

Satisfação familiar nos cuidados intensivos avaliada por meio do FS-ICU 24

Family satisfaction in intensive care assessed by means of FS-ICU 24

Daniela Soares Madureira¹

Paula Sampaio Parreiras²

Vanessa Rosa Pereira³

Luciana Filgueiras Hour⁴

Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte/MG

RESUMO

A pesquisa investigou a satisfação dos familiares dos pacientes internados no centro de terapia intensiva (CTI) Pós-Operatório, em um hospital público de grande porte. Foram avaliados fatores relacionados aos cuidados prestados pela equipe multidisciplinar ao paciente e a família, além da participação desses na tomada de decisões referente ao tratamento prestado. O estudo foi realizado em 2017, através de uma metodologia descritiva-transversal de abordagem mista, por meio da aplicação do questionário FS-ICU 24 e entrevista. Os resultados foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial e análise de conteúdo. Evidenciou-se a influência de fatores relacionados à comunicação equipe-família, como um dos principais fatores em relação a satisfação com os cuidados prestados no CTI. Concluiu-se que é necessário criar estratégias que aperfeiçoem a frequência da comunicação com os familiares, atentando-se para lapsos presentes no discurso e angústias do familiar na unidade de tratamento intensivo, favorecendo maior conhecimento das necessidades e expectativas destes e as práticas elegidas da Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: centro de terapia intensiva; família; cuidados; satisfação.

¹ Psicóloga do setor de Cuidados Prolongados da Santa Casa de Belo Horizonte. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo programa de residência multiprofissional da Santa Casa de Belo Horizonte. Especialista em Psicologia Médica pela UFMG – Contato: danielasmadureira@yahoo.com.br.

² Psicóloga do grupo Oncoclínicas. Especialista em Psicoterapia Existencial-Fenomenológica e Gestáltica pela FEAD. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo programa de residência multiprofissional da Santa Casa de Belo Horizonte e pelo programa de residência multiprofissional do Hospital das Clínicas da UFMG. Contato: paulatpo@hotmail.com.

³ Psicóloga do setor de Cardiologia da Santa Casa de Belo Horizonte. Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Fernando Pessoa (Portugal). Especialista em Saúde Mental na Prática Contemporânea pela PUC MG. Contato: vanessa_rosapereira@yahoo.com.br.

⁴ Psicóloga do setor de Oncologia da Santa Casa de Belo Horizonte. Mestre em Psicologia – Intervenções Clínicas e Sociais pela PUC MG. Especialista em Teoria Psicanalítica pela UFMG. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo CFP. Contato: luhouri@yahoo.com.br.

ABSTRACT

The research investigated the satisfaction of relatives of patients hospitalized in the postoperative intensive care unit (ICU) of a large public hospital. Factors related to the care provided by the multidisciplinary team to the patient and family were evaluated, as well as their participation in decision-making regarding the treatment provided. The study was conducted in 2017, through a descriptive-transversal methodology of mixed approach, through the application of the FS-ICU 24 questionnaire and a semi-structured interview. The results were submitted to descriptive and inferential statistical analysis and content analysis. It was evidenced the influence of factors related to the team-family communication, as one of the main factors in relation to satisfaction with the care provided at the ICU. It was concluded that it is necessary to create strategies that improve the frequency of communication with family members, taking into account the lapses present in the discourse and the family member's anguish in the intensive care unit, favoring a better knowledge of their needs and expectations and the chosen practices of National Policy of Humanization.

Keywords: intensive care unit; family; care; satisfaction.

O interesse por esta temática surgiu da experiência clínica das pesquisadoras enquanto psicólogas de diferentes unidades do hospital, com atuação junto aos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica de caráter eletivo e posteriormente internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI). Diante do trabalho realizado com a tríade paciente-família-equipe, percebeu-se a necessidade de um olhar direcionado aos familiares que, com frequência são o principal aporte emocional do paciente internado e, que, muitas vezes estão em segundo plano.

Vale destacar que o presente estudo compreende o conceito de família conforme definido por Faro (2000), isto é, como a união de pessoas com vínculos afetivos, legais ou de interesse, vivendo juntas por determinado período de tempo, em um lócus social com regras, valores, crenças, deveres e responsabilidades.

A família deve ser considerada como extensão do paciente, sendo responsabilidade da equipe de saúde zelar pelo cuidado assistencial desta, através do fornecimento de orientações, informações e suporte emocional.

Para isso, torna-se fundamental conhecer suas demandas, expectativas e dificuldades associadas à vivência da hospitalização.

A hospitalização de um membro da família no CTI demanda reorganização na dinâmica familiar. Isto porque o Centro de Terapia Intensiva, segundo (Puggina, lenne, Carbonari, Parejo, Sapatini & Silva 2014), caracteriza-se como uma unidade complexa dotada de sistema de monitoramento contínuo que admite pacientes acometidos por insuficiências orgânicas graves e que, com suporte e tratamento intensivos, tenham possibilidades de recuperação. Trata-se de um ambiente visto com ambiguidade pelas pessoas, onde o temor do risco clínico e da possibilidade de morte se contrapõe com os elevados recursos humanos e tecnológicos que podem possibilitar a retomada da vida (Puggina et al., 2014). Aqui, facilmente se passa da luta pela vida à morte resignada. Uma internação no CTI pode desencadear uma série de reações emocionais no sistema familiar, dentre elas se destaca a angústia, impotência, insegurança e o medo diante da ameaça da morte gerada pela doença.

