



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS**

RAFAEL MEDEIROS GOMES

**ENFRENTAMENTO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO DE
PETROLINA (PE)**

PETROLINA – PE

2021

RAFAEL MEDEIROS GOMES

**ENFRENTAMENTO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO DE
PETROLINA (PE)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Ciências da Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, campus Centro, como requisito para obtenção do título de Mestre e Ciências com ênfase na linha de pesquisa: Saúde, sociedade e ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria

Co-Orientador: Prof. Dr. Anderson da Costa Armstrong

PETROLINA – PE

2021

G633e Gomes, Rafael Medeiros
Enfrentamento de familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino de Petrolina (PE) / Rafael Medeiros Gomes. - Petrolina - PE, 2021.
xv, 95 f. : il. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina-PE, Petrolina-PE, 2021.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria.

Banca examinadora: Prof. Dr. José Carlos de Moura, Profª Dra. Sílvia Raquel Santos de Moraes.

1. Coping. 2. Hospital Universitário – Petrolina(PE). 3. Hospitalização. 4. Estresse. 5. Pacientes. I. Título. II. Faria, Marcelo Domingues de. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 362.11019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

RAFAEL MEDEIROS GOMES

**ENFRENTAMENTO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO DE PETROLINA (PE)**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase na linha de pesquisa: Saúde, Sociedade e Ambiente, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Aprovada em: 10 de setembro de 2021

Banca Examinadora

Marcelo Domingues de Faria

Marcelo Domingues de Faria (10 de September de 2021 18:51 ADT)

Marcelo Domingues de Faria, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

Sílvia Raquel Santos de Moraes

Sílvia Raquel Santos de Moraes, Doutora
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

José Carlos de Moura

José Carlos de Moura (8 de October de 2021 15:57 ADT)

José Carlos de Moura, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

AGRADECIMENTOS

As dificuldades enfrentadas na busca de um sonho fazem parte do caminho e não poderia ser diferente com o objetivo pelo qual me dispus a perseguir. Ao concluir essa difícil tarefa ficou evidente que sem o apoio que recebi durante o percurso não poderia tê-lo concluído, nem sequer teria forças e inspiração para começá-lo.

À Deus que em sua infinita sabedoria não dar uma prova a quem não possa suportar.

À minha mãe, que apesar da sua luta diária contra o “demônio do meio dia”, mostra-se sempre amorosa e presente. É para mim uma das minhas inspirações diárias. Lembra-te do que o salmista, em sua mais profunda sabedoria diz: “O choro pode durar uma noite, mas a alegria vem pela manhã”.

A meu pai, com quem sempre aprendo, através do silêncio, os mais importantes ensinamentos. Um dos alicerces da família. Meu exemplo de dedicação, de ser humano e de espera.

À minha avó, Dona Tonha. Que eu possa ter o privilégio de envelhecer como a senhora: com serenidade, lucidez, resiliência e alegria. Presença irradiante.

À minha tia-avó, Tia Neuzinha *in memoriam*. Suas palavras não serão esquecidas.

À minha esposa Jaciene, companheira e pilar da nossa família, que contribuiu sobremaneira para a transcrição das entrevistas.

Aos meus irmãos, sobrinhos, afilhados, compadres, tios e tias que mesmo não estando perto sei que torcem por mim com muita força.

Ao meu orientador, professor Dr. Marcelo, cujos ensinamentos, dedicação e paciência retratam o exemplo de profissional e pessoa a ser seguida. Meus mais sinceros agradecimentos e reconhecimento.

Às famílias e pacientes que participaram dessa pesquisa. Sem a colaboração de vocês nada disso seria possível. Entendo que o maior desafio é justamente esse: “ver com os seus olhos o que está diante deles”.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas (PPGCSB), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Ao Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros que autorizou a coleta de dados.

Ao professor Me. Joaquim Neto, pela contribuição na estatística do trabalho.

Aos professores Dr. José Carlos e Dra. Sílvia Raquel pelos ensinamentos compartilhados.

Aos profissionais que fazem parte do corpo assistencial do Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros.

Aos colegas que fiz durante o curso e com os quais dividi angústias e compartilhei alegrias.

RESUMO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é definida como ambiente destinado a indivíduos em situação clínica grave e, geralmente, vista pelos usuários como um lugar estressante. Para lidar com o processo de internamento, tanto o paciente quanto o familiar fazem uso de uma série de estratégias que ajudam no processo de hospitalização. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar o enfrentamento dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário, em Petrolina (PE). Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa, tendo utilizado questionário socioeconômico e demográfico, entrevista semiestruturada e Escala de Modos de Enfrentamento do Problema (EMEP). A abordagem qualitativa saturou com 33 entrevistados e a quantitativa, 61 entrevistados. Foram categorizadas e descritas variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas. Na investigação qualitativa das entrevistas, onde se fez uso da Análise de Conteúdo de Bardin, obtiveram-se três categorias: conhecimento do familiar (com duas sub-categorias: internamento em UTI e patologia clínica); rede de apoio (subcategoria crenças religiosas e sentimento familiares); e internamento e relacionamento com a equipe de saúde. Na quantitativa, foi utilizado o Teste de Correlação de Sperman, para verificar a correlação das variáveis; o Teste de Kolmogorov-Smirnov, para verificar a normalidade e significância das variáveis; e o Teste Análise de Variância (ANOVA) com Medidas Repetidas, com o objetivo de compará-las simultaneamente. Constatou-se que o enfrentamento focado no pensamento religioso/fantástico e no problema apresentaram maior intensidade de utilização. As dificuldades enfrentadas pelos familiares foram questões relacionadas ao horário e número de visitantes por turno, deslocamento, aspectos financeiros e apoio quanto à estadia. Foi possível descrever o impacto do processo de internação na estrutura familiar avaliando, assim, a interação entre a equipe de saúde e os usuários.

Palavras-chave: Coping. Hospitalização. Estresse.

ABSTRACT

The intensive therapy unit (ICU) is defined as an environment intended for individuals in severe clinical situation and is generally seen by users as a stressful place. To deal with the hospitalization process, both the patient and the family member make use of a series of strategies that help it. Thus, the objective of this study was to evaluate how the patients' family would cope with the hospitalized in the Intensive Care Unit of a University Hospital in Petrolina (PE). This is a descriptive, exploratory study with a quantitative and qualitative approach, using a socioeconomic and demographic questionnaire, semi-structured interview, and Problem Coping Mode Scale (CAPS). The qualitative approach was conducted with 33 interviewees and the quantitative approach with 61. Socioeconomic, demographic, and clinical variables were categorized and described. In the qualitative investigation of the interviews, where bardin content analysis was used, three categories were obtained: knowledge of the family member (with two sub-categories: ICU hospitalization and clinical pathology); support network (subcategory religious beliefs and family feeling) and hospitalization and relationship with the health team. In the quantitative, the Spearman Correlation Test was used to verify the correlation of the variables; the Kolmogorov-Smirnov Test to verify the normality and significance of the variables; and the Variance Analysis Test (ANOVA) with Repeated Measures, with the objective of comparing them simultaneously. It was found that the confrontation focused on religious/fanciful thinking and the problem presented greater intensity of use. The difficulties faced by the family members were questions related to the time and number of visitors per shift, commuting, financial aspects and support regarding the stay. It was possible to describe the impact of the hospitalization process on the family structure, thus evaluating the interaction between the health team and users.

