Conjugal	
Casado	50 (50%)
União Consensual	15 (15%)
Viúvo	13 (13%)
Solteiro	11 (11%)
Divorciado	9 (9%)
Separado	2 (2%)
Religião	
Católica	60 (60%)
Evangélica	22 (22%)
Espírita	8 (8%)
Cristão	7 (7%)
Nenhuma	3 (3%)
Situação de trabalho	
Aposentado	35 (35%)
Empregado	24 (24%)
Autônomo	23 (23%)
Desempregado	9 (9%)
Dona de casa	9 (9%)

Com relação aos dados clínicos dos pacientes, 49% foram admitidos oriundos de outros serviços de saúde devido à parceria da instituição onde se fez a coleta de dados.

No que diz respeito aos antecedentes pessoais, 81% dos pacientes tinham alguma comorbidade, sendo que as mais prevalentes foram Hipertensão Arterial

Sistêmica (HAS), Dislipidemia (DLP) e Diabetes Mellitus (DM) e 32% dos pacientes referiram internações anteriores em UTI, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2. Comorbidades dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.

Comorbidades	N (%)
DM	
Não	75 (75%)
Sim	25 (25%)
HAS	
Sim	66 (66%)
Não	34 (34%)
Neoplasia	
Não	93 (93%)
Sim	7 (7%)
Insuficiência Renal	
Não	94 (94%)
Sim	6 (6%)
Obesidade	
Não	95 (95%)
Sim	5 (5%)
DLP	
Não	60 (60%)
Sim	40 (40%)
Doença Cardiovascular	
Não	86 (86%)
Sim	14 (14%)
Cerebrovascular	
Não	93 (93%)
Sim	7 (7%)
Hepatopatia	
Não	98 (98%)
Sim	2 (2%)
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	
Não	95 (95%)
Sim	5 (5%)

Quanto ao diagnóstico médico, 46% dos pacientes tiveram o diagnóstico de IAM C/ SSST; em sua maioria, os pacientes não tiveram complicações desenvolvidas relacionadas ao diagnóstico, tratamento e/ou tempo de internação, porém as complicações mais presentes foram arritmia (9%) e morte súbita revertida (6%), dados disponíveis na tabela 3.

Tabela 3. Complicações Desenvolvidas dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.

Complicações desenvolvidas	N (%)
Nenhuma	77 (77%)
Arritmia	9 (9%)
Morte Súbita Revertida	6 (6%)
Trombose de stent	2 (2%)
HAS	1 (1%)
Nefropatia por contraste	1 (1%)
Pseudoaneurisma	1 (1%)
AVCh	1 (1%)
Emergência hipertensiva	1 (1%)
Nefropatia/AVCh	1 (1%)

No que concerne à caracterização do Escore Grace dos pacientes internados no momento da internação, 45% dos pacientes foram classificados no Escore Grace de alto risco, conforme a tabela 4.

Tabela 4. Escore Grace dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.

Escore Grace	N (%)
Risco alto - > 3 %	45 (45%)
Risco intermediário – 1 a 3%	38 (38%)
Risco baixo - < 1%	17 (17%)

Na avaliação dos dados dos pacientes internados, encontrou-se que 46%, 18% e 15% dos pacientes permaneceram por dois, três e quatro dias internados na UTI respectivamente, sendo que a saída da unidade foi com condição clínica melhorada e em acompanhamento ambulatorial em 53% dos pacientes. Nenhum dos pacientes entrevistados evoluiu a óbito.

5.1.2 Fatores Estressores

Observamos, por meio da aplicação da escala de avaliação de estressores em UTI, que os fatores mais estressantes considerados foram: “Ter preocupações financeiras.” (30%), “Não conseguir se comunicar.” (29%), “Não ter controle sobre si mesmo.” (28%), “Estar incapacitado para exercer seu papel na família.” (27%) e “Desconhecer o tempo de permanência na UTI.” (27%), conforme mostra a tabela 5.

A classificação moderadamente estressante apresentou os seguintes fatores: “Sentir falta do marido, esposa ou companheiro.” (26%), “Não ter privacidade.” (25%), “Desconhecer o tempo de permanência na UTI.” (24%), “Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido ao soro ou medicação na veia.” (23%) e “Não saber quando vão ser feitos os procedimentos em você.” (23%), conforme mostra a tabela 5.

Os fatores “Ter a Enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito.” (96%), “Ser frequentemente examinado pela equipe médica e de Enfermagem.” (95%), “Ter máquinas estranhas ao seu redor.” (95%), “Receber cuidados de médicos que eu não conheço.” (93%) e “Ter homens e mulheres no mesmo quarto.” (89%) e “Ouvir pessoas falando sobre você.” (89%), foram os mais citados como não estressante.

A classificação não se aplica foi aplicada quando o paciente não vivenciou o fator estressor correspondente, e os mais citados foram: “Estar preso por tubos e drenos.” (97%), “Ficar com tubos e sondas no nariz e/ou na boca.” (93%), “Sentir que a enfermagem está muito apressada.” (88%), “Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento.” (82%) e “Sentir cheiro estranhos ao seu redor.” (82%).

Em razão do fato de o paciente compreender o seu estado de saúde e sua necessidade em permanecer nas condições estabelecidas como forma de tratamento e com o objetivo de recuperar sua saúde, muitos fatores foram classificados como não se aplica, conforme mostra a tabela 5.

Tabela 5. Variáveis da Escala de Avaliação de Estressores dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.

ESTRESSORES	Não estressante	Moderadamente estressante	Muito estressante	Extremamente estressante	Não se aplica
1. Sentir dor.	38 (38%)	20 (20%)	16 (16%)	6 (6%)	20 (20%)
2. Não conseguir dormir.	45 (45%)	19 (19%)	26 (26%)	2 (2%)	8 (8%)
3. Estar incapacitado para exercer seu papel na família.	49 (49%)	18 (18%)	27 (27%)	5 (5%)	1 (1%)
4. Desconhecer o tempo de permanência na UTI.	42 (42%)	24 (24%)	27 (27%)	7 (7%)	0 (0%)
5. Ter luzes acesas constantemente.	66 (66%)	19 (19%)	12 (12%)	1 (1%)	2 (2%)
6. Ser furado por agulhas.	72 (72%)	15 (15%)	13 (13%)	0 (0%)	0 (0%)
7. Ter sede.	51 (51%)	21 (21%)	17 (17%)	4 (4%)	7 (7%)
8. Não conseguir mexer as mãos ou braços devido ao soro ou medicação na veia.	57 (57%)	23 (23%)	16 (16%)	3 (3%)	1 (1%)
9. Não ter privacidade.	62 (62%)	25 (25%)	11 (11%)	1 (1%)	1 (1%)
10. Ter preocupações financeiras.	42 (42%)	10 (10%)	30 (30%)	4 (4%)	14 (14%)
11. Sentir medo de morrer.	14 (14%)	9 (9%)	25 (25%)	5 (5%)	47 (47%)
12. Escutar o barulho e os alarmes dos aparelhos.	72 (72%)	22 (22%)	5 (5%)	1 (1%)	0 (0%)
13. Escutar o gemido de outros pacientes.	59 (59%)	11 (11%)	9 (9%)	0 (0%)	21 (21%)
14. Estar em um quarto muito quente ou muito frio.	65 (65%)	16 (16%)	3 (3%)	2 (2%)	14 (14%)
15. Sentir falta do marido, esposa ou companheiro(a).	47 (47%)	26 (26%)	23 (23%)	4 (4%)	0 (0%)
16. Enfermagem e médicos falando muito alto.	64 (64%)	17 (17%)	6 (6%)	2 (2%)	11 (11%)
17. Ficar com tubos e sondas no nariz e/ou na boca.	1 (1%)	0 (0%)	6 (6%)	0 (0%)	93 (93%)
18. Ter medo de pegar AIDS.	16 (16%)	10 (10%)	6 (6%)	1 (1%)	67 (67%)
19. Não saber quando vão ser feitos os procedimentos em você.	61 (61%)	23 (23%)	10 (10%)	3 (3%)	3 (3%)
20. Ver a família e os amigos apenas por alguns minutos por dia.	68 (68%)	16 (16%)	12 (12%)	4 (4%)	0 (0%)
21. Estar preso por tubos e drenos.	1 (1%)	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)	97 (97%)
22. Escutar o alarme de seu monitor cardíaco disparar.	75 (75%)	15 (15%)	4 (4%)	0 (0%)	6 (6%)
23. Não conseguir se comunicar.	53 (53%)	13 (13%)	29 (29%)	3 (3%)	2 (2%)

continua

	continuação				
24. Estar aborrecido.	9 (9%)	14 (14%)	20 (20%)	2 (2%)	55 (55%)
25. Escutar sons e ruídos desconhecidos.	59 (59%)	17 (17%)	4 (4%)	1 (1%)	19 (19%)
26. Ouvir pessoas falando sobre você.	89 (89%)	8 (8%)	3 (3%)	0 (0%)	0 (0%)
27. Ter uma cama e/ou travesseiros desconfortáveis.	69 (69%)	11 (11%)	17 (17%)	2 (2%)	1 (1%)
28. Não ter controle sobre si mesmo.	48 (48%)	21 (21%)	28 (28%)	2 (2%)	1 (1%)
29. Sentir cheiros estranhos ao seu redor.	11 (11%)	4 (4%)	3 (3%)	0 (0%)	82 (82%)
30. Escutar a equipe de Enfermagem falar termos que eu não entendo.	73 (73%)	10 (10%)	7 (7%)	0 (0%)	10 (10%)
31. Não saber que horas são.	59 (59%)	18 (18%)	18 (18%)	1 (1%)	4 (4%)
32. Ser acordado pela Enfermagem.	88 (88%)	8 (8%)	2 (2%)	0 (0%)	2 (2%)
33. Escutar o telefone tocar.	87 (87%)	5 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (8%)
34. Não receber explicações sobre seu tratamento.	25 (25%)	10 (10%)	14 (14%)	2 (2%)	49 (49%)
35. Ter que ficar olhando para os detalhes do teto.	59 (59%)	17 (17%)	22 (22%)	2 (2%)	0 (0%)
36. Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento.	14 (14%)	2 (2%)	1 (1%)	1 (1%)	82 (82%)
37. Receber cuidados de médicos que eu não conheço.	93 (93%)	4 (4%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
38. Ter máquinas estranhas ao seu redor.	95 (95%)	4 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
39. Ter que usar oxigênio.	36 (36%)	8 (8%)	6 (6%)	0 (0%)	50 (50%)
40. Não saber que dia é hoje.	27 (27%)	11 (11%)	6 (6%)	1 (1%)	55 (55%)
41. Sentir que a Enfermagem está mais atenta aos aparelhos do que a você.	37 (37%)	5 (5%)	5 (5%)	0 (0%)	53 (53%)
42. Ver bolsas de soro penduradas sobre a sua cabeça.	77 (77%)	7 (7%)	8 (8%)	0 (0%)	8 (8%)
43. Sentir que a Enfermagem está muito apressada.	6 (6%)	2 (2%)	4 (4%)	0 (0%)	88 (88%)
44. Não ter a noção de onde você está.	16 (16%)	10 (10%)	4 (4%)	0 (0%)	70 (70%)
45. Observar tratamentos que estão sendo dados a outros pacientes.	87 (87%)	3 (3%)	3 (3%)	2 (2%)	5 (5%)
46. Ter que medir a pressão arterial várias vezes ao dia.	79 (79%)	16 (16%)	5 (5%)	0 (0%)	0 (0%)

continua

continuação

47. Ter homens e mulheres no mesmo quarto.	89 (89%)	6 (6%)	3 (3%)	0 (0%)	2 (2%)
48. Ser frequentemente examinado pela equipe médica e de Enfermagem	95 (95%)	3 (3%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)
49. Ter a Enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito.	96 (96%)	3 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
50. Membro da equipe de Enfermagem não se apresentar pelo nome.	36 (36%)	7 (7%)	4 (4%)	0 (0%)	53 (53%)

5.2 Resultados Familiares Conviventes

5.2.1 Dados sociodemográficos

A partir da coleta de dados do familiar convivente dos pacientes internados na UTI, apurou-se que 37% dos familiares convivem de 21 a 30 anos com o paciente, 35% dos familiares fizeram o 2º Grau completo, 53% estão empregados e 53% possuem renda mensal de 1 a 3 SM, dados sociodemográficos evidentes, conforme a tabela 6.