A prática clínica no CTI revela, e Freitas, Mussi e Menezes (2012) confirmam, que a hospitalização pode gerar sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático nos familiares de pacientes internados. Frizon, Nascimento, Bertocello e Martins (2011) reforçam que sentimentos decorrentes da internação e permanência do familiar nesse ambiente podem ser representados no discurso pela dor, angústia, tristeza, impotência, medo e desespero resultando em um grande impacto emocional perante o incerto ou a possibilidade real da perda.

O estudo de Barth, Dorfey, Dieter, Campara e Montagner (2016) destaca que o estado do paciente em coma, sem condições de verbalizar e o motivo da internação como principais estressores para os familiares. Beccaria, Ribeiro, Souza, Scarpetti, Contrine Rodrigues (2008) investigaram os sentimentos gerados na hora da visita e constatou-se a presença de níveis elevados de ansiedade, angústia e tristeza associados a falsa ideia de que pacientes com necessidades de transferência para o CTI estão em iminência de morte.

Já o paciente internado no CTI se encontra em situação de fragilidade física e psíquica, estando provisoriamente dependente de cuidados de terceiros, no caso da equipe multidisciplinar, que lhe era desconhecida até então. Ele com frequência deposita em seus familiares, a confiança e responsabilidade de zelar pelo pleno atendimento às suas necessidades clínicas.

É interessante observar como os processos psíquicos vivenciados pela díade paciente-família influenciam todos os membros desta rede. Em outras palavras, não é raro observarmos que um familiar, psicologicamente abalado com a hospitalização, com frequência desencadeia ansiedade e angústia no paciente internado, afetando diretamente o processo de tratamento e de sua evolução clínica (Perez, Silva & Couto, 2009).

A atenção cuidadosa aos familiares é, portanto, uma boa maneira de alcançar o paciente, visto que eles compartilham entre si uma relação de afeto única e intransponível. Isto deve ocorrer em qualquer unidade de internação hospitalar, mas possui uma relevância especial nos CTI's, visto que esse setor recebe com frequência pacientes em estados críticos, com algum nível de rebaixamento de consciência, ou, quando lúcidos, vivenciam "à flor da pele" sentimentos de impotência e angústia frente ao desconhecido.

Percebe-se que quando a família se sente satisfeita com os cuidados ofertados pela equipe multidisciplinar, ela tende a desenvolver formas de enfrentamento da hospitalização mais saudáveis e eficazes. Deste modo, os familiares passam a compreender melhor as informações repassadas pela equipe sobre a condição clínica do paciente e a condução do tratamento, conseqüentemente evitando ou minimizando possíveis dúvidas, angústias e conflitos. A satisfação do familiar é refletida sob a forma de sentimento de segurança com a equipe e, projetada ao paciente que, com efeito, toma-a para si. Sentir-se seguro é fundamental para o paciente angustiado e temeroso de sua impotência e, dessa forma, ele se torna mais capaz de dialogar com a equipe, compreender sua situação clínica e, conseqüentemente, questionar e aderir ao tratamento proposto.

Ao sentir segurança que seu familiar foi acolhido, e que participa ativamente do processo de tomada de decisões sobre sua terapêutica, o paciente é capaz de desenvolver melhores mecanismos psíquicos de enfrentamento e adaptação à sua realidade atual, apresentando melhor resposta clínica às intervenções médicas propostas. Tal cenário, conseqüentemente, propicia a redução do tempo de permanência na unidade, minimiza os riscos de uma internação prolongada e onera menos a instituição e o Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, cabe ao psicólogo acolher e trabalhar com a família os sentimentos e conflitos emergidos na hospitalização, identificando fantasias, crenças subjacentes, mecanismos de defesa e intervir em momentos de crise e facilitar a comunicação para uma relação mais positiva com a equipe assistencial.

Segundo Souza (2015), a investigação da família remete à subjetividade dos fatores avaliados, sendo que a satisfação se refere ao nível de cumprimento das necessidades e expectativas reais, implícita e explícita. Conhecer as necessidades e as expectativas dos familiares também é fundamental para melhorar a humanização do cuidado na tentativa de reduzir os impactos da hospitalização (Puggina et al., 2014).

Nobel, Andreoli e Erlichman (2008) destacam um crescente interesse de pesquisadores e profissionais da saúde pela temática do cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva brasileiras, já que até pouco tempo os trabalhos e práticas nesse sentido eram escassos.

Em 2013, a Política Nacional de Humanização (PNH) enfatizou que o cuidado oferecido ao usuário deve ir além do cuidado técnico, dos procedimentos e conhecimentos científicos. Neste cenário a humanização deixa de ocupar um lugar exclusivamente discursivo para se tornar um importante indicador de qualidade institucional e, com efeito, proporcionar maior satisfação dos pacientes e familiares com os cuidados prestados em todos os setores hospitalares.