Keywords: Coping. Hospitalization. Stress.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tríade do Cuidado Centrado na Família	27
Figura 2 - Dúvida quanto ao tratamento no momento da entrevista.....	41
Figura 3 - Reação ao processo de internamento na UTI.....	46
Figura 4 - Frequência dos diagnósticos identificados nos pacientes internados	54
Figura 5 - Frequência do número de pacientes por dia de internamento	55
Figura 6 - Uso de sedação e droga vasoativa por diagnóstico dos pacientes no momento da entrevista.....	57
Figura 7- Uso de terapia de substituição renal por diagnóstico dos pacientes no momento da entrevista.....	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Intervenções recomendadas pela SMCC para o manejo e prevenção de PICS - F..... 24

Quadro 2 - Benefícios do envolvimento familiar na prestação de cuidados ao paciente..... 25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do perfil socioeconômico e demográfico dos familiares dos pacientes internados	52
Tabela 2 - Perfil terapêutico dos pacientes no momento da entrevista	56
Tabela 3 - Distribuição dos coeficientes de correlações lineares (Sperman) entre os fatores medidos pela EMEP	58
Tabela 4 - Médias de utilização dos modos de enfrentamento medidos pela EMEP	60
Tabela 5 - Distribuição dos coeficientes de correlações lineares (Sperman) entre os fatores medidos pela EMEP e os dias de internamento	61
Tabela 6 - Itens referentes ao <i>coping</i> focalizado no problema cujos escores obtidos encontraram-se acima do limite superior do intervalo de confiança	61
Tabela 7 - Itens referentes ao <i>coping</i> focalizado no problema cujos escores obtidos encontraram-se dentro do intervalo de confiança	64
Tabela 8 - Itens referentes ao <i>coping</i> focalizado no problema cujos escores obtidos encontraram-se abaixo do limite inferior do intervalo de confiança	64
Tabela 9 - Itens referentes ao <i>coping</i> focalizado na emoção cujos escores obtidos encontraram-se acima do limite superior do intervalo de confiança	66
Tabela 10 - Itens referentes ao <i>coping</i> focalizado na emoção cujos escores obtidos encontraram-se dentro do intervalo de confiança	67
Tabela 11 - Itens referentes ao <i>coping</i> focalizado na emoção cujos escores obtidos encontraram-se abaixo do limite inferior do intervalo de confiança	68
Tabela 12 - Itens referentes ao <i>coping</i> focalizado no pensamento fantasioso/religioso cujos escores obtidos encontraram-se acima do limite superior do intervalo de confiança.....	69

Tabela 13 - Itens referentes ao *coping* focalizado no pensamento fantasioso/religioso cujos escores obtidos encontraram-se abaixo do limite inferior do intervalo de confiança..... 70

Tabela 14- Item referente ao *coping* focalizado no suporte social cujo escore obtido encontrou-se acima do limite superior do intervalo de confiança 71

Tabela 15 - Itens referentes ao *coping* focalizado no suporte social cujos escores obtidos encontraram-se dentro do intervalo de confiança..... 71

Tabela 16 - Item referente ao *coping* focalizado no suporte social cujo escore obtido encontrou-se abaixo do limite inferior do intervalo de confiança 72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- AVCi – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
- AVCh – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- DVA – Droga vasoativa
- DVE – Derivação Ventricular Externa
- DRC – Doença Renal Crônica
- EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- EMEP – Escala de Modos de Enfrentamento do Problema
- HSA – Hemorragia Subaracnóidea
- IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
- IPFCC – Institute for Patient and Family-Centered Care
- PAB – Perfuração por Arma Branca
- PAF – Perfuração por Arma de Fogo
- PICS-F – Post-Intensive Care Syndrome-Family
- PO/IAM – Pós-Operatório de Infarto Agudo do Miocárdio
- RNC – Rebaixamento do Nível de Consciência
- SMCC – Society of Critical Care Medicine
- SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave
- SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Trauma Cranioencefálico

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TRM – Trauma Raquimedular

TU – Tumor

UNIVASF – Universidade Federal do Vale do São Francisco

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
3. OBJETIVOS.....	30
3.1 Objetivo geral.....	30
3.2 Objetivos específicos.....	30
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	32
4.1 Questões éticas.....	32
4.2 Tipo de estudo.....	33
4.3 Local e período de realização do estudo.....	33
4.4 Sujeitos da pesquisa.....	34
4.5 Coleta de dados.....	35
4.5.1 Instrumentos.....	35
4.5.1.1 Entrevista semiestruturada.....	35
4.5.1.2 Questionário socioeconômico e demográfico.....	36
4.5.1.3 Escala de Modos de Enfrentamento do Problema (EMEP)....	36
4.5.1.4 Cálculo amostral.....	37
4.5.1.5 Análise estatística.....	38
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1 Descrição das categorias.....	40
5.1.1 Conhecimento familiar.....	40
5.1.2 Rede de apoio.....	45
5.1.3 Internamento e relacionamento com a equipe de saúde.....	48
5.2 Análises estatísticas.....	52
5.2.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos familiares..	52
5.2.1.2 Caracterização do perfil clínico dos pacientes.....	54
5.2.2 Modos de enfrentamento: correlação linear.....	59
5.2.3 Modos de enfrentamento: médias, análise de variância e correlação linear.....	60
5.2.4 Escala de Modos de Enfrentamento do Problema (EMEP).....	62

5.2.4.1 <i>Coping</i> Focalizado no Problema.....	62
5.2.4.2 <i>Coping</i> Focalizado na Emoção.....	66
5.2.4.3 <i>Coping</i> Focalizado no Pensamento Religioso.....	69
5.2.4.4 <i>Coping</i> Focalizado no Suporte Social.....	71
6. CONCLUSÃO.....	74
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES.....	85
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	84
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIO ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO.....	86
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....	87
APÊNDICE D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	89
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	92
ANEXO B – ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA (EMEP).....	93

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia ininterruptos, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada (BRASIL, 2017).

O Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS - estabelece diretrizes a serem seguidas por instituições e profissionais de saúde, com o intuito de estabelecer assistência à saúde mais acolhedora. Configura-se em política transversal da rede, valorizando os diferentes sujeitos envolvidos no processo do cuidar (BRASIL, 2013).

Dentre as diretrizes que norteiam os serviços de saúde da UTI, podem-se destacar o acolhimento como sendo o reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários; a promoção de ambiência com espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis; a clínica ampliada e compartilhada (entendida com abordagem que considera a singularidade dos sujeitos e a complexidade do processo saúde/doença); a valorização do trabalhador e; a garantia do conhecimento, por parte dos familiares e pacientes, acerca dos direitos dos usuários, assegurando que sejam cumpridos em todas as fases do cuidado (BRASIL, 2013).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7, ao dispor de requisitos mínimos para o funcionamento de UTI's, estabelece no processo de trabalho condutas a serem tomadas pelos profissionais que contemplem ações de humanização da atenção à saúde promovendo ambiência acolhedora e incentivando a participação da família no cuidado ao paciente, quando pertinente. Entretanto, conforme citado por Ferreira *et al.* (2013), a UTI é estereotipada por muitas pessoas como o “corredor da morte”, e quando se trata de um ente querido, esta

percepção, somada aos sentimentos de medo da morte, angústia e desespero está na maioria das vezes presente, sendo comum notar entre os familiares, reações emocionais diversas durante o tempo de internação.