Tabela 6. Variáveis sociodemográficas dos familiares conviventes de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.

Variáveis sociodemográficas	N (%)
Sexo	
Feminino	71 (71%)
Masculino	29 (29%)
Idade	
18-30 anos	28 (28%)
31-40 anos	24 (24%)
41-50 anos	17 (17%)
51-60 anos	22 (22%)
61-70 anos	7 (7%)
>70 anos	2 (2%)
Relação com o paciente	
Filho (a)	53 (53%)
Cônjuge	36 (36%)
Outro	5 (5%)
Irmão(ã)	4 (4%)
Namorado(a)	1 (1%)
Mãe	1 (1%)
Situação conjugal	
Casado	46 (46%)
Solteiro	32 (32%)
União Consensual	15 (15%)
Divorciado	4 (4%)
Separado	2 (2%)
Viúvo	1 (1%)
Religião	
Católico	47 (47%)
Evangélica	24 (24%)
Espírita	10 (10%)
Cristão	9 (9%)
Nenhuma	6 (6%)
Outro	4 (4%)

5.2.2 Caracterização do familiar convivente

Relativamente à caracterização dos familiares, evidenciou-se que 59% dos familiares tiveram experiência anterior com outros familiares e/ou amigos internados em UTI, 93% dos familiares sabem o diagnóstico correto do paciente, 64% dos familiares não sabem o nome do médico responsável pelo paciente e 76% dos familiares não sabem o nome da enfermeira responsável pelo seu paciente.

5.2.3 Necessidades dos familiares conviventes

A dimensão Suporte apresentou três necessidades consideradas não importantes: “Ter a visita de alguém da religião à qual pertença.” (26,0%), “Ser informado sobre serviços religiosos.” (20,0%) e “Ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital.” (19,0%); a dimensão Conforto apresentou uma necessidade não importante: “Ter uma boa lanchonete no hospital.” (14,0%); e a dimensão Proximidade apresentou uma necessidade não importante: “Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora.” (20,0%); conforme mostra a tabela 7.

Tabela 7. Importância das necessidades dos familiares conviventes de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.

Importância	Não Importante	Pouco Importante	Muito Importante	Importantíssimo
1.Saber quais as chances de melhora do paciente.	0 (0%)	1 (1%)	19 (19%)	80 (80%)
2.Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita.	0 (0%)	2 (2%)	33 (33%)	65 (65%)
3.Poder conversar com o médico todos os dias.	0 (0%)	4 (4%)	25 (25%)	71 (71%)
4.Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone.	6 (6%)	5 (5%)	30 (30%)	59 (59%)
5.Ter perguntas respondidas com franqueza.	1 (1%)	2 (2%)	24 (24%)	73 (73%)
6.Ter horário de visita modificado em casos especiais.	7 (7%)	14 (14%)	35 (35%)	44 (44%)
7.Falar sobre sentimentos negativos relacionados ao que está Acontecendo.	13 (13%)	11 (11%)	40 (40%)	36 (36%)
8.Ter uma boa lanchonete no hospital.	14 (14%)	19 (19%)	36 (36%)	31 (31%)
9.Ser informado sobre o que fazer quando estiver ao lado do paciente.	1 (1%)	5 (5%)	35 (35%)	59 (59%)
10.Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora.	20 (20%)	22 (22%)	28 (28%)	30 (30%)
11.Saber quem pode dar a informação que necessito.	0 (0%)	5 (5%)	36 (36%)	59 (59%)
12.Ter amigos por perto para apoiá-lo.	2 (2%)	8 (8%)	38 (38%)	52 (52%)
13.Saber por que determinados tratamentos foram realizados com o paciente.	0 (0%)	1 (1%)	26 (26%)	73 (73%)
14.Sentir que há esperança de melhora do paciente.	0 (0%)	0 (0%)	32 (32%)	68 (68%)
15.Saber quais os profissionais que estão cuidando do paciente.	0 (0%)	1 (1%)	34 (34%)	65 (65%)
16.Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente.	0 (0%)	0 (0%)	27 (27%)	73 (73%)
17.Estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente.	0 (0%)	0 (0%)	26 (26%)	74 (74%)
18.Ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital.	19 (19%)	29 (29%)	29 (29%)	23 (23%)
19.Saber exatamente o que está sendo feito para o paciente.	0 (0%)	0 (0%)	30 (30%)	70 (70%)
20.Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI.	7 (7%)	20 (20%)	37 (37%)	36 (36%)
21.Sentir-se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital.	3 (3%)	10 (10%)	33 (33%)	54 (54%)
22.Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros.	11 (11%)	18 (18%)	37 (37%)	34 (34%)
23.Ter um telefone perto da sala de espera.	10 (10%)	26 (26%)	30 (30%)	34 (34%)
24.Ter a visita de alguém da religião à qual pertença.	26 (26%)	25 (25%)	24 (24%)	25 (25%)
25.Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente.	5 (5%)	5 (5%)	33 (33%)	57 (57%)

continua

26.Ser acompanhado(a) por profissional, amigo ou familiar durante visita.	4 (4%)	5 (5%)	46 (46%)	45 (45%)
27.Ter alguém que se preocupa com a minha saúde.	1 (1%)	8 (8%)	39 (39%)	52 (52%)
28.Ter certeza de que tudo está bem para deixar o hospital por algum tempo.	0 (0%)	1 (1%)	31 (31%)	68 (68%)
29.Conversar com a mesma enfermeira todos os dias.	6 (6%)	21 (21%)	41 (41%)	32 (32%)
30.Sentir-se à vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções.	10 (10%)	10 (10%)	43 (43%)	37 (37%)
31.Saber quais os outros profissionais podem me ajudar.	1 (1%)	9 (9%)	40 (40%)	50 (50%)
32.Ter um banheiro perto da sala de espera.	1 (1%)	10 (10%)	44 (44%)	45 (45%)
33.Receber explicações que possam ser compreendidas.	0 (0%)	1 (1%)	34 (34%)	65 (65%)
34.Começar a visita na hora marcada.	0 (0%)	4 (4%)	34 (34%)	62 (62%)
35.Ser informado sobre serviços religiosos.	20 (20%)	24 (24%)	36 (36%)	20 (20%)
36.Ajudar a cuidar do paciente na UTI.	13 (13%)	16 (16%)	32 (32%)	39 (39%)
37.Ser comunicado sobre possíveis transferências.	0 (0%)	1 (1%)	28 (28%)	71 (71%)
38.Ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente.	1 (1%)	2 (2%)	23 (23%)	74 (74%)
39.Receber informações sobre o paciente no mínimo uma vez ao dia.	3 (3%)	2 (2%)	34 (34%)	61 (61%)
40.Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente.	0 (0%)	1 (1%)	29 (29%)	70 (70%)
41.Ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente.	0 (0%)	1 (1%)	25 (25%)	74 (74%)
42.Ver o paciente frequentemente.	2 (2%)	8 (8%)	29 (29%)	61 (61%)
43.Ter sala de espera perto do paciente.	5 (5%)	6 (6%)	40 (40%)	49 (49%)

Foram identificadas 33 necessidades consideradas como importantíssimas por 60,6% dos familiares, as quais se destacam dentre as dimensões de Segurança, Proximidade e Informação, conforme a tabela 8.

Tabela 8. Dimensões e necessidades importantíssimas mais frequentes dos familiares conviventes dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.

Dimensão	Necessidades Importantíssimas	%
Segurança	“Saber quais as chances de melhora do paciente.”	80%
	“Estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente.”	74%
	“Ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente.”	
	“Ter perguntas respondidas com franqueza.”	73%
Proximidade de	“Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente.”	70%
	“Ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente.”	74%
	“Ser comunicado sobre possíveis transferências.”	71%
Informação	“Saber por que determinados tratamentos foram realizados com o paciente.”	73%
	“Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente.”	
	“Poder conversar com o médico todos os dias.”	71%
	“Saber exatamente o que está sendo feito para o paciente.”	70%

Quanto à avaliação da satisfação das necessidades dos familiares, os itens com maior frequência de satisfação, relacionados aos resultados positivos de satisfação (muito satisfeito e totalmente satisfeito) e as respectivas dimensões Proximidade, Informação, Segurança, Suporte e Conforto, verificou-se que três satisfações pertencem à dimensão Segurança, uma satisfação pertence à dimensão Conforto e uma satisfação pertence à dimensão Informação. Segurança: “Sentir que há esperança de melhora do paciente.” (97,0%), “Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente.” (96,0%), “Estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente.” (95,0%), Conforto: “Ter certeza de que tudo está bem para deixar o hospital por algum tempo.” (95,0%) e Informação: “Poder conversar com o médico todos os dias.” (95%).

No que tange à avaliação da insatisfação das necessidades dos familiares, os itens com maior frequência de insatisfação, relacionados aos resultados negativos de satisfação (pouco satisfeito e insatisfeito) e as respectivas dimensões Proximidade, Informação, Segurança, Suporte e Conforto, constatamos que duas insatisfações pertencem à dimensão Suporte e uma insatisfação pertence à dimensão Conforto, Informação e Proximidade, respectivamente. Informação: “Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone.” (61,0%), Conforto: “Ter um telefone perto da sala de espera.” (45,0%), Suporte: “Ser informado sobre serviços religiosos.” (42,0%) e “Ter a visita de alguém da religião à qual pertença.” (39,0%) e Proximidade: “Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora.” (38,0%).

Tabela 9. Satisfação das necessidades dos familiares conviventes de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.