Diante do exposto, a pesquisa propôs investigar os fatores que influenciam a satisfação dos familiares dos pacientes internados no CTI pós-operatório de um hospital filantrópico de grande porte através da aplicação do

questionário Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24) e de entrevista semi-estruturada elaborada pelas pesquisadoras. Com isso visou-se melhor identificar os aspectos psicológicos a eles relacionados, além de auxiliar no trabalho e manejo da equipe junto a este público.

Método

A pesquisa foi realizada no CTI pós-operatório de um hospital filantrópico de grande porte destinado ao atendimento exclusivo a pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), a Santa Casa de Belo Horizonte. A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2017, tendo sido entrevistados 80 participantes, sendo que apenas um familiar de cada paciente participou do estudo (Protocolo de avaliação do Comitê de Ética (CAAE): 71112017.7.0000.5138). O CTI pós-operatório da instituição é composto por 40 leitos divididos em quatro unidades: duas pós-operatório, neurologia e cardiologia. O tempo médio de internação dos pacientes nesse setor varia entre 3 a 4 dias. A política de visitas do CTI autoriza a entrada diariamente de dois visitantes, sem possibilidade de revezamento, em dois períodos determinados pelo hospital (entre às 11:00 e às 16:00). Nestes horários, o boletim de notícias é realizado pelo médico horizontal de referência. Casos especiais que demandem extensão do horário de entrada, número de visitantes ou permanência da visita são avaliados e autorizados pela equipe de psicologia do setor.

Realizou-se um estudo descritivo e transversal, de natureza mista, englobando métodos quantitativos e qualitativos. A pesquisa quantitativa consistiu na aplicação do questionário FS-ICU 24 (Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit), desenvolvido no Canadá por Heyland e Tranmer (2001) para avaliação do tratamento oferecido ao paciente e a família, como também o envolvimento desses familiares no processo de tomada de decisões quanto às condutas adotadas. Sua versão original é composta por 34 itens e foi posteriormente reformulada por Wall, Engelberg, Downey, Heylan e Curtis (2007) para 24 itens, sendo traduzido e adaptado para a população brasileira por Souza (2015) e Neves (2015).

Utilizou-se para os propósitos da pesquisa a versão do FS-ICU 24 estruturada em duas seções: os cuidados prestados pela equipe (14 questões) e a satisfação com tomada de decisão (10 questões) e baseados no modelo adotado por Stricker et al. (2009) e Schwarzkapt et al. (2013), que restringiram as entrevistas à hospitalização. O questionário FS-ICU 24, possui uma parte adicional (03 questões) direcionada a avaliação do atendimento em final de vida, porém optou-se pela não aplicação destes itens, visto que a pesquisa se limitou a entrevista de familiares de pacientes em situação de internação no CTI pós-operatório. Esta parte adicional do questionário foi utilizada por Souza (2015) e Neves (2015), que optaram por entregá-lo aos familiares de pacientes que foram a óbito para preenchimento domiciliar e devolução posterior aos pesquisadores.

O questionário conta também com uma parte inicial de levantamento de dados demográficos, capaz de fornecer o perfil do público entrevistado. A avaliação das respostas foi organizada em Escala Likert, com variação de 1 a 5 pontos para uma escala de 0% a 100%, sendo: 1- excelente (100%), 2- muito bom (75%), 3- bom (50%), 4- médio (25%), 5- pobre (0%). Consta ainda a opção 6- não se aplica, que inclui a inserção de dados não aplicáveis (que não foram observados e/ou não souberam responder). Consideram-se como satisfatórios os critérios classificados como excelente, muito bom e bom. Insatisfatórios como médio e pobre. A apresentação dos resultados foi feita em frequência absoluta e relativa em cada categoria.

Após a aplicação do questionário, foi realizada uma entrevista semi-estruturada visando compreender os aspectos psicológicos relacionados aos critérios negativamente pontuados. O método usado para análise de dados deste momento foi a Análise de Conteúdo, calcada na proposta de Bardin (2011), para o qual esta metodologia prevê três fases fundamentais: pré-análise (organização do material e leitura das entrevistas até a saturação das ideias), exploração do material (transformação dos dados brutos, tentando alcançar o núcleo de compreensão do texto) e tratamento dos resultados (inferência e a interpretação).

Entrevistou-se somente um familiar de cada paciente internado. Os entrevistados aceitaram participar livremente da pesquisa e atenderam os seguintes critérios de elegibilidade: possuir laços de consanguinidade ou ser a pessoa mais próxima do paciente internado; ter um familiar adulto na UTI com permanência de internação mínima de 48 horas; ter idade igual ou superior a 18 anos; ter realizado pelo menos uma visita ao paciente internado anteriormente à aplicação da pesquisa; aceitar participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: familiares de pacientes reinternados no CTI, de pacientes que tenham falecido ou que apresentaram dificuldade de compreensão do conteúdo do instrumento, apesar dos esclarecimentos da entrevistadora.