Considerando que a família é elemento fundamental no processo de hospitalização, compreender a percepção da mesma sobre a assistência prestada aos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva permite subsidiar a equipe de saúde fazendo com que esta ofereça atendimento, com enfoque humano, digno, ético, respeitoso e colaborativo, estabelecendo bom relacionamento com os familiares para atender suas necessidades e do paciente no hospital (AMARAL; CALEGARI, 2016).

O processo de internação em UTI frequentemente afeta e fragiliza a família, uma vez que o paciente, encontrando-se em condições graves, necessita de procedimentos e intervenções invasivas como ventilação mecânica, cateterismos, curativos, fios e aparelhos (BARTH *et al.*, 2016). Segundo Hickman *et al.* (2017), esta situação é percebida como agressiva e ameaçadora, em virtude de evidenciar risco de morte do paciente, gerando nos familiares diversos comportamentos e sentimentos tais como: dúvidas, desamparo, desorganização mental, imobilização frente às decisões inesperadas, além de reações como doenças geradas pelo estresse e pela ansiedade e depressão.

Corroborando com o que foi citado no parágrafo anterior, Piccini *et al.* (2016), em estudo realizado em pacientes internados em uma UTI de um hospital-escola, identificou como geradores de maior estresse os fatores relacionados ao distanciamento dos familiares e ao uso de materiais invasivos

É através do processo de hospitalização de um membro da família que ocorre a fragmentação da mesma, o que leva o paciente e seus familiares a experimentarem profundas mudanças nos seus cotidianos, em virtude da ausência do ente querido, assim como também vivenciarem sentimentos como ansiedade, sofrimento e desespero (DA SILVA *et al.*, 2016).

Conforme levantado por Reis *et al.* (2016), a internação em UTI representa uma situação que repercute diretamente nas famílias dos pacientes.

Trata-se de um processo de separação que somado à expectativa de perder um ente querido resulta em fenômeno que geralmente perpassa por toda a família, desencadeando sinais e sintomas de desestabilização física e mental.

Tal situação, frequentemente, representa momento de crise à família, que nem sempre entende os procedimentos realizados pela equipe de saúde e, ao necessitar de cuidados, podem enfrentar a hospitalização e suas repercussões sobre os pacientes e eles próprios. Assim, é importante destacar que ao considerar a recuperação de um paciente, é preciso também levar em conta os membros da família, pois a percepção desta influencia diretamente o tratamento. Esta influência pode ser benéfica, quando bem orientado por um profissional de saúde qualificado; ou maléfica quando não está bem estabelecida (LIMA *et al.*, 2013).

Dentro desse contexto, o objetivo desta pesquisa foi descrever o enfrentamento dos familiares de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. Com isso, pretende-se descrever o perfil sócioeconômico e demográfico dos familiares envolvidos; avaliar a comunicação entre a equipe de saúde e os familiares; descrever as vivências dos familiares ao receberem informações sobre as condições de saúde e propostas terapêuticas e avaliar a interação entre a equipe profissional e usuários do ambiente da UTI com vistas a obter assistência cada vez mais preparada e eficiente.

Assim, esta pesquisa representa importante passo na compreensão do processo de percepção e participação familiar no cuidado ao paciente crítico, uma vez que tal participação vai além da companhia, sendo auxílio importante na terapêutica e, desta forma, pode influenciar de maneira positiva a prestação de cuidados e os resultados obtidos na assistência à saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Definida como local de grande especialização e tecnologia, com espaços laborais destinados a profissionais médicos e de enfermagem com grande diferenciação de conhecimentos, habilidades e destreza para a realização de procedimentos, a Unidade de Terapia Intensiva destina-se à assistência de pacientes críticos, que necessitam de intervenção médica e cuidados de enfermagem permanentes com monitorização contínua (BRASIL, 2005; ALCANTARA; SANT'ANNA; SOUZA, 2013).

Vale destacar aqui o conceito de paciente crítico/grave como aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental (BRASIL, 2011).

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) em consonância com as diretrizes do Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde preconiza que para humanizar a UTI é necessário considerar o contexto familiar e social do paciente, além de desenvolver medidas para tornar o ambiente físico dessa unidade mais acolhedor e menos impessoal. Contudo, apesar da implantação de programas de humanização nas UTIs, a terapia intensiva ainda remete a sofrimento, morte e falta de humanismo, ou seja, ambiente físico impessoal e estrutura organizacional de trabalho que, em muitas vezes, contribuem para afastar o familiar da assistência ao paciente (MONTEIRO *et al.*, 2017).

Diante do momento vivenciado pelo paciente é razoável salientar que as injúrias físicas trazem também outras questões como a dependência que pode estar associada ao quadro clínico do paciente ocasionando a perda de autonomia para a realização de atividades diárias (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

A complexidade das ações e dos procedimentos envolvidos nesse ambiente proporciona situações de estresse tanto para o paciente como para

sua família, tais como: o ambiente imparcial, a solidão e o isolamento facilitados pela restrição do horário de visitas, o prognóstico incerto ou desfavorável, a falta de informação adequada, o medo da morte, do sofrimento físico e psíquico do paciente e a falta de privacidade e individualidade (COSMO *et al.*, 2014).

Diante do processo de internação, por ser o primeiro grupo social no qual o sujeito está inserido e no qual vivenciou suas primeiras relações e experiências, a família sofre modificações em todas as esferas de sua organização, sejam elas de ordem afetiva, econômica e social (SANTOS, 2013). É o que apontam Ferreira e Mendes (2013), quando afirmam que os familiares, ao receberem a informação sobre a gravidade de seu parente, geralmente vivenciam um turbilhão de sentimentos concomitantes, que vão desde o choque da notícia à incerteza, tristeza, confusão, estresse, ansiedade e desconforto. Muitas vezes, sequer se dão conta do que está acontecendo com seu familiar, não sabem para quem perguntar ou como devem se comportar, o que gera medo e ansiedade.

Acompanhar a hospitalização de um familiar com uma enfermidade que o leve ao internamento na UTI, pode levar os membros da família a apresentar sintomas como depressão e ansiedade. O termo Síndrome Pós-Terapia Intensiva-Família do inglês Post-Intensive Care Syndrome-Family (PICS-F) descreve estes sintomas psicológicos que acometem os familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva ou que receberam recentemente alta da mesma unidade (SERRANO *et al.*, 2019).

Em 2012, a Síndrome Pós-Terapia Intensiva-Família foi reconhecida pela Sociedade Médica de Cuidados Críticos (Society of Critical Care Medicine). Trata-se do desenvolvimento de sintomas psicológicos adversos, como ansiedade, transtorno de estresse agudo, estresse pós-traumático, depressão e complicações no processo de luto que acometem familiares de pacientes submetidos ao processo de internação em cuidados intensivos (DAVIDSON *et al.*, 2012).

Os fatores de risco mais comuns para o desenvolvimento da Síndrome Pós-Terapia Intensiva- Família são a idade (familiares mais jovens), o

relacionamento com o paciente, o nível socioeconômico mais baixo e o sexo feminino. Os sintomas psicológicos adversos ocasionados pelo estresse pós-traumático desaparecem mais rapidamente nos familiares do que nos pacientes (JOHNSON *et al.*, 2019).