Satisfação	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
1.Saber quais as chances de melhora do paciente.	2 (2%)	7 (7%)	37 (37%)	54 (54%)
2.Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita.	5 (5%)	9 (9%)	34 (34%)	52 (52%)
3.Poder conversar com o médico todos os dias.	1 (1%)	4 (4%)	38 (38%)	57 (57%)
4.Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone.	37 (37%)	24 (24%)	18 (18%)	21 (21%)
5.Ter perguntas respondidas com franqueza.	1 (1%)	4 (4%)	40 (40,4%)	54 (54,5%)
6.Ter horário de visita modificado em casos especiais.	11 (11%)	19 (19%)	33 (33%)	37 (37%)
7.Falar sobre sentimentos negativos relacionados ao que está acontecendo.	8 (8%)	18 (18%)	35 (35%)	39 (39%)
8.Ter uma boa lanchonete no hospital.	8 (8,1%)	26 (26,3%)	39 (39,4%)	26 (26,3%)
9.Ser informado sobre o que fazer quando estiver ao lado do paciente.	7 (7%)	17 (17%)	34 (34%)	42 (42%)
10.Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora.	12 (12%)	26 (26%)	33 (33%)	29 (29%)
11.Saber quem pode dar a informação de que necessito.	6 (6%)	12 (12%)	34 (34%)	48 (48%)
12.Ter amigos por perto para apoiá-lo.	5 (5%)	9 (9%)	48 (48%)	38 (38%)
13.Saber por que determinados tratamentos foram realizados com o paciente.	4 (4%)	4 (4%)	33 (33%)	59 (59%)
14.Sentir que há esperança de melhora do paciente.	2 (2%)	1 (1%)	40 (40%)	57 (57%)
15.Saber quais os profissionais que estão cuidando do paciente.	3 (3%)	4 (4%)	40 (40%)	53 (53%)
16.Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente.	3 (3%)	5 (5%)	34 (34%)	58 (58%)
17.Estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente.	3 (3%)	2 (2%)	37 (37%)	58 (58%)
18.Ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital.	9 (9%)	14 (14%)	45 (45%)	32 (32%)
19.Saber exatamente o que está sendo feito para o paciente.	2 (2%)	5 (5%)	48 (48%)	45 (45%)
20.Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI.	4 (4%)	8 (8%)	45 (45%)	43 (43%)
21.Sentir-se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital.	2 (2%)	7 (7%)	42 (42%)	49 (49%)
22.Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros.	15 (15,5%)	22 (22,7%)	29 (29,9%)	31 (32%)
23.Ter um telefone perto da sala de espera.	16 (16%)	29 (29%)	27 (27%)	28 (28%)
24.Ter a visita de alguém da religião à qual pertença.	14 (14%)	25 (25%)	27 (27%)	34 (34%)
25.Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente.	9 (9%)	9 (9%)	37 (37%)	45 (45%)

continua

	continuação			
26.Ser acompanhado(a) por profissional, amigo ou familiar durante visita.	3 (3%)	4 (4%)	48 (48%)	45 (45%)
27.Ter alguém que se preocupa com a minha saúde.	16 (16%)	16 (16%)	21 (21%)	47 (47%)
28.Ter certeza de que tudo está bem para deixar o hospital por algum tempo.	3 (3%)	2 (2%)	41 (41%)	54 (54%)
29.Conversar com a mesma enfermeira todos os dias.	4 (4%)	11 (11%)	42 (42%)	43 (43%)
30.Sentir-se à vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções.	8 (8%)	16 (16%)	35 (35%)	41 (41%)
31.Saber quais os outros profissionais que podem me ajudar.	11 (11%)	26 (26%)	30 (30%)	33 (33%)
32.Ter um banheiro perto da sala de espera.	12 (12%)	14 (14%)	40 (40%)	34 (34%)
33.Receber explicações que possam ser compreendidas.	2 (2%)	5 (5%)	40 (40%)	53 (53%)
34.Começar a visita na hora marcada.	4 (4%)	9 (9%)	31 (31%)	56 (56%)
35.Ser informado sobre serviços religiosos.	20 (20%)	22 (22%)	29 (29%)	29 (29%)
36.Ajudar a cuidar do paciente na UTI.	6 (6%)	11 (11%)	43 (43%)	40 (40%)
37.Ser comunicado sobre possíveis transferências.	7 (7%)	5 (5%)	38 (38%)	50 (50%)
38.Ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente.	17 (17%)	16 (16%)	24 (24%)	43 (43%)
39.Receber informações sobre o paciente no mínimo uma vez ao dia.	6 (6%)	15 (15%)	40 (40%)	39 (39%)
40.Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente.	3 (3%)	1 (1%)	38 (38%)	58 (58%)
41.Ser informado a respeito de tudo que se relacione a evolução do paciente.	3 (3%)	6 (6%)	33 (33%)	58 (58%)
42.Ver o paciente frequentemente.	4 (4%)	9 (9%)	39 (39%)	48 (48%)
43.Ter sala de espera perto do paciente.	4 (4%)	6 (6%)	37 (37%)	53 (53%)

No que diz respeito à satisfação, obteve-se que mais da metade dos familiares estiveram totalmente satisfeitos em 16 itens, o que corresponde a 37,2% dos itens, conforme mostra a tabela 9. Levando em consideração que os escores muito satisfeito e totalmente satisfeito são resultados positivos para satisfação, somando as respostas de frequência desses itens, apurou-se que em 31 itens (72%) dos 43 itens avaliados, houve um nível de satisfação acima de 75%, conforme a figura abaixo:

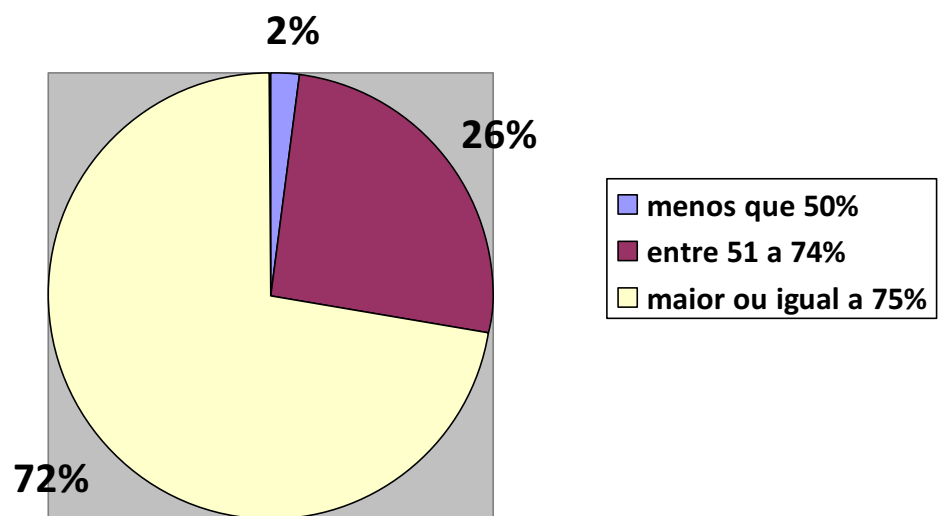


Figura 1. Porcentagem dos resultados positivos de satisfação relacionada ao nível de satisfação dos familiares conviventes de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.

No que diz respeito à insatisfação e levando em consideração que os escores insatisfeito e pouco satisfeito são resultados negativos para satisfação, somando as respostas de frequência desses itens, constatou-se que apenas um item (2,3%), dos 43 itens avaliados, apresentou nível de insatisfação acima de 50%, e que a maioria dos familiares relatou grau de insatisfação inferior a 50% em 42 itens, o que corresponde a 97,7% dos itens. Este índice corrobora os dados obtidos pertinentes aos resultados positivos de satisfação, conforme a figura abaixo:

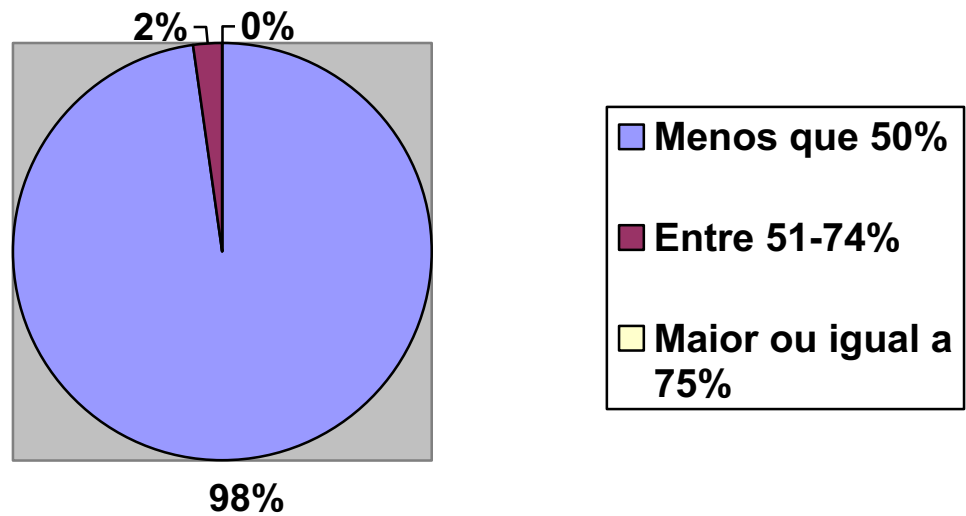


Figura 2. Porcentagem dos resultados negativos de satisfação relacionada ao nível de satisfação dos familiares conviventes de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital São Paulo. São Paulo, 2018.

5.3 Sumário dos Resultados

Sumarizando os resultados, é possível destacar:

PACIENTE

- As variáveis sociodemográficas mais freqüentes dos pacientes foram: gênero masculino, idade entre 51-60 anos, casados, católicos, aposentados e com o 1º Grau Incompleto.
- As principais comorbidades dos pacientes foram: HAS, DLP e DM respectivamente.
- Sobre a caracterização das variáveis clínicas, têm-se: o IAM C/SST Inferior como o diagnóstico médico mais presente; os pacientes apresentaram escore Grace de alto risco, desenvolveram complicações como arritmia (9%) e morte súbita revertida (6%), permaneceram internados na UTI Coronariana em

média dois dias, sendo em sua maioria a primeira vez de internação em UTI e com saída desta unidade com condições clínicas melhoradas.

- Os principais fatores da escala de avaliação de estressores em UTI foram:

Fatores mais estressantes: Ter preocupações financeiras; Não conseguir se comunicar; Não ter controle sobre si mesmo; Estar incapacitado para exercer seu papel na família; Desconhecer o tempo de permanência na UTI.

Fatores moderadamente estressante: Sentir falta do marido, esposa ou companheiro; Não ter privacidade; Desconhecer o tempo de permanência na UTI; Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido ao soro ou medicação na veia; Não saber quando serão feitos os procedimentos em você.

Fatores não estressantes: Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito; Ser frequentemente examinado pela equipe médica e de enfermagem; Ter máquinas estranhas ao seu redor; Receber cuidados de médicos que eu não conheço; Ter homens e mulheres no mesmo quarto; Ouvir pessoas falando sobre você.

Não se aplica: Estar preso por tubos e drenos; Ficar com tubos e sondas no nariz e/ou na boca; Sentir que a enfermagem está muito apressada; Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento; Sentir cheiros estranhos ao seu redor.

FAMÍLIA

- As principais variáveis sociodemográficas dos familiares conviventes foram: gênero feminino, em sua maioria filhos(as), idade entre 18-30 anos, tempo de convivência entre 21-30 anos, casados, católicos, empregados, 2º Grau completo e renda mensal entre 1 a 3 SM.
- Quanto à informação do familiar convivente, aquilatou-se que, em sua maioria, possuem o conhecimento a respeito do diagnóstico médico do paciente, não sabem o nome do médico e não sabem o nome da enfermeira da UTI.