A interlocução dos dois métodos de pesquisa favoreceu a apreensão do objeto de estudo através de prismas distintos, ganhando em generalidades sem perder as especificidades. A inclusão da análise qualitativa possibilitou aprofundar a qualidade da interpretação, auxiliando assim nos esclarecimentos dos dados quantitativos. Estes, por sua vez, foram submetidos a análise estatística descritiva e inferencial, e posteriormente apresentados como médias, mediana e desvio padrão.

Resultados

A amostra constitui-se de 80 familiares de pacientes internados no CTI, a prevalência é de mulheres, em sua maioria, filhas e esposas com idade média de 43 anos, residentes com o paciente internado (Tabela 01).

Tabela 1 - Perfil Dos Familiares Participantes Da Pesquisa

Características	Frequência	%
Média de idade	43,3	
Sexo		
Mulheres	67	83,80%
Homens	13	16,30%
Grau de Parentesco		
Filha	27	33,80%
Esposa	19	23,00%
Mãe	11	13,80%
Filho	7	8,80%
Irmã	6	7,50%
Irmão	3	3,80%
Marido	3	3,80%
Pai	1	1,30%
Outro	3	3,80%
Mora com o paciente		
Sim	44	55%
Não	36	45%
Local onde mora		
Fora da cidade	50	62,50%
Na mesma cidade do hospital	30	37,50%

Perfil dos Familiares Participantes da Pesquisa com Base nos Resultados Coletados Pelo Questionário FS-ICU 24

Na primeira parte do questionário FS-ICU 24 “satisfação da família com o tratamento”, constatou-se que a maioria dos entrevistados expressou satisfação com a qualidade dos cuidados ofertados para eles e para seus familiares internados do CTI, com uma média de escores de 62,2 na pontuação final (Tabela 04).

Tabela 4 - Quadro Comparativo dos Escores Finais de Satisfação

Questões	Média	Desvio Padrão	Mediana
Satisfação Total	62,2	14,8	59,5
Satisfação com os Cuidados	59,5	17,5	59,8
Satisfação na Tomada de Decisão	66	15,8	65

Os resultados apontam que os cuidados com o paciente; cuidados com a família; cuidados da equipe de saúde e ambiente do CTI, nos critérios cortesia, respeito e compaixão com o paciente (43,8%) foi satisfatório, já os critérios manejo da dor (38,8%), não se aplica, manejo da falta de ar (37,5%), não se aplica, e por fim manejo da agitação (43,8%), não se aplica (Tabela 02).

Tabela 2 - Respostas ao Questionário FS-ICU 24 (parte 01): Satisfação Da Família Com os Cuidados no CTI

Crítérios	Excelente %	Muito bom %	Bom %	Médio %	Pobre %	Não se aplica %
Cuidado com o paciente						
Cortesia, respeito e compaixão com o paciente	43,8	37,5	16,3	2,5	1,3	
Manejo da dor	17,5	20	20	2,5	1,3	38
Manejo da falta de ar	13,8	20	26,3	1,3	1,3	37
Manejo da agitação	13,8	18,8	21,3	1,3	1,3	43
Cuidados com a família						
Avaliação das suas necessidades	27,5	41,3	28,8	1,3	1,3	
Suporte emocional	15	31,3	30	1,3	1,3	21
Coordenação do cuidado	33,8	42,5	23,8			
Cortesia, respeito e compaixão com o familiar	35	36,3	25	1,3	2,5	
Cuidados da equipe de saúde						
Habilidade e competência dos enfermeiros	31,3	43,8	21,3	2,5	1,3	
Frequência e comunicação com enfermeiros	22,5	31,3	41,3	2,5	2,5	
Habilidade e competência dos médicos	36,3	41,3	20			2
Ambiente do CTI						
Ambiente do CTI	37,5	35	23,8	2,5		1
Sala de espera do CTI	16,3	22,5	51,3	3,8		6
Nível de cuidado ao paciente	8,8	67,5	20	1,3	2,5	

Dentre os temas apresentados, verificou-se alto índice de respostas “não se aplica” nos subitens: falta de ar (37,5%), dor (38,8%) e agitação (43,8%) da categoria “Manejo de Sintomas”. Acredita-se que os entrevistados tenham encontrado dificuldade para avaliar estes itens, devido falta de

compreensão ou mesmo por não considerarem que tenham sido vivenciadas. Relatavam que os pacientes não apresentaram tais sintomas e/ou desconheciam como foi feito o manejo. O item “Suporte Emocional” também obteve taxa considerável (21,3%) de não se aplica, embora a aplicadora tenha emitido esclarecimentos sobre o termo.

Já nos critérios “cuidado dado ao paciente sobre a ótica do familiar”, a avaliação das suas necessidades (41,3%), do suporte emocional (31,3%), coordenação do cuidado (42,5%) e cortesia, respeito e compaixão com o familiar (36,3%) foram considerados satisfatórios. No grupo “cuidados da equipe de saúde” os itens: habilidade e competência dos enfermeiros (43,8%), frequência e comunicação com enfermeiros (41,3%) e habilidade e competência dos médicos (41,3%) também foram todos considerados satisfatórios. Por fim, com relação ao ambiente do CTI, os itens: ambiente da CTI (37,5%), sala de espera do CTI (51,3%) e nível de cuidado do paciente (67,5%), também foram avaliados como satisfatórios.