Dentre as opções que estão disponíveis para a prevenção e terapia da Síndrome Pós-Terapia Intensiva no paciente e na familiar pode-se destacar a reabilitação e mobilização precoce, sedação leve ou nenhuma sedação, estratégias para reduzir ou encurtar o *Delirium* (reorientação, estimulação cognitiva e uso de relógios, por exemplo), integração das famílias e a prática psicológica através da qual é proporcionado espaço de diálogo entre a subjetividade dos sujeitos em sofrimento e as outras especialidades atuantes na instituição (DEVLIN *et al.*, 2018.; EMERICH, 2019).

É importante destacar que a Sociedade Médica de Cuidados Críticos desenvolveu um manual com “pacotes de cuidados” que fornece recomendações detalhadas sobre como envolver as famílias no cuidado de pacientes de UTI, porém as diretrizes não incluíram ferramentas de triagem para depressão, ansiedade e sintomas relacionados a traumas pós-internamento que possam acometer estas famílias (SERRANO *et al.*, 2019).

Trata-se da implementação do cuidado centrado na família e no paciente, definido como uma abordagem direcionada ao planejamento, à entrega e à avaliação dos cuidados de saúde baseados em parcerias mutuamente benéficas entre os profissionais da saúde, os pacientes e os familiares. Essa perspectiva baseia-se no reconhecimento de que pacientes e famílias são aliados essenciais para a qualidade e a segurança - não apenas nas interações diretas, mas também na melhoria da qualidade, iniciativas de segurança, educação dos profissionais de saúde, pesquisa, projeto de instalações e desenvolvimento de políticas (IPFCC, 2019).

A integração entre profissionais da saúde, pacientes e familiares (condição precípua para a caracterização de um cuidado centrado na família) pode ser operacionalizada com medidas simples, como a implementação de um diário de terapia intensiva, onde os acontecimentos são escritos pela equipe e

parentes para que o paciente possa ler após a alta da UTI, com a finalidade de preencher as lacunas de memória e para lidar com as experiências (NIDAHL; KUZMA, 2021).

Em um estudo com 11 mães de bebês prematuros internados em uma Unidade de Terapia Neonatal em uma maternidade de referência na cidade de Londrina, Paraná, Leite *et al.* (2015) demonstraram o significado de um diário utilizado como um instrumento de suporte nos diferentes momentos da vivência de prematuridade, destacando angústias, necessidades, medos e conflitos das mães.

A atuação de um psicólogo na UTI também contribui à integralização entre equipe, paciente e família, uma vez que esse profissional estabelece mediação entre os indivíduos citados, favorecendo a comunicação efetiva na medida em que orienta e desmitifica conceitos relacionados às rotinas e práticas do ambiente. Além disto, promove o fortalecimento do acolhimento e a abordagem psicológica contribui com a identificação dos aspectos psicossociais e minimização dos agentes estressores proporcionando expressões de sentimentos e emoções por meio da escuta empática (KITAJIMA, 2013).

Há evidências de que o cuidado centrado na família e no paciente está associado com maiores níveis de satisfação e diminuição da ansiedade. Trata-se da aplicação de conceitos como de UTIs “abertas” cuja finalidade é aumentar a presença da família neste ambiente. As características de uma UTI aberta incluem uma política de visitação flexível quanto ao horário, número de visitantes e idade dos visitantes; reuniões diárias com a família; prestadores de serviços de saúde realizando tarefas na frente de membros da família; e redesenho de unidades para garantir as necessidades de conforto da família (DAVDISON *et al.*, 2007).

Além disso, como constatou Davdison (2007), a comunicação também deve ser ressaltada como ferramenta que possibilita um maior envolvimento dos familiares no processo de cuidado, pois os membros da família podem compartilhar o conhecimento dos níveis anteriores de funcionamento cognitivo, psicológico e físico dos pacientes. Devem, também, participar das

tomadas de decisões sobre o tratamento ofertado com apoio e informações apropriados.

O Quadro 1 demonstra as recomendações da Society of Critical Care Medicine para o manejo e prevenção de Síndromes Pós-Terapia Intensiva na Família.

Quadro 1 - Intervenções recomendadas pela SMCC para o manejo e prevenção de PICS – F.

Intervenção	Descrição
UTI “aberta”	<ul style="list-style-type: none">• Flexibilização de Visitas (restrições mínimas em termos de horas, número de visitantes e idade);• Profissionais de saúde executando tarefas completas na frente dos familiares;• Reuniões diárias com as famílias para responder perguntas sobre cuidados/tratamento;• Redesenho de unidades para atender às necessidades de sono e conforto dos familiares.
Incorporação de membros da família na “cultura” da UTI	<ul style="list-style-type: none">• Discussão sobre as atuais barreiras e atitudes culturais de completar tarefas médicas na frente do familiar;• Educação sobre os potenciais benefícios para pacientes e familiares;• Treinamento de pessoal para convidar a família para testemunhar procedimentos médicos.
Diários de UTI	<ul style="list-style-type: none">• Documentos descrevendo eventos médicos e experiências;• Calendários de eventos;• Entrada de funcionários da UTI e membros da família.
Envolvimento proativo de membros da família no cuidado dos pacientes	<ul style="list-style-type: none">• Folhetos que ensinam as famílias a participarem do cuidado ao paciente;• Convite para dar feedback sobre como melhorar ou mudar o atendimento dos pacientes;• Tomada de decisão compartilhada, especialmente no final da vida;• Conferências sobre final de vida quando clinicamente indicado;

Fonte: Society of Critical Care Medicine (2019).

Salientando o que foi demonstrado no Quadro 1, Brown *et al.* (2015) também citam que já existem diretrizes apoiadas por pesquisas clínicas que enfatizam a prestação de cuidados voltados tanto para o paciente quanto para o familiar. Tal modelo de cuidado foi incorporado com sucesso na UTI por meio de

intervenções como visita aberta, presença familiar durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos, bem como tomada de decisões compartilhadas entre cuidadores e equipe de saúde.

Quando os membros da família não estão envolvidos no cuidado do paciente ou se não recebem apoio emocional, informação ou comunicação adequados, o impacto psicológico negativo da doença pode ser ainda maior (ANDERSON *et al.*, 2008; BROWN *et al.*, 2015; DAVIDSON *et al.*, 2007). Contudo a literatura tem apontado que a prestação de ações que envolvam cuidadores familiares em atendimento direto ao paciente tem o potencial de melhorar a experiência da família e do paciente gravemente enfermo, assim como melhorar a segurança, qualidade e prestação de cuidados conforme é indicado no Quadro 2.

Quadro 2 – Benefícios do envolvimento familiar na prestação de cuidados ao paciente.