- As principais necessidades dos familiares conviventes de acordo com a importância foram:

Necessidades não importantes: Ter a visita de alguém da religião à qual pertença; Ser informado sobre serviços religiosos; Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora; Ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital e Ter uma boa lanchonete no hospital.

Necessidades importantíssimas: Saber quais as chances de melhora do paciente; Estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente; Ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente e Ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente; Ter perguntas respondidas com franqueza; Saber por que determinados tratamentos foram realizados com o paciente e Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente; Poder conversar com o médico todos os dias; Ser comunicado sobre possíveis transferências; Saber exatamente o que está sendo feito para o paciente e Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente.

- As principais necessidades dos familiares conviventes de acordo com a satisfação foram:

Resultados positivos de satisfação (muito satisfeito e totalmente satisfeito): Sentir que há esperança de melhora do paciente; Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente; Estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente; Ter certeza de que tudo está bem para deixar o hospital por algum tempo e Poder conversar com o médico todos os dias.

Resultados negativos de satisfação (pouco satisfeito e insatisfeito): Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone; Ter um telefone perto da sala de espera; Ser informado sobre serviços religiosos; Ter a visita de alguém da religião à qual pertença e Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora.

6. DISCUSSÃO

6.1 Discussão sobre os resultados relativos aos dados dos pacientes

A Síndrome Coronariana Aguda é a principal causa de morte no Brasil e no mundo, apesar de, nos últimos anos, estudos apontarem redução nas taxas de eventos coronarianos na vida adulta.⁽³⁵⁾ A presença de um ou mais fatores de risco para a SCA eleva consideravelmente a possibilidade de o paciente ser acometido por esta doença. A idade avançada, o sexo masculino, história familiar de doença coronária, diabetes, hiperlipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, insuficiência renal crônica, infarto prévio, doença aterosclerótica carotídea ou periférica, são fatores de risco para o desenvolvimento da SCA.⁽²⁸⁾ Neste estudo, todos os 100 pacientes entrevistados apresentaram fatores de risco e comorbidades para a SCA, sendo em sua maioria do sexo masculino, com idade entre 51-60 anos, com hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia.

Os dados sociodemográficos e organizacionais são fundamentais para subsidiar a gestão hospitalar, o planejamento da assistência, a recuperação da saúde, a educação em saúde, a prevenção em saúde e conseqüentemente melhorar a qualidade da mesma.⁽³⁶⁾

Parte da população entrevistada enquadra-se na população idosa, sendo eles pacientes e/ou familiares; a OMS considera idosa a pessoa com 60 anos ou mais de idade. Estudo mostra que a região Sudeste apresenta maior percentual de idosos com 19,9%⁽³⁷⁾, revelando que a expectativa de vida da população, da mulher e do homem aos 60 anos de idade aumentou, ou seja, a proporção de idosos cresceu na população brasileira, dessa forma, demanda mais atenção ao tema saúde, educação e acessibilidade.⁽³⁸⁾ Estudo realizado em UTI mostrou que a maioria dos pacientes admitidos em UTI era idosa, do sexo masculino e apresentava predominantemente doenças do aparelho circulatório, observando um aumento da doença cardiovascular na população idosa.⁽³⁶⁾

Neste estudo, foi possível verificar que a maioria dos pacientes e familiares tinha o nível educacional comprometido, não finalizaram o Ensino Superior, tendo concluído até o Ensino Fundamental e/ou Ensino Médio. Estudo do IBGE mostrou que na região Sudeste, 31,2% da população de 14 anos ou mais de idade não concluíram o Ensino Fundamental e 51,3% concluíram pelo menos o Ensino Médio.⁽³⁵⁾ Em média, as mulheres superam os homens nos indicadores educacionais e existe uma trajetória escolar desigual entre os gêneros feminino e masculino devido à entrada precoce dos homens no mercado de trabalho; sendo assim, as mulheres atingem um nível educacional superior ao dos homens, principalmente no que se refere ao nível superior completo, porém não alcançam resultados compatíveis com a sua qualificação no mercado de trabalho.⁽³⁸⁾ A maioria dos pacientes estava aposentada no momento da internação, dado relacionado à faixa etária desta mesma população, seguido de uma porcentagem de pessoas atuantes no mercado de trabalho.

Retomando o sentimento de insatisfação percebido na análise dos dados coletados, vê-se que está diretamente relacionado com o comportamento do paciente e familiar na unidade de internação. A maioria dos pacientes e familiares relatou ser católico e, quando temos como objetivo a humanização em saúde, estudo mostra que o respeito às diferentes culturas, religiões, crenças, valores e costumes fazem parte do cuidado humanizado e precisa estar presente no processo do cuidar em saúde.⁽³⁹⁾

Quanto às internações prévias, 32% dos pacientes internados com SCA já estiveram em UTI, não necessariamente devido a causas cardíacas, e 68% dos pacientes com SCA encontravam-se na primeira internação em unidade de terapia intensiva. Estudo realizado com homens e mulheres admitidos em unidades de cardiologia de hospitais públicos apresentou dados de que pacientes sem história de IAM prévios tiveram maior probabilidade de se tornarem deprimidos do que aqueles com história de IAM⁽⁴⁰⁾, dado importante que deve ser coletado no histórico para que seja estabelecido o diagnóstico de Enfermagem e feitas posteriores intervenções para que o paciente não tenha comprometimento emocional decorrente de primeira internação hospitalar, principalmente em unidade cardiológica que requer cuidados específicos. A alteração emocional em face do adoecimento e da hospitalização

produz sofrimento, sensação de isolamento, solidão, por estar longe da família, dos amigos, de casa e do trabalho, ou seja, a mudança do estilo de vida diante do processo saúde-doença pode somatizar os fatores estressores do paciente internado e conseqüentemente comprometerem o processo de recuperação.

Em Unidade de Terapia Intensiva, a estratificação do risco do paciente internado é extremamente importante para estabelecer condutas direcionadas, visando à melhora do quadro clínico e do prognóstico. Sendo a SCA uma das principais causas de morte intra-hospitalar, o Escore Grace é o melhor preditor de morte hospitalar para pacientes com SCA.⁽⁴¹⁾ Estudo relacionou a idade com o risco de óbito hospitalar em pacientes internados com SCA, mostrando a eficácia da utilização do Escore Grace em pacientes idosos com SCA.⁽⁴¹⁾

Neste estudo, 43% da população internada foram idosos, com idade igual ou superior a 61 anos e 45% dos pacientes internados apresentaram Escore Grace de alto risco, sendo assim, fica comprovada a importância da utilização do Escore Grace na UTI Coronariana, unidade com prevalência de idosos e com alta probabilidade de acurácia dos pacientes internados e conseqüente satisfação dos familiares.

Estudo realizado em um hospital universitário relata que o diagnóstico de internação mais frequente em UTI é o Infarto Agudo do Miocárdio⁽⁴²⁾ e, neste estudo, o IAM CSST de parede inferior foi o mais evidente.

Estudo conduzido em um hospital público do estado de São Paulo revelou que aproximadamente 48% dos pacientes permaneceram até três dias internados na UTI e atribuiu-se o tempo de internação aos fatores relacionados à doença de base e às complicações desenvolvidas que demandam maior cuidado e complexidade no tratamento.⁽³⁶⁾ Neste estudo, 46% dos pacientes permaneceram dois dias internados na UTI, tempo considerado período de permanência curto, segundo a literatura.⁽⁴³⁾ Estudos mostram que pacientes com IAM C/SST internados em unidades coronarianas apresentam como complicações intra-hospitalares a PCR⁽⁴⁴⁾ e arritmias.^(45,46) Neste estudo, a PCR e a arritmia constituíram uma das complicações mais presentes em pacientes internados na UTI coronariana, e estudos comprovaram que o choque cardiogênico e a arritmias foram as complicações mais

evidentes em unidade coronariana durante a hospitalização, sendo a arritmia a causa mais frequente relacionada à mortalidade hospitalar.⁽⁴⁵⁾

Em Unidades de Terapia Intensiva, o óbito é um fenômeno frequente, estudo mostra que a mortalidade na UTI é superior à de outros serviços hospitalares⁽⁴⁷⁾, porém neste estudo não houve óbito entre os pacientes entrevistados e 53% dos pacientes saíram da UTI com condição clínica melhorada e com acompanhamento ambulatorial. Estudo realizado na região Sul do Brasil em UTI observou alto índice de altas hospitalares de pacientes inicialmente internados em terapia intensiva e atribuíram-se os óbitos às doenças crônicas degenerativas e às doenças cardiovasculares, que tiveram aumento e foram significantes nas taxas de morbimortalidade.⁽³⁶⁾

Na assistência humanizada, a comunicação com o paciente e familiar deve ir além das palavras e informações, envolve formas verbais e não verbais, principalmente com o paciente, que perde sua privacidade, fica exposto às pessoas e procedimentos, fica restrito no leito e vulnerável à equipe interprofissional em razão do tratamento e cuidado estabelecido, logo, uma comunicação precisa promover o bem-estar do paciente e familiar.⁽³⁹⁾ O envolvimento do paciente e da família, o envolvimento da equipe multidisciplinar e a transferência de informação são itens identificados pela The Joint Commission como pilares na conquista da segurança e transmissão dos cuidados ao paciente, por isso, a comunicação eficaz é fundamental para a assistência adequada.⁽⁴⁸⁾

A SCA desenvolve-se de forma súbita e inesperada, acarretando a hospitalização do indivíduo. As condições físicas do ambiente, devido à alta complexidade e tecnologia, e a atuação da equipe de saúde de forma mecânica, automática e superficial propiciam o aparecimento de fatores estressores no paciente secundários a mudanças importantes no estilo de vida; paciente este que vivenciou o risco de morte e vivenciará a incerteza quanto ao tratamento, recuperação e adaptação às novas condições de saúde.

De acordo com The Joint Commission, o cuidado centrado no paciente e na família proporciona um atendimento respeitando os desejos, as necessidades e as preferências do paciente e da família para que possam seguramente participar do cuidado de acordo com o suporte necessitado. ⁽⁴⁸⁾ Sendo assim, este princípio é fundamental para reduzir os fatores estressores, bem como o impacto na saúde do paciente e do familiar convivente. No presente estudo, a maioria dos fatores estressores constantes do instrumento dos pacientes foram identificados por eles como não estressantes, dentre eles: Ter a Enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito; Ser frequentemente examinado pela equipe médica e de Enfermagem; Ter máquinas estranhas ao seu redor; Receber cuidados de médicos que eu não conheço; Ter homens e mulheres no mesmo quarto; Ouvir pessoas falando sobre você; entre outros, isso porque a maioria dos entrevistados soube relacionar o ocorrido com a necessidade do momento em busca de sua recuperação ou da recuperação de outros pacientes ali internados.

Os fatores mais estressantes, Ter preocupações financeiras, Não conseguir se comunicar; Não ter controle sobre si mesmo; Estar incapacitado para exercer seu papel na família e Desconhecer o tempo de permanência na UTI, se relaciona e se associam entre si.