Todos os critérios da primeira parte obtiveram mais de 90% de satisfação, sendo que o item “Coordenação do cuidado com paciente”, que avalia toda a equipe que participou do cuidado oferecido ao paciente, destacou com 100% de satisfação. O item “Comunicação com a enfermagem” mostrou que 95% ficaram satisfeitos, no entanto, acreditam que certas informações poderiam ser fornecidas pelos técnicos de enfermagem como, por exemplo, questões sobre a alimentação e sono. A sala de espera é mais retratada através da conotação simbólica do ambiente do que os aspectos físicos. Percebida como um lugar angustiante, tida como “sala do desespero” e que geralmente ficam pouco tempo nela. Diferentemente da avaliação do “Ambiente da UTI”. (Tabela 02)

Já a segunda parte é composta pelos itens: informações necessárias e processo de tomada de decisão (Tabela 03), com vistas a avaliar a “Satisfação da família com a tomada de decisão em torno do cuidado aos pacientes críticos”.

Tabela 3 - Respostas ao Questionário FS-ICU 24 (parte 02): Satisfação da Família Com a Tomada de Decisão

Crítérios	Excelente %	Muito Bom %	Bom %	Médio %	Pobre %	Não se aplica %
Informações necessárias						
Frequência das informações	10	18,8	40	28,8	2,5	
Facilidade de obter informações	16,3	31,3	45	6,3	1,3	
Compreensão das informações	15	26,3	43,8	13,8	1,3	
Honestidade das informações	17,5	27,5	43,8	7,5	1,3	2,5
Perfeição das informações	13,8	27,5	47,5	8,8	1,3	1,3
Consistência das informações	13,8	25	50	10		1,3
Processo de tomada de decisão						
Incluído na tomada de decisão	8,8	72,5	8,8	8,8	1,3	
Amparado na tomada de decisão	8,8	77,5	10	2,5	1,3	
Controle sobre o cuidado familiar	24,1	54,4	11,4	8,9	1,3	
Tempo para tomada de decisão			89,9		10,1	

As questões que avaliam a comunicação e seus subitens foram as que apresentaram menores índices de satisfação em relação ao questionário como um todo. Esse momento da comunicação equipe–família ocorre de forma mais efetiva durante os boletins de notícias. Destaca-se o subitem “Frequência das Informações” como insatisfatório (31,3%), visto que a notícia sobre o quadro clínico do paciente era realizada apenas durante o horário de visita. Houve maior frequência de satisfação diante da “Facilidade de obter Informações” (92,6%). Os três subitens: “Honestidade das Informações”, “Perfeição das Informações” e “Consistência das Informações” tiveram o mesmo grau de satisfação de 88,8%.

Na “Compreensão das Informações” o resultado encontrado foi 85,1% satisfeitos. O item que aborda o “Processo de Decisões”, são analisados os sentimentos de inclusão, amparo e controle durante o processo. Entre as

pessoas entrevistadas 90,1% se sentiram incluídas, 96,30% acreditam que foram amparadas para tomar decisões e 89,9% pensam ter tido controle sobre os cuidados destinados ao familiar. Em relação ao “Tempo para tomada de decisão”, 10% dos familiares consideraram que não tiveram tempo necessário.

Entrevista Semi-estruturada Quanto aos Critérios de Reações e Emoções Pontuados Negativamente.

Dos entrevistados, 65% pontuaram um ou mais fatores negativamente. Avaliou-se 24 itens e subitens, dos quais 20 receberam pontuação considerada insatisfatória, ou seja, aqueles marcados como “médio” ou “pobre”. A entrevista constou de duas perguntas, na qual foi pedido para justificar a resposta e como aquele fator poderia ter contribuído para a satisfação com os cuidados prestados pela equipe ao paciente (Tabela 5).

Tabela 5 - *Reações e Emoções Quanto aos Critérios Negativamente Pontuados e Sugestões na Entrevista Semiestruturada*

Família		
Reações e Emoções	Aspectos Positivos/ Sugestões	Aspectos Negativos
Segurança	1) Percepção do paciente ser bem tratado, com afeto e dedicação	1) Frequência da informação uma vez ao dia
Ansiedade	2) Manutenção dos aparelhos e higiene	2) Insegurança quanto a compreensão do quadro clínico
Angústia	1) Sugestão dos familiares: aumento da quantidade de boletins médicos diários e autorização para acompanhamento como elementos tranquilizadores da família	1) Frequência da informação uma vez ao dia
Acolhimento	1) Sugestão dos familiares: frequência de informações consistentes e confiança na equipe de assistência como minimizadores de fantasias e angústias	2) Incompreensão do quadro clínico em curto período de tempo - "tudo muda tão rápido" (sic)