Titulo	Autor e ano de publicação	Benefícios
Efeitos positivos de uma intervenção de enfermagem no cuidado centrado na família em cuidados críticos adultos.	Mitchell M, Chaboyer W, E Burmeister, Foster M. 2009.	Maior senso de cuidados centrado na família.
Envolvendo as famílias no cuidado no ambiente de terapia intensiva: uma pesquisa descritiva.	Hammond F. 1995.	A família sente-se ligada ao objetivo de melhorar a saúde do membro da família
Atitudes dos profissionais de saúde em relação ao envolvimento da família e presença em unidades de tratamento intensivo adulto na Arábia Saudita: um estudo quantitativo.	Al Mutair A, Plummer V, O'Brien AP, Clerehan R. 2013.	Redução da ansiedade nos familiares; Maior satisfação para membros da família.
Definindo o envolvimento do paciente e da família na unidade de terapia intensiva.	SM Brown, Rozenblum R, Aboumatar H, Fagan MB, Milic M., Sarnoff Lee B, Turner K, Frosch DL. 2015.	Pacientes e familiares participam dos cuidados e da tomada de decisão no nível que escolhem; Os pacientes e as famílias recebem e fornecem informações para uma participação efetiva nos cuidados.
Um estudo qualitativo de fatores que influenciam o envolvimento da família ativa com o atendimento ao paciente na UTI:	Hetland B, McAndrew N, Perazzo J, Hickman R. 2017.	Diminuição da ansiedade, medo estresse por parte do paciente; Maior satisfação para membros da família.

Pesquisa de enfermeiros de cuidados intensivos.

Impacto da doença crítica crônica nos resultados psicológicos dos membros da família.

Hickman R, Douglas S. 2010.

Redução efetiva da incerteza e do sofrimento psicológico em membros da família.

Impacto da presença da família durante as rondas de unidade de terapia intensiva pediátrica na família e na equipe médica.

Aronson, P. L., Yau, J., Helfaer, M. A., & Morrison, W. 2009.

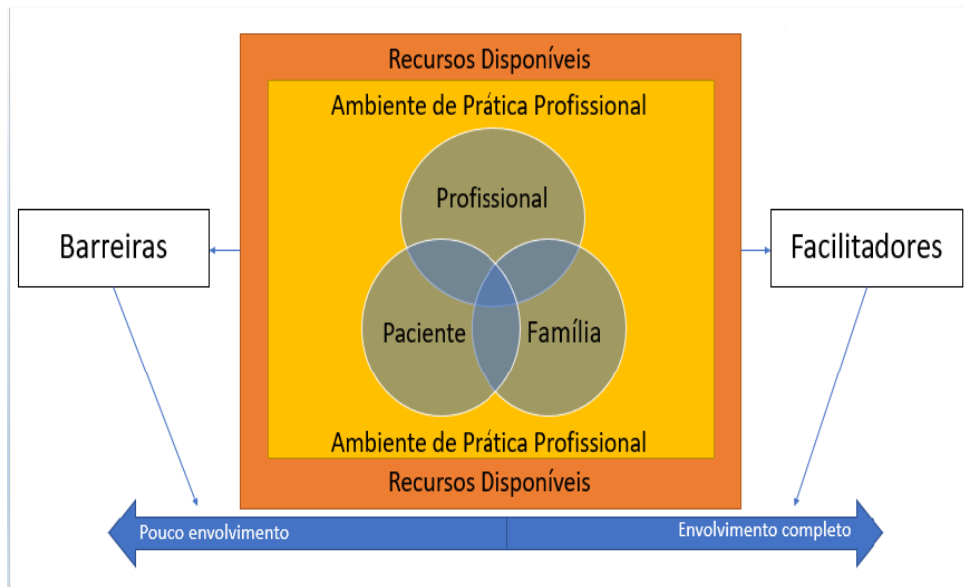
Aumento da satisfação e da confiança de membros familiares na equipe de médica.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dessa forma, a família configura-se em importante rede apoio no processo de cuidar, sendo necessário o desenvolvimento de trabalho clínico na área da saúde mental da família, já vez que as mudanças ocasionadas nessa rede social pelo processo de internação são evidentes. Trata-se de uma rede de apoio cujo nicho de relações pessoais influencia sobremaneira as práticas pessoais de cada indivíduo (SLUZKI, 1997).

Hickman *et al.* (2017) identificaram que os profissionais, a família e o paciente vivenciam o processo de doença crítica de forma singular e independente, porém configuram uma tríade de relações que, quando bem aproveitada (envolvimento completo), fazem do componente familiar um instrumento de contribuição significativo no cuidado ao paciente crítico. Por outro lado, quando não priorizado (envolvimento incompleto) pela equipe de saúde, o componente familiar pode configurar uma barreira na prestação dos cuidados ao paciente (FIGURA 1).

Figura 1 – Tríade do cuidado centrado na família.



Fonte: Hickman et al., 2017.

Posto isso, é necessário compreender que para lidar com o processo de hospitalização e internamento na UTI, a família se municia de estratégias de enfrentamento denominadas como *coping*, cujo objetivo é ajudar o indivíduo a vivenciar o processo de adoecimento. Atualmente, o conceito de *coping* é definido como o conjunto de estratégias usadas pelos indivíduos para se adaptarem a situações estressantes no dia a dia (ASSIS; VITÓRIA, 2015).

Em se tratando de *coping*, Folkman e Lazarus (1984), dois autores consagrados no estudo do tema, propõem o modelo transacional de enfrentamento. Tal modelo compreende quatro princípios: (1) o *coping* é um processo que se dá entre sujeito e o ambiente; (2) sua função é a de administrar uma situação estressora, ao invés de controlar ou dominá-la; (3) o processo de *coping* envolve uma avaliação, ou seja, como o evento estressor é percebido, interpretado e representado pelo sujeito; e (4) o *coping* constitui-se em um processo através do qual os sujeitos irão pôr em execução esforços cognitivos e comportamentais para administrar as situações estressoras que surgem e são classificadas como sobrecarga aos recursos pessoais (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019).

A Teoria Motivacional considera o *coping* como ação regulatória para manter, restaurar ou reparar as necessidades psicológicas básicas de relacionamento, competência e autonomia. Estas ações se referem a padrões organizados de comportamento, emoção, atenção e motivação. Assim, o *coping* é acionado quando determinada experiência é percebida pelo indivíduo como ameaça ou desafio a alguma de suas necessidades psicológicas básicas. A avaliação cognitiva da situação é importante para a definição de sua característica estressora e depende do evento e dos recursos pessoais e sociais que cada sujeito apresenta (SKINNER, 1999; ENUMO *et al.*, 2015).

Dessa maneira, os familiares devem ser reconhecidos no processo de cuidado na UTI e esse envolvimento na rotina dos cuidados deste setor pode reduzir os níveis de ansiedade, aumentar a satisfação do familiar e contribuir para a maior conexão entre os familiares e o membro que encontra-se criticamente enfermo. Em estudo envolvendo a compreensão da equipe de saúde em relação à permanência dos familiares na emergência de um hospital público, Silva e Souza (2018) constataram que a equipe de saúde compreendeu e reconheceu a importância da presença dos familiares no processo de recuperação da saúde, embora a referida pesquisa evidenciou que isso não ocorreu através de comunicação clara entre os familiares e a equipe de saúde.

Ao analisar as principais estratégias utilizadas pelos familiares, a equipe de saúde que mantém contato intenso com os pacientes e suas famílias poderá contar com importantes informações que irão servir de base para instrumentalizar as ações de saúde, possibilitando, assim, um enfrentamento mais saudável frente aos percalços encontrados no ambiente hospitalar.