Em uma internação hospitalar, principalmente no ambiente intensivo, o paciente permanece sob um controle rígido de cuidados e tratamento clínico, sendo os seus sinais e comportamentos monitorizados e avaliados constantemente. O paciente permanece sob monitorização e controle 24h por dia, e as restrições são inevitáveis em busca de sua recuperação.

Frente à rotina e dinâmica desta unidade complexa e crítica, a mesma fica presa às regras institucionais e mecanizada diante os protocolos e isso faz com que o paciente não tenha o controle de si mesmo e não consiga se comunicar com seus familiares, tornando-se dependente da equipe interdisciplinar ali presente, que busca resultados esperados específicos, benéficos e de qualidade no tratamento da doença e recuperação da saúde do paciente. A avaliação das restrições individual é fundamental para que a mesma beneficie o paciente e seus familiares, logo a humanização, a comunicação e a orientação deve ser valorizada nesse momento

para minimizar o sofrimento, ansiedade, angústia e estresse do paciente e familiar e favorecer o seu desempenho clínico uma vez que o desconhecimento do tempo de permanência na UTI também é um fator estressor para o paciente e pode comprometer o seu tratamento e sua saúde.

As preocupações financeiras influenciam o relacionamento do ser humano em seu estado saudável e enfermo. Quando saudável a luta para manter a condição financeira suficiente e/ou adequada é diária e quando enfermo, essa conquista passa-se para segundo plano ficando em primeiro lugar, a luta pela saúde, porém a ansiedade e o estresse agudizam. Frente suas responsabilidades, suas necessidades e seus compromissos financeiros, as preocupações financeiras não paralisam independente do seu estado de saúde e infelizmente se acentuam, interferindo no desempenho pessoal, emocional e familiar.

Frente à doença aguda, o paciente enfermo vivencia repentinamente a perda de sua autonomia, sua dignidade e de sua independência, ficando incapacitado para exercer seu papel na família; emerge então o sentimento de angústia e incapacidade, o que pode favorecer o estresse, em especial se o doente for o provedor familiar devido às suas responsabilidades e às suas preocupações financeiras.

Na UTI Coronariana, “Ter preocupações financeiras.” está relacionado também à fase aguda da doença coronariana, que teve como consequência a internação na UTI devido ao risco de instabilidade hemodinâmica e morte. Observou-se que “Sentir medo de morrer.” é um fator muito estressante para os pacientes internados; a atitude do ser humano frente à morte depende de seus valores, sua crença cultural, étnica e religiosa.⁽⁴⁹⁾ O medo da morte significa o pavor acerca do momento vivenciado⁽⁴⁹⁾, tanto para o profissional, quanto para o paciente e familiar; portanto, o profissional da saúde precisa estabelecer estratégias de enfrentamento para que determinadas atitudes de ambas as partes não influenciem na assistência prestada. Identificar as atitudes de medo da morte no paciente é importante para que não comprometam o seu processo de recuperação.

Os fatores mais estressantes reforçam a importância da orientação ao paciente com relação aos procedimentos realizados, de maneira a esclarecer as suas dúvidas e questionamentos acerca dos seus sinais e sintomas, tendo como foco o indivíduo acima da doença, em busca de um atendimento humanizado para amenizar a angústia, o sofrimento e o estresse emocional, almejando a expectativa de vida e o sucesso do seu tratamento.

A maioria dos pacientes deste estudo chegou à UTI após as medidas iniciais para tratamento da SCA, ou seja, foram tratados da dor precordial no setor de emergência e/ou no setor de hemodinâmica, sendo admitidos na UTI com melhora da dor e/ou sem dor precordial, mas sim relatando desconforto e dor decorrente dos procedimentos executados (cateterismo cardíaco, retirada do introdutor arterial e compressão manual, punções venosas e posicionamento do corpo devido a permanência do cateter arterial).

Embora o fator “sentir dor” não ter sido vinculado à dor do infarto e sim à dor dos procedimentos efetuados na UTI, o medo de morrer relacionou-se à dor do infarto e à sensação de morte iminente no momento do evento agudo. Estudo desenvolvido em unidade coronariana evidenciou a vulnerabilidade do paciente ao sentimento de medo de morrer em face da dor do infarto agudo do miocárdio e também verificou o desconforto e dor do paciente frente aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que, associados ao estado psicológico do paciente alterado, somados à permanência na UTI, intensificam o sentimento de dor e desconforto.⁽⁵⁰⁾ O medo de morrer está diretamente ligado à doença no coração, já que se trata de um órgão simbólico e traz insegurança ao indivíduo, quando acometido pela doença cardíaca. A hospitalização na UTI relaciona-se com a possibilidade de morte iminente, e tal sentimento se somatiza, quando atrelado ao quadro de urgência da SCA.⁽⁵⁰⁾ Como o sentimento de dor é subjetivo e influenciado por fatores culturais, pessoais, psicológicos e ambientais, mesmo não sendo considerado como estressante neste estudo, deve merecer atenção da equipe de Enfermagem no sentido de auxiliar no seu controle a partir da orientação e informação para que não interfira no tratamento e recuperação da saúde do paciente.

Os resultados de dados não se aplica estão relacionados ao uso de dispositivos, logo o alto valor percentual está associado a não relação das informações no momento da coleta de dados pela maioria dos pacientes entrevistados.

Sendo assim, informar o paciente e seus familiares sobre o diagnóstico, a respeito da forma de tratamento/cuidado e orientar sobre a recuperação, são medidas fundamentais para o profissional de saúde intervir com o doente e seus familiares, instituindo o cuidado humanizado.

6.2 Discussão sobre os resultados relativos aos dados dos familiares conviventes

A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente de internação diferenciada, crítico, e a gravidade e o cuidado complexo oferecido ao paciente internado demanda dos profissionais conhecimento e habilidade eficiente para o tratamento do doente. A atenção à família muitas vezes não é correspondida por causa desta complexidade, do comportamento tecnicista e reducionista do profissional.

Estudo mostra que os profissionais de UTI, de um modo geral, são tecnicizados e apresentam déficit de formação para se comunicar com os familiares⁽⁴⁷⁾; porém a responsabilidade do enfermeiro de cuidados intensivos na capacidade de identificar as necessidades específicas dos membros da família, bem como estabelecer técnicas de intervenção apropriadas, é de vital importância.⁽²³⁾

No presente estudo, a maioria dos familiares tiveram experiência anterior em UTI, sabiam o diagnóstico médico do paciente, no entanto 64% dos familiares relataram não saber o nome do médico e 76% não sabiam o nome do enfermeiro responsável. Este fato pode refletir a ansiedade dos familiares em obter informações sobre o quadro clínico e evolução do paciente, em inteirar-se de situação específicas de cada indivíduo, e, contudo, não atentaram ao nome do profissional. Devemos ressaltar a importância da aplicabilidade da Política Nacional de Humanização do

SUS e de uma comunicação que seja eficaz, adequada, respeitosa e sincera para diminuir o impacto emocional a partir da abordagem inicial dos profissionais sobre a forma como os assistidos gostariam de ser atendidos, ouvidos e tratados, uma vez que o acolhimento, a comunicação e a sensibilidade são determinantes para a humanização na Unidade de Terapia Intensiva.⁽³⁹⁾

Estudo patenteia a premência de compreender e abordar as necessidades dos membros da família em UTI para um cuidado orientado à família, uma vez que o estresse vivenciado pelos familiares pode ser maior do que o vivenciado pelo paciente.⁽²³⁾ A internação do paciente na Unidade de Terapia Intensiva gera na família complicações sociais, físicas, financeiras e emocionais, e a família apresenta demandas específicas em face das novas condições de vida.

Estudos mostram que, em razão da complexidade e das características específicas da UTI, a família fica apreensiva e os funcionários que ali trabalham demonstram frieza e distanciamento frente às condições vivenciadas.⁽⁵¹⁾ Dentre as necessidades elencadas no instrumento de pesquisa, neste estudo, foram consideradas importantíssimas pelos familiares dos pacientes internados em UTI: “Saber quais as chances de melhora do paciente.”; “Estar seguro de que o melhor tratamento está sendo dado ao paciente.”; “Ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente.”; Ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente.”; “Ter perguntas respondidas com franqueza.”; “Saber por que determinados tratamentos foram realizados.”; “Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente.”; “Poder conversar com o médico todos os dias.”; “Ser comunicado sobre possíveis transferências.”; “Saber exatamente o que está sendo feito para o paciente.” e “Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente.”

A segurança da família é alcançada de acordo com o atendimento das suas necessidades, a certeza de que o familiar internado recebe atendimento de qualidade, a confiança entre a família e o profissional de saúde, e o acesso às informações sobre o ente querido.⁽⁵¹⁾

O estresse do paciente, de seus familiares e dos cuidadores é evidente no processo de internação hospitalar; logo, o contato do paciente crítico com o seu familiar é tema de estudo, já que o estresse do familiar convivente gera um conflito entre a família e a equipe de saúde.⁽⁵²⁾ Logo, é importante a atenção aos familiares do paciente internado na UTI por meio de medidas para estabelecer um ambiente adequado para recebê-los. Deve-se acolher o familiar de forma adequada, segura e eficaz, escutar e prestar esclarecimentos para que suas necessidades sejam atendidas. Há que se proporcionar atendimento interprofissional ao familiar do paciente internado a fim de que as suas necessidades não atendidas, os sentimentos de insatisfação, fatores emocionais e psíquicos, não comprometam o tratamento do doente crítico e o desempenho familiar em seus compromissos e responsabilidades ligados ao enfermo.

No que diz respeito à satisfação dos familiares dos pacientes internados na UTI Coronariana, os resultados positivos e negativos de qualidade relacionados à satisfação demonstraram que a dimensão Segurança está presente com relação às necessidades de maior frequência de satisfação dos familiares. Contudo os indicadores Suporte, Conforto, Informação e Proximidade estiveram presentes nas necessidades de maior frequência de insatisfação e, portanto, carecem de atenção com vistas ao cuidado humanizado, ou melhor, cuidado centrado na família para que suas necessidades e seus valores possam ser respeitados.⁽⁵²⁾

A Unidade de Terapia Intensiva produz sentimentos de angústia e sofrimento para o paciente e para o familiar; a família fica exposta e desamparada em razão do estado clínico do paciente, da sua evolução e dos procedimentos realizados. A informação sobre o estado clínico do paciente é a maior necessidade universal, independente da educação e cultura dos seus familiares,⁽²³⁾ e os problemas de comunicação contribuem para o prejuízo na relação profissional de saúde e paciente/familiar.