Apreensão	1) Sugestão dos familiares: desejo por acolhimento e inclusão. Maior tempo para tomada de decisões e serem incluídos como agentes do cuidado, proporcionando benefícios à família e ao paciente.	1) Sensação de impotência em relação ao controle sobre os cuidados com o paciente
-----------	--	---

Segurança: O sentimento de segurança foi o de maior incidência, sendo citado 32 vezes. Os entrevistados afirmam que se sentem mais seguros ao perceberem que seu familiar está sendo bem tratado, com afeto e dedicação. Quanto ao “Ambiente do CTI”, a segurança pode ser percebida na manutenção dos aparelhos e higiene, proporcionando segurança quanto ao risco de infecção. No processo de comunicação, acreditam que a “Frequência da informação” (uma vez ao dia), como pouco, deixando-os inseguros quanto a compreensão e do quadro clínico. Acredita-se que o aumento da frequência do obter informações e sua melhor compreensão, melhoraria a relação com a equipe médica e proporcionaria melhores condições emocionais para lidar com a internação e com os cuidados pós-alta hospitalar do paciente.

Ansiedade e angústia: A ansiedade está relacionada com a “Frequência das Informações”, trazidas como geradoras de angústia, assim como a “Facilidade de obter Informações”, já que a espera e a dificuldade de obter notícias causa sofrimento e preocupação. Alguns familiares expressaram o desejo de aumentar a quantidade de boletins clínicos à família (pelo menos duas vezes diárias), como forma de reduzir os anseios, além de facilitar a compreensão e elaboração das informações recebidas já que, segundo eles, “tudo muda tão rápido” (sic). Destacam sensação de angústia associada ao sentimento de impotência, tendo sugerido consistência e qualidade das informações com vistas a amenizar essa sensação. A “Sala de espera” é retratada pelos entrevistados como um ambiente que causa angústia e a descrevem como uma “experiência torturante”.

Tranquilidade: Vários fatores foram apontados para serem melhorados, afim de contribuir para a tranquilidade dos familiares, que acreditam que “Informações Consistentes” e a “Facilidade de obter Informação” poderiam

amenizar as inquietações. Foi sugerido que a “Condução da falta de ar” poderia ser melhor explicada, sobre as necessidades das intervenções. Quanto ao critério “Avaliação das necessidades da família” os entrevistados sugerem a possibilidade de ter acompanhante presente no CTI poderia tranquilizar a família, pois para eles isso “ajudaria melhor nas fantasias e não nos preocuparia com coisas desnecessárias” (sic).

Inclusão/acolhimento: Sentir-se incluído e acolhido durante o processo de adoecimento do familiar foi descrito como de extrema relevância e poderia ser melhorado em vários aspectos. No item “Manejo dos Sintomas (agitação)” foi sugerido que a presença do familiar junto ao paciente poderia contribuir para deixá-lo mais calmo, podendo substituir ou diminuir as contenções e necessidades de sedação. Nos critérios: “Avaliação das suas necessidades”, “Suporte emocional” e “Cuidados e preocupação pela equipe do CTI”, destacou-se a impessoalidade no cuidado. Os familiares disseram acreditar que caso se sentissem mais acolhidos e incluídos, conseguiriam lidar emocionalmente melhor com a situação e entenderiam o processo de internação, conseqüentemente ajudando o paciente a vivenciar melhor o seu tratamento. Nos itens relacionados ao processo de “Tomada de Decisão” foi onde sobressaíram tais sentimentos, uma vez que ter mais tempo para tomar as decisões, sentir acolhido e serem considerados agentes do cuidado, beneficiaria não somente aos familiares, como também os pacientes.

Apreensão: A apreensão apareceu relacionada nos subitens do “Processo de Comunicação” (frequência, facilidade e honestidade das informações, como sugerido pelos entrevistados). Novamente os familiares assinalaram o desejo de receber o boletim de notícias mais vezes ao dia, com o mesmo médico (quando possível) para não haver desencontro das informações, com tempo, disponibilidade e sinceridade.

Discussão

A atenção concedida à qualidade dos cuidados prestados no CTI ao paciente e aos seus familiares está cada vez mais presente na realidade hospitalar. A importância de se conhecer o nível de satisfação e expectativas

da família é de vital importância para a otimização da assistência e humanização desse cuidado.

Em relação as características dos familiares, os trabalhos de Freitas, Kimura & Ferreira (2007), Souza (2015), Wallau et al.(2006) e Puggina et al. (2014) mostraram uma distribuição etária semelhante à encontrada no presente estudo, evidenciando uma média de 40 a 45 anos de idade bem como a predominância do sexo feminino, sendo as filhas e esposas mais constantes.

A maioria dos respondentes (62,5%) residia fora da cidade do hospital, divergindo do encontrado por Souza (2015). Uma hipótese para tal característica poderia ter sido pelo fato de muitos familiares morarem nas cidades metropolitanas e o hospital do estudo ser referência no Estado.