Entretanto, evidencia-se que as equipes de saúde ainda não compreendem de forma plena a noção de que o binômio família/acompanhante apresenta necessidades e demandas específicas e que, na maioria das vezes, fica sem suporte necessário, não entendendo políticas, rotinas e procedimentos do hospital que, para a equipe, parecem lógicos e bem fundamentados (ANDRADE *et al.*, 2017).

O cuidado da equipe multiprofissional não pode estar focado apenas no paciente, mas precisa ampliar-se para toda a rede. Situações estressoras, quando bem acolhidas, podem mitigar os resultados posteriores. Quando os profissionais reconhecem e compreendem as necessidades e os sentimentos dos familiares e sujeitos internados, conseguem realizar assistência mais qualificada e humanizada, promovendo as bases para que o efeito estressor da hospitalização seja melhor absorvido emocionalmente pelo paciente e sua família (REIS *et al.*, 2016).

Apesar dos avanços, o envolvimento ativo da família na assistência ao paciente no cenário de cuidados intensivos ainda não está consolidado, possivelmente devido ao antagonismo de linhas de pensamento sobre o envolvimento da família na UTI e ao pequeno número de literatura que examina a prática. Contudo, entender o processo de internação como um fenômeno que afeta diretamente a dinâmica da estrutura familiar é fundamental para subsidiar os serviços de saúde com instrumentos que possibilitem uma assistência mais ampla e conseqüentemente mais eficaz.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho foi descrever o enfrentamento dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário, em Petrolina (PE).

3.2. Objetivos específicos

Dentre os objetivos específicos, destacam-se:

- descrever o perfil socioeconômico e demográfico dos familiares envolvidos;
- avaliar a comunicação entre a equipe de saúde e os familiares;

- descrever as vivências dos familiares ao receberem informações sobre condições de saúde e propostas terapêuticas;
- descrever o impacto do processo de internação na estrutura familiar;
- avaliar a interação entre a equipe profissional e usuários do ambiente da UTI.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Questões éticas

Este estudo é pautado pelos aspectos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, abrangendo tanto o indivíduo quanto a coletividade, nos princípios bioéticos da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, assegurando os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado (BRASIL, 2012).

O projeto foi encaminhado a Direção de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário (Univasf) para concessão da carta de anuência. Previamente à sua realização, o presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), para apreciação e devida certificação. Assim, esta pesquisa está sendo desenvolvida após a aprovação, sob o parecer de número 3.533.698, pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Antes da coleta de qualquer dado, foi repassado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ciência e assinatura, conforme Apêndice A. Com a finalidade de preservar o anonimato dos familiares, as entrevistas foram identificadas pela letra “E”, representando a palavra entrevista, seguida por números arábicos, não necessariamente seguindo a sequência que as coletas foram realizadas.

Os participantes foram orientados sobre seu direito de não responder a qualquer pergunta, sendo respeitada a decisão tomada. Não estarão expostos a qualquer risco, porém se durante a aplicação do questionário e entrevista, que será gravada, em algum momento sentirem-se desconfortáveis ou constrangidos, os mesmos poderão recusar-se a participar ou continuar participando da pesquisa.

4.2. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, cuja natureza do objeto de estudo possibilitou uma abordagem quantitativa e qualitativa.

O estudo exploratório, geralmente, compõe a primeira etapa da investigação, apresentando menor rigidez no planejamento e permite ao investigador maior proximidade com o problema, tornando-o mais explícito. Envolve levantamento bibliográfico, documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso. Abordam a visão geral sobre determinado fato pouco explorado. Já o estudo descritivo tem como objetivo a descrição das características de determinada população, fenômeno ou estabelecendo relações entre as variáveis, determinando a natureza desta relação através da coleta de dados (GIL, 2002).

A pesquisa qualitativa engloba aspectos que não podem ser quantificados, enfatiza a compreensão da dinâmica das relações sociais através do universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

4.3. Local e período de realização do estudo

Esta pesquisa aconteceu no período de agosto de 2018 à agosto de 2021. A coleta de dados foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Ensino, vinculado à Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), localizado no município de Petrolina (PE) e administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O HU/Univasf é a unidade de referência para os 53 municípios da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio do Vale do São Francisco – PEBA, formada por seis microrregionais de saúde e abrangendo uma população de, aproximadamente, 2.068.000 habitantes nos estados de Pernambuco e Bahia. Atende urgências e emergências que incluem politraumatismo, neurologia e neurocirurgia (alta complexidade), traumato-ortopedia (alta complexidade), cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia bucomaxilofacial, clínica médica e

cirurgia plástica restauradora com atendimento multidisciplinar da equipes de saúde (EBSERH, 2018).

A unidade conta com 129 leitos ativos divididos da seguinte maneira: Clínica Médica (25 leitos), Cirurgia Vasculard (12 leitos), Neurocirurgia (20 leitos), Ortopedia (37 leitos), Cirurgia Geral (15 leitos), cirurgia bucomaxilofacial (02 leitos) e uma UTI com capacidade para 18 leitos.

O setor onde as coletas de dados foram realizadas é a Unidade de Terapia Intensiva destinada ao internamento de pacientes cujo perfil predominante é caracterizado por atendimentos neurológicos e ortopédicos, sendo um leito destinado ao suporte de cirurgias eletivas.

A equipe é multiprofissional, composta pelos profissionais: médico, residente de medicina, enfermeiros, residentes de enfermagem, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêuticos e um terapeuta ocupacional. Pelo fato de o hospital ser uma instituição voltada ao ensino e pesquisa, também pode ser encontrado estudantes de diversos cursos.

4.4. Sujeitos da Pesquisa

Foram incluídos na pesquisa familiares de paciente com traumatismo contundente e/ou perfurante, que estivesse internado na UTI, maiores de 18 anos com grau de parentesco consanguíneo (pais, irmãos e avós) e/ou cônjuges que apresentem familiar com tempo de internação maior que dois e menor que quinze dias. Foi escolhido apenas um familiar por paciente internado.

Foram excluídos da pesquisa familiares de pacientes internados na UTI que não tenham sofrido traumatismo contundente e/ou perfurante, menores de 18 anos e que não apresentam grau de parentesco consanguíneo. Os familiares de pacientes internados no leito destinado à cirurgia eletiva também foram excluídos, uma vez que o tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva é inferior a dois dias.

4.5. Coleta de Dados

4.5.1. Instrumentos

4.5.1.1. Entrevista semiestruturada

A entrevista trata-se de importante componente da realização de pesquisa qualitativa. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como coleta dos fatos relatados pelos autores, enquanto sujeito-objeto da pesquisa que vivenciam determinada realidade que está sendo focalizada (MINAYO, 2001).

Foi realizada em local reservado (uma sala adjacente aos leitos da UTI), de forma individual, com data e horário escolhidos pelos pesquisadores, onde as falas foram áudio gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. Abordou-se assuntos relacionados ao enfrentamento do processo de internação hospitalar, assim como perguntas sobre o hospital, a equipe e os familiares entre outros.