Estudo⁽⁵¹⁾ mostrou insatisfação dos familiares no que se refere a receber informações sobre mudança na condição clínica do paciente e passagem de informações por telefone. A comunicação na UTI é uma grande necessidade das famílias⁽²³⁾ e faz parte da relação profissional/paciente/família; por isso, as

informações precisam ser transmitidas com uma linguagem acessível e em local adequado.⁽⁵²⁾ Proporcionar um ambiente físico confortável e promover a redução de ruídos na UTI aumentam a satisfação familiar e deve ser aperfeiçoada para diminuir o impacto emocional e favorecer melhor entendimento e compreensão do novo momento vivenciado por parte do paciente e familiar.⁽⁵³⁾

A comunicação com a família é valiosa e precisa ser adequada para alcançar e respeitar as suas necessidades. Nesse sentido, estudo orienta sobre a conveniência de existir uma sala específica destinada a receber, acomodar, ouvir e acolher o familiar. As informações devem ser enunciadas de maneira lenta, clara e objetiva, de acordo com cada situação familiar. Recomenda-se o uso de folhetos informativos para pacientes e famílias no processo de admissão. O estudo em questão sublinha também a importância do atendimento multidisciplinar ao paciente e à família, a eficácia do uso de Diários de UTI⁽⁵²⁾ e a participação dos familiares em visitas multidisciplinares (rounds) para construir vínculo/relacionamento/confiança com a equipe e contribuir na tomada de decisão compartilhada.⁽⁵⁴⁾ Atitudes profissionais, como envolver o paciente no cuidado e promover a educação dos pacientes e familiares⁽⁴⁸⁾ elevam o grau de satisfação, reduzem a ansiedade e melhoram a compreensão dos familiares. Nessa linha, a distribuição de folhetos informativos veicula informações personalizadas, e associadas a isto, a implementação de kits visita de família, realização de reuniões estruturadas, telefonemas planejados, sites de informação voltados ao paciente e familiar, coordenador de apoio à família e enfermeira de apoio familiar, fornecendo informação especializada e apoio aos pacientes e às famílias de acordo com cada dimensão necessitada.⁽²³⁾

A maioria das UTIs não fornecem informações por telefone e no local deste estudo não é diferente; as informações sobre o estado de saúde dos pacientes não são passadas por telefone, e sim pessoalmente, no horário de visitas. Assim sendo, os familiares contam apenas com um horário para a visita, quando poderão inteirar-se sobre o estado clínico do paciente. Neste estudo, foi observada a insatisfação dos familiares por não haver a possibilidade de transmissão telefônica de informação sobre o paciente e manifestaram a necessidade de um telefone instalado perto da sala de espera. Sabe-se que dispensar informações por telefone demanda tempo

profissional e custo, e devido à alteração constante do estado clínico do paciente crítico, os informes mudam frequentemente e, sendo assim, a evolução do quadro clínico do paciente precisa ser atualizada rotineiramente.

Estudo mostra que a participação dos familiares em visitas interdisciplinares melhora as ações relacionadas às tomadas de decisão e a comunicação com a equipe e, conseqüentemente, os aspectos de satisfação. Essa conduta participativa da família reduz o número de chamadas telefônicas, sem comprometer a satisfação com o cuidado ou a necessidade da família em relação à informação.⁽²³⁾

Um dos fatores de insatisfação dos familiares com pacientes internados em UTI, além da comunicação e dificuldade financeira, é o horário de visita restrito⁽⁵²⁾, o qual representa um obstáculo para os familiares que anseiam ver e estar ao lado de seus entes queridos, principalmente, aqueles em estado crítico de saúde.⁽²³⁾ Nesse sentido, uma vez que o horário de visita restrito gera insatisfação, a flexibilidade do tempo de visita é necessária, já que favorece o vínculo dos familiares com o paciente e fortalece o vínculo dos familiares com a equipe de cuidadores.⁽⁵²⁾

Autores concluíram que os visitantes/familiares e os enfermeiros, após a alteração na política de visitação, ficaram satisfeitos com o resultado, que proporcionou satisfação dos familiares com a flexibilidade e proximidade com o paciente.⁽²³⁾ No presente estudo, ser permitido visitar o paciente a qualquer hora também foi citado pelos familiares como uma necessidade não satisfeita. Sabe-se que a UTI tem uma rotina complexa e contínua, com atendimentos multidisciplinares, realização de exames e procedimentos complexos, porém muitas vezes a pausa nas suas atividades de forma segura para a visita do paciente é benéfica, pois contribui para a proximidade do paciente e da família.

Orientar quanto à disponibilidade de serviços religiosos presentes na instituição hospitalar e autorizar a visita de alguém da religião à qual o paciente/familiar pertence é importante para o suporte religioso e para o fortalecimento das suas crenças e valores.

Assim sendo, a prática baseada em evidência contribui para a integração da evidência em pesquisa para que os valores e as preferências do paciente sejam respeitados; logo, a implementação dos seus princípios proporciona melhoria e segurança na qualidade dos cuidados prestados.⁽⁵⁵⁾ Estudos mostram a importância da prática baseada em evidência^(55,56) e justificam como sendo uma falha da aplicabilidade de diretrizes, dentre outros fatores da hesitação em mudar a prática.⁽⁵⁶⁾

É fundamental promover o cuidado levando em conta a necessidade dos familiares de se manterem atualizados, por telefone, sobre o estado de saúde do paciente internado. Deve-se estudar a possibilidade de ajustes ou flexibilizar a visita ao paciente internado, de modo que o tratamento e o cuidado ao paciente não sejam comprometidos e sim intensificados e orientar os serviços disponíveis na instituição hospitalar, visando à satisfação e ao bem-estar do familiar, por meio de um cuidado humanizado, seguro e eficaz centrado no paciente e família.

7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados possibilitaram identificar os fatores estressores dos pacientes e as necessidades e a satisfação dos familiares conviventes dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. Objetivando-se melhorar a prática no que se refere ao conforto do paciente e do seu familiar convivente, é imprescindível tomar medidas de educação e orientação a respeito do diagnóstico, tratamento e cuidado ao paciente, bem como atender à necessidade manifesta dos familiares de receberem informações pertinentes ao tratamento realizado e à evolução do paciente. A prática deve pautar-se pela busca de melhor atendimento e por comunicação eficiente do profissional com o familiar a respeito do estado clínico/prognóstico do paciente.

Sendo assim, de acordo com este estudo, é necessário que a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana busque Guidelines, promova a prática baseada em evidência, discuta a possibilidade de aplicar medidas institucionais, bem como avalie a disponibilidade para a aplicação de checklists, protocolos e pacotes de cuidados; distribuição de folhetos informativos para pacientes e famílias, diário de UTI, kits visita de família, realização de reuniões interprofissionais estruturadas (rounds), telefonemas planejados, sites de informação voltados ao paciente e familiar com registro eletrônico de saúde, enfermeira de apoio à família para fornecer informação especializada e sala específica para recepcionar e acolher os familiares.

Tais medidas têm como objetivo prevenir os fatores estressores no paciente coronariano que comprometam o seu cuidado e prognóstico, promover a satisfação do familiar atendendo suas necessidades e educar o paciente e o familiar de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.

8. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontam como o conhecimento sobre os principais fatores estressores do paciente e acerca das necessidades dos familiares conviventes é capaz de contribuir para o adequado atendimento aos pacientes internados e aos seus familiares conviventes em UTI Coronariana.

Os principais fatores estressores dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva coronariana são: a preocupação financeira, a falta de comunicação com seus familiares, a falta de controle sobre si mesmo, a incapacidade de exercer o seu papel na sua família e a incerteza do tempo de permanência na UTI que acaba por comprometer o seu desempenho financeiro e o seu relacionamento pessoal, social e familiar.

As necessidades dos familiares conviventes classificadas como importantes encontraram-se nas dimensões Proximidade, Segurança e Informação e, no que diz respeito à satisfação, os dados coletados neste estudo sinalizam que mais da metade dos familiares tiveram suas necessidades totalmente satisfeitas.

Sendo assim, os pacientes são alvo de fatores estressores que comprometem o seu tratamento e recuperação, bem como os familiares precisam de cuidados específicos voltados às suas necessidades consideradas importantes, em prol da educação e promoção da saúde, mesmo que a satisfação tenha sido alcançada pela maior parte deles, conforme atestam os resultados da presente pesquisa.

É fundamental que os profissionais reconheçam o perfil e as características do paciente e de seu núcleo familiar no intuito de promover mudanças institucionais consonantes com os princípios de saúde do SUS e que ampliem o foco do cuidado para o paciente e família, de forma que a assistência contemple os fatores estressores do paciente e as necessidades do familiar a fim de que o cuidado alcance o processo de humanização e os princípios do CCPF: o respeito, a dignidade, o compartilhamento de informações, a participação nos cuidados e a colaboração para a educação profissional.

Dessa forma, a assistência de Enfermagem poderá impactar na diminuição do estresse do paciente e em melhor atendimento aos seus familiares, a fim de atender suas necessidades e maximizar suas satisfações com os cuidados na UTI, oferecendo atendimento eficaz, seguro, acolhedor e de qualidade em busca da recuperação, da promoção e da prevenção da saúde do paciente e da satisfação de seu familiar no ambiente intra-hospitalar.

9. LIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo realizado apresentou limitação quanto a sua população, relativamente aos pacientes oriundos de outras instituições e que receberam tratamento inicial de acordo com a queixa do paciente, atendimento médico e disponibilidade terapêutica no momento da sua admissão. Tais condutas influenciaram direta ou indiretamente na sua chegada ao hospital, no seu desempenho, no seu resultado intra-hospitalar e, conseqüentemente, na avaliação dos fatores estressores e das necessidades de seus familiares conviventes.

10. REFERÊNCIAS

1. ABC do SUS – Doutrinas e princípios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; 1990.
2. Reis CCA, Sena ELS, Fernandes MH. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *J Res Fundam Care Online* 2016;8(2):4212-22.
3. Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; 2015. Disponível em : Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/bvs.
4. Fakhouri SE, Carrasco HVCG, Araújo GC, Marciano IC. Epidemiological profile of ICU patients at Faculdade de Medicina de Marília. *Rev Assoc Med Bras.* 2016;62(3):248-54.
5. Rodrigues AC, Calegari T. Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de Enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2016;20:e933.
6. Método e Definições. Consenso Brasileiro de Monitorização e Suporte Hemodinâmico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* 2005;17(4):278-81.
7. Monitorização Hemodinâmica Básica e Catéter de Artéria Pulmonar. Consenso Brasileiro de Monitorização e Suporte Hemodinâmico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* 2006;18(1):63-77.
8. Rodríguez LMB, Velandia MFA, Leiva ZOC. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid.* 2016;7(2):1297-1309.
9. Vasconcelos EV, Freitas KO, Silva SED, Baia RSM, Tavares RS, Araújo JS. O cotidiano de familiares de pacientes internados na uti: um estudo com as representações sociais. *J Res Fundam Care Online.* 2016. abr./jun. 8(2):4313-27.
10. Rosa BA, Rodrigues RCM, Gallani MCBJ, Spana TM, Pereira CGS. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(3):627-35.
11. Filho MAA. O estigma da morte na UTI e as repercussões psicológicas no paciente e família [trabalho de conclusão de curso]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, Programa de Aprimoramento Profissional/SES-Fundap, Psicologia Hospitalar; 2016.
12. Costa JB, Felicetti CR, Costa CRLM, Miglioranza DC, Osaku EF, Versa GLGS, et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):182-89.
13. Umann J, Guido LA, Silva RM. Stress, coping and presenteeism in nurses assisting critical and potentially critical patients. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(5):887-94.