O presente estudo identificou as médias dos escores de “satisfação geral”, “satisfação quanto aos cuidados” e “satisfação quanto ao processo de tomada de decisão”. A média do escore de “satisfação geral” encontrado no presente estudo foi de 62,2%, isto é, um índice inferior aos encontrados no estudo de Souza (2015); Stricker et al. (2009) e Schwarzkopf et al. (2013). Cabe ressaltar, no entanto, as diferenças culturais e socioeconômicas de cada um desses estudos. Há uma disparidade dos níveis socioeconômicos e de escolaridade dos participantes destes estudos, que são significativamente superiores quando comparados com o local onde o presente estudo foi realizado, visto que o público do SUS tende a ter renda inferior e menor acesso à educação. Entretanto, esta discussão nos incita a questionar a correlação entre escolaridade, compreensão das informações e satisfação dos familiares com os cuidados assistenciais prestados na hospitalização. Não se pode inferir desta análise que um público menos escolarizado tende a demonstrar insatisfação com a equipe por não compreender aspectos técnicos relacionados ao adoecimento, tratamento e internação. Romano (2007) destaca que a satisfação no hospital geral se encontra relacionada com o recebimento e compreensão das informações prestadas pela equipe, mas, sobretudo, com o acolhimento, respeito e manejo dos intensos conflitos psicológicos desencadeados com a internação.

Essa discussão se acentua quando fazemos referência ao CTI, um ambiente onde a tríade família-paciente-equipe frequentemente se vê confrontados com sua impotência diante dos limites terapêuticos e da fragilidade da vida humana. Tal ambiente, conforme discutimos anteriormente, foi percebido pelos familiares deste estudo como aversivo e ameaçador, marcado de incertezas e ambiguidades.

O presente estudo mostrou que o processo de comunicação equipe-família, mais especificamente a frequência das informações (o quanto a equipe responde às perguntas do familiar), foram avaliados como insatisfatórios. Este item também se destacou em alguns estudos, a exemplo de Kiyohara et al. (2004), (Puggina et al., 2014), que apontam para a associação entre qualidade da comunicação como uma das principais necessidades dos familiares e pacientes. Lima, Amazonas, Barreto e Menezes (2013) identificaram que os familiares manifestam maior satisfação quando entendiam melhor as explicações sobre os procedimentos e sentiam maior abertura para esclarecimentos de dúvidas.

Para Puggina et al. (2014), a necessidade dos familiares de aprimorar a comunicação com a equipe está fundamentada em um desejo por segurança, passível de ser adquirida através de informações precisas sobre o quadro clínico atual, proposta terapêutica, prognóstico, cuidados prestados e rotinas do CTI.

Freitas, Kimura e Ferreira (2007) em análise comparativa entre os hospitais públicos e privados, constatou que nos hospitais públicos, a necessidade que mais determinou a satisfação dos familiares foi de ser informados a respeito tudo que se relacione à evolução do paciente. Em contrapartida, nas instituições privadas as necessidades foram relativas à proximidade, segurança e suporte.

A análise de discurso das entrevistas realizadas por essa pesquisa posteriormente à aplicação do questionário observou sintomas de ansiedade, apreensão e angústia no momento do boletim médico, devido sua imprevisibilidade e forma como é informado.

Reis, Gabarra e Moré (2016), constataram que a forma como a comunicação é exercida poderá exacerbar ou minimizar o sofrimento dos familiares e ressaltam a relevância de se atentar para a capacidade de explicações claras sobre procedimentos terapêuticos, necessidade de uma postura aberta da equipe para esclarecimento de dúvidas e desenvolvimento da confiança com aqueles envolvidos nos cuidados assistenciais, como fatores capazes de proporcionar tranquilidade, conforto e esperança.

A comunicação é um dos principais entraves da relação entre família e equipe, sendo associada comumente com a satisfação, ou não, do tratamento ofertado. Prevalece o desejo dos familiares por informações de fácil entendimento, objetivas e em tempo oportuno. Porém, existe a possibilidade de incompreensão das informações devido ao estado emocional no qual se encontram.

Diante desta subjetividade, cabe ao psicólogo, se inserir nesse contexto facilitando a relação família-equipe, ao mesmo tempo em que auxilia os pacientes e familiares a lidarem com a angústia inerente à espera, ao imprevisível e ao possível encontro com a morte.

Conclusão

A pesquisa possibilitou a identificação dos fatores relevantes na experiência de satisfação dos familiares com os cuidados prestados no CTI pós-operatório de um hospital de grande porte, sendo que a melhoria da comunicação foi a mais emergente. Constatou-se a necessidade de desenvolver estratégias mais eficazes na comunicação, atentando-se ao perfil sociocultural do público em questão bem como os aspectos emocionais que o contexto elicia, favorecendo assim o repasse de informações com qualidade e assimilação do conteúdo. Esta comunicação deve ser realizada com maior clareza, frequência e disponibilidade, a fim de minimizar os conflitos emocionais vivenciados pelos familiares.

Além de ser uma medida de humanização, trata-se de uma estratégia de alcance ao paciente internado, que responde à estabilidade psíquica de seus familiares com sentimentos de segurança em relação à equipe e a terapêutica

adotada. Cabe ao psicólogo o papel de manejar e fortalecer o vínculo entre equipe-família-paciente, levando-se em conta as questões supramencionadas.