Em virtude da pandemia provocada por uma nova variante do coronavírus, o SARS-Covid 19, o ano de 2020 foi considerado um período atípico, pois teve início a coleta de dados propriamente dita, através da aplicação de questionários socioeconômicos e demográficos, da escala EMEP e da realização de entrevistas. Desta forma, houve limitações referentes ao acesso ao ambiente da UTI por parte dos familiares, prejudicando a coleta de dados, já que as visitas foram suspensas na maior parte do período, sendo o boletim médico realizado por telefone. Assim, a aplicação da entrevista semiestruturada, do questionário socioeconômico e demográfico e da Escala de Modos de Enfrentamento do Problema (EMEP) foram realizados a partir da 37ª entrevista, através do aplicativo Whatsapp, por onde o pesquisador fez as perguntas contidas nos instrumentos, uma a uma, através de áudios que eram respondidos em sequência, conforme concluía-se cada indagação, permitindo o término da coleta de dados e posterior análise.

4.5.1.2. Questionário socioeconômico e demográfico

O questionário tem o objetivo de coletar informações para caracterização dos familiares pesquisados e abrangerá aspectos sociais, econômicos e demográficos, sendo imprescindível para a análise quantitativa deste estudo.

4.5.1.3. Escala de Modos de Enfrentamento do Problema (EMEP)

A escala de modo de enfrentamento (EMEP) é um questionário tipo Likert de cinco pontos (onde, 1 = eu não faço isso; 2 = eu faço isso um pouco; 3 = eu faço isso às vezes; 4 = eu faço isso muito; 5 = eu faço isso sempre), que foi desenvolvida por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), baseada na versão adaptada à população brasileira por Gimenes e Queiroz (1997) e possui 45 itens agrupados em 4 fatores, sendo eles:

Fator 1 – enfrentamento focalizado no problema (18 itens, $\alpha=0,84$), representando condutas de aproximação em relação ao aspecto estressor desenvolvidas pelo indivíduo, visando solucionar o problema ou lidar com a situação estressora;

Fator 2 – enfrentamento focalizado na emoção (15 itens, $\alpha=0,81$), representando emoções negativas como raiva ou tensão, assim como respostas de esquiva, pensamento fantasioso, autculpa e culpabilização dos outros;

Fator 3 – enfrentamento focalizado nas práticas religiosas/pensamento fantasioso (07 itens, $\alpha=0,74$), representando pensamentos fantasiosos permeados por sentimentos de esperança e fé;

Fator 4 – enfrentamento focalizado na busca de suporte social (5 itens, $\alpha=0,70$), representando procura de apoio instrumental, emocional ou informações.

Será utilizada, também, uma questão aberta para indagar se a pessoa está utilizando alguma outra forma de enfrentamento para lidar com a situação.

As medias encontradas entre os fatores serão comparadas e aquelas com maior valor de utilização irão caracterizar a forma de enfrentamento.

4.5.1.4. Cálculo amostral

O cálculo amostral foi obtido levando-se em consideração: erro amostral, nível de confiança, população, percentual máximo e percentual mínimo, de acordo com instrumento desenvolvido por SANTOS (2018), onde:

“Erro amostral é a diferença entre o valor estimado pela pesquisa e o verdadeiro valor. O nível de confiança é a probabilidade de que o erro amostral efetivo seja menor do que o erro amostral admitido pela pesquisa. População trata-se do número de elementos existentes no universo da pesquisa.”

Ao analisar o número de admissões na Unidade de Terapia Intensiva dos últimos seis meses, chegou-se à conclusão de uma média de 36 admissões por mês. Como cada paciente recebe, em média, dois familiares por visita, optou-se por entrevistar apenas um familiar, que foi considerado como aquela pessoa que apresenta grau de parentesco consanguíneo (pais, irmãos e avós) e/ou cônjuges.

Utilizando-se um período compreendido de três meses obteve-se um total de 108 familiares. Como uma pequena parcela de pacientes pode não apresentar visitas de familiares durante o internamento, será utilizado o percentual mínimo de 90%, o que levará a uma amostra necessária de 61 familiares, de acordo com o cálculo amostral desenvolvido por SANTOS (2018), representado pela seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada.

N – população.

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança.

p - verdadeira probabilidade do evento.

e - erro amostral.

4.5.1.5. Análise estatística

Na análise estatística fez-se uso de técnicas descritivas e gráficas, como também de técnicas paramétricas e não paramétricas para caracterização da amostra. Inicialmente, os dados obtidos foram avaliados quanto à distribuição normal pelo Teste Kolmogorov-Smirnov. A depender da distribuição destes, os mesmos foram avaliados conforme testes paramétricos ou não-paramétricos. No estudo da relação entre duas variáveis, foram calculados os coeficientes paramétricos e não paramétricos.

Já quanto à análise qualitativa, as respostas foram transcritas, analisadas e categorizadas com base na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2010), buscando compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso, numa concepção transparente de linguagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006). A análise de conteúdo indicada por Bardin se constitui de três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Após as entrevistas áudio gravadas serem transcritas, deu-se início à primeira etapa da proposta de análise de dados de Bardin, na qual o material foi organizado e analisado de forma sistematizada por meio da leitura flutuante.

Na segunda etapa foi realizada a exploração do material, onde se definiu as categorias e identificou-se as unidades de registro através da contextualização dos documentos. Na terceira etapa, de tratamento de resultados, realizou-se a inferência e a interpretação dos dados, com a aglutinação e o destaque das informações para análise, o que resultou nas interpretações inferenciais, momento de utilização da subjetividade e da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2010).

Com a transcrição das entrevistas e utilização da metodologia da Análise de Conteúdo, percebeu-se que a saturação foi obtida a partir da 33ª entrevista,

porém, como aponta Oliveira *et al.* (2018), tal conceito não se refere ao ponto em que não surjam novas ideias, mas sim, que as categorias emergentes da análise estejam totalmente contabilizadas, a sua variabilidade seja explicada e as relações entre elas testadas e validadas, de forma que delas possa emergir uma teoria.

Por se tratar de um conceito subjetivo, porém que encontra respaldo na literatura científica de pesquisa qualitativa, é necessário, como aponta Fontanella *et al* (2008) a menção do conjunto de fatores que serviram de base para a definição do ponto de saturação amostral das entrevistas. Assim, conclui-se que a amostra qualitativa ideal é aquela que reflete em quantidade e intensidade (aqui entendida como qualidade), as múltiplas facetas de determinado fenômeno buscando a qualidade das ações e interações em todo o decorrer do processo (MINAYO, 2017).

Dessa forma, levando em consideração o grau de parentesco dos participantes, a quantidade da amostra definida no cálculo amostral, o perfil demográfico da população estudada, o tempo de permanência na UTI e as bases metodológicas do presente estudo, a partir da 33^a entrevista percebeu-se que nenhum novo elemento emergiu da análise dos dados, não sendo possível novas contribuições para o alcance dos objetivos do estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Descrição das categorias

Através da análise de conteúdo das entrevistas identificaram-se três categorias: Conhecimento do familiar (com duas sub-categorias: Internamento em UTI e patologia clínica), rede de apoio (subcategoria crenças religiosas e sentimento familiares) e internamento e relacionamento com a equipe de saúde.