14. Hirsch CD, Barlem EL, Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Oliveira AC. Preditores do estresse e estratégias de coping utilizadas por estudantes de Enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(3):224-9.
15. Freitas KS, Mussi FC, Menezes IG. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Esc Anna Nery*. 2012;16(4):704–11.
16. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*. 1979;8(2):332-9.
17. Hickey M. What are the needs of families of critically ill patients? A review of the literature since 1976. *Heart Lung*. 1990;19(4):40-15.
18. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania – Senarc. Nº 362. 25 de abril de 2013. Conceitos do Cadastro Único. Principais distorções dos conceitos do Cadastro Único para possibilitar a inclusão de famílias em outros programas sociais.
19. Alves JED. A definição de família convivente do IBGE: cuidados metodológicos necessários.
<http://www.familiaembacher.com.br/familias/artigos/notametodologica.pdf>
20. Magalhães FMNM, Jesus SA, Gois CFL, LLapa-Rodríguez EO, Santos V, Marques DRS, et al. Avaliação dos estressores para o paciente em uma unidade de terapia intensiva cardiológica. *Enferm. Em Foco*. 2014;5(1/2):8-12.
21. Prado APO, Bento DCP, Gardenghi G. *Avaliação de possíveis fontes externas de estresse e o seu nível em duas unidades de terapia intensiva em pacientes pós-angioplastia coronariana*. *Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo*. 2012;22(3, Supl A): 25-30.
22. Freitas KS, Kimura M, Ferreira KASL. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospitais público e privado. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(1).
23. Kynoch K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. The Joanna Briggs Institute. 2016.
24. Castro DS. Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio-encefálico em terapia intensiva [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery da UFRJ; 1999.
25. Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart Lung*. 1991;20(3):236-44.
26. Morgon FH, Guirardello EB. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004 março-abril; 12(2):198-203.
27. Ribeiro FSP, Santos MH, Sousa FGM, Santana EEC, Araújo SFC, Viegas CGC, Braga LC. Descrevendo necessidades de familiares de crianças internadas em unidade de terapia intensiva neonatal. *Enfermagem em Foco*. 2012; 3(4): 186-89.

28. Puggina AC, lenne A, Carbonari KFBSF, Parejo LS, Sapatini TF, Silva MJP. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery*. 2014;18(2):277-83.
29. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conforto Ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. - Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 165 p. Acesso em 13-09-15. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/df85d50045888e16bf61ffe5a01512bb/manual_conforto_ambiental.pdf?MOD=AJPERES
30. Dias DS, Resende MV, Diniz GCLM. Patient stress in intensive care: comparison between a coronary care unit and a general postoperative unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015;27(1):18-25.
31. Barbosa CE, Viana M, Brito M, Sabino M, Garcia G, Maraux M, et al. Acurácia dos escores GRACE e TIMI na predição da gravidade angiográfica da síndrome coronariana aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2012;99(3):818-24.
32. Junior APN, Mocelin AO, Andrade FM, Brauer L, Giannini FP, Nunes ALB, et al. SAPS 3, APACHE IV or GRACE: which score to choose for acute coronary syndrome patients in intensive care units? *Sao Paulo Med J*. 2013;131(3):173-8.
33. Santos ES, Filho LFA, Fonseca DM, Londero HJ, Xavier RM, Pereira MP, et al. Correlação dos escores de risco com a anatomia coronária na síndrome coronária aguda sem supra-ST. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(6):511-7.
34. Poder executivo. Decreto nº 8618 de 29.12.2015. D.O.U.: 30.12.2015. <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Decreto-8618-2015.htm>.
35. Bueno CAM, Moraes FR, Chagas, EFB, Quité RJ. Prevalence of obesity in children and adolescents: a study based in the city of Marília / SP. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2016;26(2):74-7.
36. Perão OF, Bub MBC, Zandonadi GC, Martins MA. Características sociodemográficas e epidemiológicas de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev. Enferm. UERJ*. 2016;25:e7736.
37. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua Quarto Trimestre de 2017.
38. IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016, acesso em 08/03/18.
39. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017;70(5):1040-7.
40. Figueiredo JHC, Silva NAS, Pereira BB, Oliveira GMM. Depressão Maior e Fatores Relacionados na Síndrome Coronariana Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2017;108(3):217-27.
41. Cerqueira et al. Prognostic Accuracy of the GRACE Score in Octogenarians and Nonagenarians with Acute Coronary Syndromes. *Arq. Bras. Cardiol*. 2018;110(1):24-9.

42. Santos et al. Avaliação funcional de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário de Canoas. *Fisioter Pesqui.* 2017;24(4):437-43.
43. Favarin SS, Camponogara S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Rev. Enferm. UFSM.* [Internet]. 2012 [citado em 10 fev de 2016];(2):320-9.
44. Pivatto Júnior et al. Comparação de Escores Anatômicos e Clínicos na Predição de Desfechos em Intervenções Coronarianas Percutâneas Primárias. *Int J Cardiovasc Sci.* 2018;31(1):26-32.
45. Gagliardi et al. Cardiogenic shock with ST-segment elevation acute coronary syndrome (ReNa-SHOCK ST) (Medicina Buenos Aires). 2017;77(4):261-66.
46. Marin DAE, Coy AFB, Goyes AB, Uribe JCO. Fatores associados à mortalidade em 30 dias em pacientes com mais de 75 anos de cateterismo cardíaco. *Rev Colomb Cardiol.* 2017;24(4):327-33.
47. Grinberg AR, Tripodoro VA. Futilidad médica y obstinación familiar em Terapia Intensiva. *MEDICINA.* 2017;77:491-6.
48. The Joint Commission, Division of Health Care Improvement. Quick Safety. Transitions of care: Engaging patients and families. Issue 18, November 2015.
49. Souza et al. Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduandos da área de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(4):e3640016.
50. Membrive SA, SouzaL PS, Donoso MTV, Silqueira SMF, Corrêaa AR, Matos SS. Caracterização dos estressores envolvidos na internação de pacientes em unidade coronariana. *Rev baiana enferm.* 2017;31(1):e16552.
51. Valente CO, Fonseca GM, Freitas KS, Mussi FC. Conforto familiar a um parente internado na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Baiana Enferm.* 2017;31(2):e17597.
52. Quenot et al. What are the ethical issues in relation to the role of the family in intensive care? *Ann Transl Med* 2017;5(Suppl 4):S40.
53. Monteiro DT, Quintana AM. A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. *Psicologia:Teoria e Pesquisa* 2017;32(4):1-9.
54. Au et al. A Multicenter Observational Study of Family Participation in ICU Rounds. *Critical Care Medicine.* 2018;30(20):1-8.
55. Albarqouni L. et al. Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals. *JAMA Network Open.* 2018;1(2):e180281.
56. Bauman KA, Hyzy RC. ICU 2020: Five interventions to revolutionize quality of care in the ICU. *Journal of Intensive Care Medicine.* 2014;29(1):13-21.

11. ANEXOS

Anexo 1 – GRACE Score

CLASSIFICAÇÃO GRACE (Score: 0 – 372)			
Variáveis	Score	Variáveis	Score
Idade		Creatinina	
< 30 anos	0	< 0,40 mg/dl	1
30-39 anos	8	0,40-0,79 mg/dl	4
40-49 anos	25	0,80-1,19 mg/dl	7
50-59 anos	41	1,20-1,59 mg/dl	10
60-69 anos	58	1,60-1,99 mg/dl	13
70-79 anos	75	2,00-3,99 mg/dl	21
80-89 anos	91	≥ 4,00 mg/dl	28
≥ 90 anos	100	PAS	
FC		< 80 mmHg	58
< 50 bpm	0	80-99 mmHg	53
50-69 bpm	3	100-119 mmHg	43
70-89 bpm	9	120-139 mmHg	34
90-109 bpm	15	140-159 mmHg	24
110-149 bpm	24	160-199 mmHg	10
150-199 bpm	38	≥ 200 mmHg	0
≥ 200 bpm	46	Outros	
Classificação Killip		Elevação de enzimas cardíacas (MNM)	14
Killip I	0		
Killip II	20	Desvio do segmento ST	28
Killip III	39		
Killip IV	59	Parada Cardiorrespiratória	39

Anexo 2 - Inventário de Necessidade e Estressores de Familiares de Terapia Intensiva – INEFTI (Castro,1996)

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

Data: ___/___/___ **Hora:** _____ **Iniciais:** _____

Necessidades	Importância				Satisfação			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Saber quais as chances de melhora do paciente.	1	2	3	4	1	2	3	4
2. Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita.	1	2	3	4	1	2	3	4
3. Poder conversar com o médico todos os dias.	1	2	3	4	1	2	3	4
4. Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone.	1	2	3	4	1	2	3	4
5. Ter perguntas respondidas com franqueza.	1	2	3	4	1	2	3	4
6. Ter horário de visita modificado em casos especiais.	1	2	3	4	1	2	3	4
7. Falar sobre sentimentos negativos relacionados ao que está acontecendo.	1	2	3	4	1	2	3	4
8. Ter uma boa lanchonete no hospital.	1	2	3	4	1	2	3	4
9. Ser informado sobre o que fazer quando estiver ao lado do paciente.	1	2	3	4	1	2	3	4
10. Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora.	1	2	3	4	1	2	3	4
11. Saber quem pode dar a informação de que necessito.	1	2	3	4	1	2	3	4
12. Ter amigos por perto para apoiá-lo.	1	2	3	4	1	2	3	4
13. Saber por que determinados tratamentos foram realizados com o paciente.	1	2	3	4	1	2	3	4
14. Sentir que há esperança de melhora do paciente.	1	2	3	4	1	2	3	4
15. Saber quais os profissionais que estão cuidando do paciente.	1	2	3	4	1	2	3	4
16. Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente.	1	2	3	4	1	2	3	4
17. Estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo	1	2	3	4	1	2	3	4

dado ao paciente.								
18. Ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital.	1	2	3	4	1	2	3	4
19. Saber exatamente o que está sendo feito para o paciente.	1	2	3	4	1	2	3	4
20. Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI.	1	2	3	4	1	2	3	4
21. Sentir-se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital.	1	2	3	4	1	2	3	4
22. Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros.	1	2	3	4	1	2	3	4
23. Ter um telefone perto da sala de espera	1	2	3	4	1	2	3	4
24. Ter a visita de alguém da religião à qual pertença.	1	2	3	4	1	2	3	4
25. Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente.	1	2	3	4	1	2	3	4
26. Ser acompanhado(a) por profissional, amigo ou familiar durante a visita.	1	2	3	4	1	2	3	4
27. Ter alguém que se preocupa com a minha saúde.	1	2	3	4	1	2	3	4
28. Ter certeza que tudo está bem para deixar o hospital por algum tempo.	1	2	3	4	1	2	3	4
29. Conversar com a mesma enfermeira todos os dias.	1	2	3	4	1	2	3	4
30. Sentir-se à vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções.	1	2	3	4	1	2	3	4
31. Saber quais os outros profissionais que podem me ajudar.	1	2	3	4	1	2	3	4
32. Ter um banheiro perto da sala de espera.	1	2	3	4	1	2	3	4
33. Receber explicações que possam ser compreendidas.	1	2	3	4	1	2	3	4
34. Começar a visita na hora marcada.	1	2	3	4	1	2	3	4
35. Ser informado sobre serviços religiosos.	1	2	3	4	1	2	3	4
36. Ajudar a cuidar do paciente na UTI.	1	2	3	4	1	2	3	4
37. Ser comunicado sobre possíveis transferências.	1	2	3	4	1	2	3	4
38. Ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente.	1	2	3	4	1	2	3	4
39. Receber informações sobre o paciente no mínimo uma vez ao dia.	1	2	3	4	1	2	3	4
40. Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente.	1	2	3	4	1	2	3	4
41. Ser informado a respeito de	1	2	3	4	1	2	3	4

tudo que se relacione com a evolução do paciente.								
42. Ver o paciente frequentemente.	1	2	3	4	1	2	3	4
43. Ter sala de espera perto do paciente.	1	2	3	4	1	2	3	4

* 1 – não importante, 2 – pouco importante, 3 – muito importante, 4 – importantíssimo.