Identifica-se como limitação neste estudo a impossibilidade de aplicação da parte complementar do instrumento, que avalia a satisfação dos cuidados relacionados ao fim de vida do paciente. Acredita-se que tais dados poderiam influenciar nos resultados de satisfação (positiva ou negativamente).

Outro ponto que merece destaque se refere ao tempo limitado de coleta de dados (03 meses) e a não realização de um estudo longitudinal, o que impossibilita a generalização dos resultados.

Todavia, observou-se que os achados da pesquisa estão em consonância com demais estudos realizados na área. Por fim, vale ressaltar que, a escassez de trabalhos nacionais usando a mesma metodologia, dificultou análises comparativas em um contexto cultural e psicossocial mais próximo do estudado.

Assim, o estudo possibilitou mensurar os dados já evidenciados na prática clínica através de uma metodologia consistente e contribuir para o levantamento de dados, podendo auxiliar no desenvolvimento de estratégias de intervenção para os cuidados prestados aos pacientes internados e familiares, especialmente por parte dos profissionais responsáveis pela comunicação do quadro clínico. Vale destacar que, para que estas mudanças ocorram, é necessário que haja uma articulação da gestão institucional com a realidade do setor, proporcionando uma assistência humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH).

Referências

- Bardin, L. (2011) *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barth A. A., Weigel B. D., Dummer, C. D., Machado K. C., Tisott T. M. (2016). Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160055>.
- Beccaria, L. M., Ribeiro, R., Souza, G. L., Scarpetti, N., Contrin, L. M., Pereira, R. A., & Rodrigues, A. M. S. (2008). Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arquivos de Ciência da Saúde*, 15(2): 65-69.

- Faro, A. C. M. (2000). Aspectos teóricos sobre a família em um contexto histórico e social. *Nursing*, 3(21), 26-29.
- Freitas, K. S., Kimura, M., & Ferreira, K. A. S. L.(2007). Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(1), 1-9.
- Freitas, K. S., Mussi, F. C. & Menezes, I. G. (2012). Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Escola Anna Nery*, 16(4), 704-711.
- Frizon, G., Nascimento, E. R. P., Bertoncetto, K. C. G., & Martins, J. J. (2011). Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1).
- Heyland, D. K., & Tranmer, J. (2001). Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. *Journal Critical Care*, 16, 142-149.
- Kiyohara, L.Y., Kayano, L.K., Oliveira, L.M., Yamamoto, M.U., Inagaki, M.M., Ogawa, N. Y.,Vieira, J.E. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pré-operative period. *Revista Hospitalar Clínica*, 59(2), 51-56.
- Lima, F. A., Amazonas, M. C. L. A., Barreto, C.L.B.T., & Menezes, W.N. (2013) Sons and daughters with a parent hospitalized in an Intensive Care Unit. *Estudos de Psicologia*, 30 (2), 199-209.
- Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Humanização*. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF.
- Neves, J. L. (2015). *Adaptação transcultural e validação preliminar do instrumento Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24) para o português do Brasil* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul.
- Nobel, E., Andreoli, P. B. A, & Erlichman, M. R. (2008). *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu.
- Perez, M. P., Silva, D. P. G., & Couto, T.V. (2009). Percepções de um familiar de idoso hospitalizado na eminência de morte: um relato de caso. *Arquivos de Ciência de Saúde*, 16(1), 34-39.
- Puggina, A.C., lenne, A., Carbonari, K. F. B. S. F., Parejo, L. S., Sapatini, T. F., & Silva, M. J. P. (2014). Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*, 18(2), 277-283.

- Reis, L. C. C., Gabarra L. M. M., & Moré, C. L. O. O. (2016). As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. *Temas Psicologia*, 24(3), 815-828.
- Romano, B. W. (2007) *Princípios para a prática da psicologia clínica em Hospitais*. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo.
- Schwarzkopf, D., Behrend, S., Skupin, H., Westermann, I., Riedemann, N.C., Pfeifer, R., Hartog, C.S. (2013). Family satisfaction in the intensive care unit: a quantitative and qualitative analysis. *Intensive Care Medicine*, 39, 1071–1079.
- Souza, R.R.D. (2015.) *Análise da satisfação familiar na UTI e a utilização do FS-ICU 24: o estudo de uma realidade brasileira* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Paraná, Paraná.
- Stricker K. H., Kimberger O., Schmidlin K., Zwahlen M., Mohr U., & Rothen, H.U. (2009). Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? *Intensive Care Medicine*, 35, 2051–2059.
- Wall, R. J., Engelberg, R. A., Downey L., Heyland D.K., & Curtis J.R. (2007). Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Critical Care Medicine*, 35, 271–279
- Wallau, R. A., Guimarães, H. P., Falcão, L. F. R., Lopes, R. D., Leal, P. H. R., Senna, A. P. R., ...Amaral, J. L. G. (2006). Qualidade e humanização do atendimento em Medicina Intensiva. Qual a visão dos familiares? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(1), 45-51.