1 – insatisfeito, 2 – pouco satisfeito, 3 – muito satisfeito, 4 – totalmente satisfeito.

**Anexo 3 - Escala de Avaliação de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva
(UTI)**

Pontue cada pergunta com valores de 0 a 4 pontos, sendo que cada ponto destina-se à mensuração do estresse em UTI. (1) não estressante, (2) moderadamente estressante, (3) muito estressante, (4) extremamente estressante e (0) não se aplica.

Data: ___/___/___ **Hora:** _____ **Iniciais:** _____

Estressores	Pontuação				
	0	1	2	3	4
1. Sentir dor.	0	1	2	3	4
2. Não conseguir dormir.	0	1	2	3	4
3. Estar incapacitado para exercer seu papel na família.	0	1	2	3	4
4. Desconhecer o tempo de permanência na UTI.	0	1	2	3	4
5. Ter luzes acesas constantemente.	0	1	2	3	4
6. Ser furado por agulhas.	0	1	2	3	4
7. Ter sede.	0	1	2	3	4
8. Não conseguir mexer as mãos ou braços devido ao soro ou medicação na veia.	0	1	2	3	4
9. Não ter privacidade.	0	1	2	3	4
10. Ter preocupações financeiras.	0	1	2	3	4
11. Sentir medo de morrer.	0	1	2	3	4
12. Escutar o barulho e os alarmes dos aparelhos.	0	1	2	3	4
13. Escutar o gemido de outros pacientes.	0	1	2	3	4
14. Estar em um quarto muito quente ou muito frio.	0	1	2	3	4
15. Sentir falta do marido, esposa ou companheiro(a).	0	1	2	3	4
16. Enfermagem e médicos falando muito alto.	0	1	2	3	4
17. Ficar com tubos e sondas no nariz e/ou na boca.	0	1	2	3	4
18. Ter medo de pegar AIDS.	0	1	2	3	4
19. Não saber quando vão ser feitos os procedimentos em você.	0	1	2	3	4
20. Ver a família e os amigos apenas	0	1	2	3	4

alguns minutos por dia.					
21. Estar preso por tubos e drenos.	0	1	2	3	4
22. Escutar o alarme de seu monitor cardíaco disparar.	0	1	2	3	4
23. Não conseguir se comunicar.	0	1	2	3	4
24. Estar aborrecido.	0	1	2	3	4
25. Escutar sons e ruídos desconhecidos.	0	1	2	3	4
26. Ouvir pessoas falando sobre você.	0	1	2	3	4
27. Ter uma cama e/ou travesseiros desconfortáveis.	0	1	2	3	4
28. Não ter controle sobre si mesmo.	0	1	2	3	4
29. Sentir cheiros estranhos ao seu redor.	0	1	2	3	4
30. Escutar a equipe de enfermagem falar termos que eu não entendo.	0	1	2	3	4
31. Não saber que horas são.	0	1	2	3	4
32. Ser acordado pela Enfermagem.	0	1	2	3	4
33. Escutar o telefone tocar.	0	1	2	3	4
34. Não receber explicações sobre seu tratamento.	0	1	2	3	4
35. Ter que ficar olhando para os detalhes do teto.	0	1	2	3	4
36. Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento.	0	1	2	3	4
37. Receber cuidados de médicos que eu não conheço.	0	1	2	3	4
38. Ter máquinas estranhas ao seu redor.	0	1	2	3	4
39. Ter que usar oxigênio.	0	1	2	3	4
40. Não saber que dia é hoje.	0	1	2	3	4
41. Sentir que a Enfermagem está mais atenta aos aparelhos do que a você.	0	1	2	3	4
42. Ver bolsas de soro penduradas sobre a sua cabeça.	0	1	2	3	4
43. Sentir que a Enfermagem está muito apressada.	0	1	2	3	4
44. Não ter a noção de onde você está.	0	1	2	3	4
45. Observar tratamentos que estão sendo dados a outros pacientes.	0	1	2	3	4
46. Ter que medir a pressão arterial várias vezes ao dia.	0	1	2	3	4

47. Ter homens e mulheres no mesmo quarto.	0	1	2	3	4
48. Ser frequentemente examinado pela equipe médica e de Enfermagem.	0	1	2	3	4
49. Ter a Enfermagem constantemente. fazendo tarefas ao redor do seu leito.	0	1	2	3	4
50. Membro da equipe de Enfermagem não se apresentar pelo nome.	0	1	2	3	4

12. APÊNDICES

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“FATORES ESTRESSORES DO PACIENTE E NECESSIDADES DO FAMILIAR CONVIVENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA”

Essas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo, que visa identificar os fatores estressores do paciente internado e do familiar convivente em Unidade de Terapia Intensiva coronariana. Este documento destina-se à autorização do uso das informações coletadas para o desenvolvimento da pesquisa acima intitulada. Está sendo disponibilizado em duas vias originais, uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador.

Para tanto, o senhor(a) será avaliado em um dia e as informações registradas em instrumentos individuais. A pesquisadora irá aplicar um instrumento contendo questões relacionadas às variáveis sociodemográficas e clínicas, e dados que possibilitam avaliar as necessidades frente ao processo de internação.

Não há benefícios e os riscos serão mínimos aos participantes e à instituição, caso haja a necessidade de quebra de sigilo; sendo assim, haverá exposição das informações coletadas. O desconforto proporcionado será mínimo. As informações serão utilizadas somente para este trabalho, onde serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

Em qualquer etapa da pesquisa, o senhor(a) poderá procurar a responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A investigadora é a aluna Aluê Constantino Coelho, que pode ser encontrada no endereço Rua Napoleão de Barros, 754, telefone 5571-1720. Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 1º andar, conj. 14 – telefone: 5571-1062, FAX: 5539-7162. Da mesma forma, o(a) senhor(a) poderá manter-se atualizado sobre o andamento da pesquisa, quando julgar necessário.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, deixando assim de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do seu tratamento na instituição.

Não há despesas pessoais para o(a) senhor(a) em qualquer fase do estudo, assim como compensação financeira relacionada à sua participação. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li descrevendo o estudo *“fatores estressores do paciente e necessidades do familiar convivente em unidade de terapia intensiva coronariana”*.

Eu discuti com a aluna Aluê Constantino Coelho sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho a garantia do acesso a tratamento hospitalar, quando necessário. Concordo em participar voluntariamente deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante: paciente / familiar convivente

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

Apêndice 2 – Ficha de caracterização do paciente

Data: ___/___/___ Hora: _____ Identificação: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:					
Sexo:					
1. () Feminino	2. () Masculino				
Idade: _____ anos					
Nível Educacional:					
1. () Analfabeto	4. () II Grau Incompleto	7. () III Grau Completo			
2. () I Grau Incompleto	5. () II Grau Completo	8. () Pós Graduação			
3. () I Grau Completo	6. () III Grau Incompleto				
Situação Conjugal:					
1. () Solteiro	3. () União Consensual	5. () Divorciado			
2. () Casado	4. () Separado	6. () Viúvo			
Religião:					
1. () Evangélico	2. () Católico	3. () Espírita	4. () Cristão	5. () Nenhuma	6. () Outro
Situação de Trabalho:					
1. Empregado () 2. Desempregado () 3. Aposentado () 4. Dona de casa () 5. Autônomo () 6. Estudante () 7. Licença médica () 8. Informal () 9. () Cuidador remunerado					
DADOS CLÍNICOS:					
Unidade de Origem:					
1. () Pronto Socorro 2. () Unidade de Internação 3. () Unidade de Hemodinâmica 4. () Outro serviço de saúde					
Admissão:					
Data: ___/___/___	Hora: _____				
Comorbidades:					
1. () Diabetes mellitus	4. () Insuficiência Renal	7. () Cardiopatias (IAM, AI, ICC, Arritmias)			
2. () Hipertensão Arterial	5. () Obesidade	8. () Cerebrovascular (AVCi, AVCh)			
3. () Neoplasia Maligna	6. () Dislipidemia	9. () Hepatopatia Crônica			
10. () DPOC					
Diagnóstico Médico: _____					
Complicações Desenvolvidas: _____					
Saída da unidade:					
1. () curado ambulatorial	3. () melhorado/ acompanhado				
2. () transferência para outro estabelecimento	4. () óbito				
Data: ___/___/___	Hora: _____				
Tempo de internação: _____ dias					
Internações Anteriores:					
1. () Sim	2. () Não				
GRACE:					
1. Score: _____ pontos	2. Risco de Mortalidade: _____ %				

Apêndice 3 – Ficha de caracterização do familiar convivente

Data: _____ Hora: _____ N° _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino	Idade: _____ anos
Nível Educacional	
1. Analfabeto () 2. I Grau Incompleto () 3. I Grau Completo () 4. II Grau Incompleto () 5. II Grau Completo () 6. III Grau Incompleto () 7. III Grau Completo () 8. Pós Graduação ()	
Estado Civil	
1. Solteiro () 2. Casado () 3. União Consensual () 4. Separado () 5. Divorciado () 6. Viúvo ()	
Religião	
1. () Evangélico 2. () Católico 3. () Espírita 4. () Cristão 5. () Nenhuma 6. () Outro	
Situação de Trabalho	
1. Empregado () 2. Desempregado () 3. Aposentado () 4. Dona de casa () 5. Autônomo () 6. Estudante () 7. Licença médica () 8. Informal ()	
Renda Mensal da Família	
1. < 1 a 3 SM () 2. 4 a 5 SM () 3. 6 a 10 SM () 4. > 10 SM ()	
RELACIONAMENTO COM O PACIENTE	
Relação do Informante com o Paciente	
1. Cônjuge () 2. Pai () 3. Mãe () 4. Filho () 5. Irmã (o) () 6. Namorada (o), noiva (o) () 7. Outros _____	
Tempo de convivência com o paciente: _____ anos	
Experiência Anterior em UTI	
1. Sim () 2. Não () Quantas vezes: _____	
AVALIAÇÃO DA INFORMAÇÃO	
Diagnóstico Correto: 1. Sim () 2. Não ()	
Nome do médico: 1. Sim () 2. Não ()	
Nome da enfermeira: 1. Sim () 2. Não ()	

* Abreviaturas: UTI (Unidade de Terapia Intensiva), SM (Salário Mínimo)