5.1.1. Conhecimento do familiar

A categoria conhecimento do familiar que foi dividida em duas sub-categorias (Internamento em UTI e Patologia Clínica), mostra que aproximadamente 98,36% (60) dos familiares relataram saber o motivo do internamento de seus parentes enquanto aproximadamente 1,64% (1) relataram que não sabiam, no momento, o motivo do internamento. O conhecimento do motivo de internamento na UTI pode ser demonstrado nas seguintes falas:

“Ele foi atacado por abelhas e veio de Santa Maria pra cá, na chegada, ele já chegou com choque anafilático, foi pra sala vermelha. Ele deu duas paradas e foi pra UTI.” (E. 09)

“... insuficiência respiratória, ele num tá conseguindo respirar direito e ele tem que fazer uma traqueostomia, pra poder tirar a intubação dele.” (E. 61)

Em estudo longitudinal conduzido na UTI do Hospital Geral do Grajaú (HGG), em São Paulo, ao analisar a satisfação, a compreensão e os sintomas de ansiedade e depressão em 35 familiares de pacientes admitidos na UTI com 72 horas ou mais, Midega et al (2019) constataram que em relação à compreensão, apenas 2,9% não sabiam o real motivo da internação, e 5,7% não compreenderam o tratamento instituído. A maior dificuldade encontrada foi em relação ao prognóstico; 37,1% dos familiares estavam com errôneas expectativas em relação ao desfecho na UTI, e 25,7% dos familiares apresentaram discordância em relação às expectativas médicas.

Nesse sentido, para Frizon et al (2011) durante a visita é importante que a equipe de saúde esclareça as dúvidas e os questionamentos dos familiares,

com relação ao estado de saúde do paciente e do tratamento que ele está recebendo. Dessa forma, o acolhimento e a informação são necessários, uma vez que estabelecem laços e estreitam a relação interpessoal entre o profissional de saúde e a família, dirimindo dessa forma, possíveis dúvidas e minimizando sentimentos negativos como angústia e preocupação pelos quais a família passa.

Ficou claro, através das repostas, que o conhecimento da situação clínica do familiar está condicionado às explicações que as equipes médicas prestam no momento da visita. Os familiares relataram que não existia dúvida em virtude das explicações que eram feitas, como nas respostas abaixo:

“Não. Ele... não existe dúvida porque os médicos, toda vez que ele vem fazer a visita, eles fazem questão de passar pra gente. É... se tá evoluindo, o que pode acontecer, o que não pode. Então, não fica dúvida.” (E. 25)

“é... eles explica, né R.? Disse que, que os médico tá cuidado dele bem, que ele tá tendo muita assistência, entendeu? Que os médicos é direto, as enfermeira é direto em cima dele, né? Tá se medicando direitinho, né? É isso que me consola um pouco, por cause que quando a... a moça liga pra mim, ela fala que ele tá tendo toda assistência, né? Do hospital. Por isso que fico mais controlada um pouco.” (E. 56)

Em estudo de Reis et al, 2016, a comunicação equipe-família também mostrou impacto importante no momento de informar sobre a internação na UTI. Observou-se, através das falas, que quando a notícia foi dada de forma aberta, isto é, esclarecendo os motivos da internação, os sujeitos sentiram-se mais tranquilos e desejosos pela internação.

Dessa forma, percebe-se que a formação do vínculo tanto com o paciente quanto com a família se faz necessário para fortalecer o poder de comunicação e torná-lo instrumento permanente no cuidado à saúde uma vez que o conhecimento da situação clínica do paciente por parte dos familiares como resultante da efetiva comunicação entre estes familiares e os profissionais de saúde é condição *sine qua non* para o fortalecimento da humanização, qualidade tão almejada nas práticas hospitalares.

Essa interação deve se dar o mais precoce possível, com o objetivo de proporcionar diálogo e o esclarecimento de dúvidas em tempo oportuno. Conseqüentemente, a formação do vínculo deve ser feita de forma responsável

e saudável pela equipe de modo a se evitar posterior sofrimento (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A subcategoria Conhecimento da Patologia Clínica pôde ser inferida em resposta às perguntas sobre o conhecimento da situação de saúde do familiar no momento da entrevista:

“Nesse momento, eu sei que é grave e... tinha três balas na cabeça, duas foi retirada, uma ficou alojada e eu tô esperando o resultado da tomografia pra saber depois da cirurgia como ficou, mas ela não tá tendo febre, batimento de coração normal, pressão normal e tá reagindo.” (E. 16)

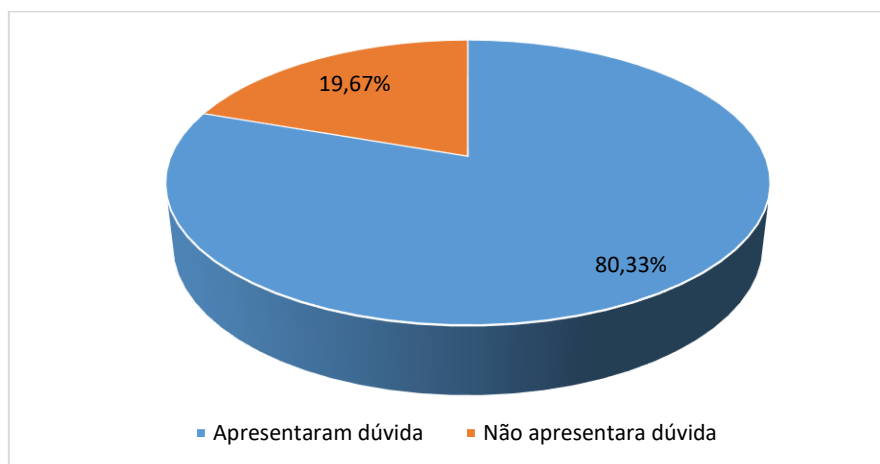
“Já, o médico já tentou falar comigo hoje, inclusive, ele falou comigo hoje. Ele tinha falado antes, mas não assim né, que tem que fazer novos exames entendeu, pra localizar um tal... a, a, a, aneurisma né.” (E. 26)

É importante destacar, conforme Figura 2, que aproximadamente 80,33% (49) dos entrevistados não apresentaram dúvidas no momento da entrevista quanto ao tratamento que o familiar estava recebendo e que cerca de 19,67% (12) apresentaram algum tipo de dúvida quanto ao tratamento. Algumas falas retratam bem esta situação:

“Não, tenho não (...) Explica tudo direitinho. Eu não tenho dúvida nenhuma. Eu sei que ele tá sendo bem tratado aqui, bem... bem medicado. Eu não tenho dúvida não.” (E. 29)

“Não, não (...) É, eles explicam, eles sempre tá orientando né, o que é que ela tá né, tomando.” (E. 02)

Figura 2 – Dúvida quanto ao tratamento no momento da entrevista – Petrolina (PE), 2021.



Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto aos familiares que apresentaram dúvidas, 50% (6) relataram que tinham dificuldades em entender questões relacionadas ao tratamento que o familiar estava recebendo, 33,33% (4) relataram dúvidas sobre a recuperação de funções cognitivas e de níveis de consciência, como fala, abrir os olhos ou acordar e 16,66% (2) não entenderam como seria o tratamento após a alta da UTI.

Em estudo com 115 familiares de pacientes internados há mais de 24 horas em unidade de terapia intensiva, Pelazza *et al.* (2015) também demonstram, em coleta de dados realizados em três visitas de enfermagem, que na primeira visita 110 familiares (96%) apresentaram as seguintes dúvidas: 64 familiares (56%) sobre o estado clínico; 20 familiares (17%) sobre o prognóstico; 10 familiares (9%) sobre os resultados de exames; 9 familiares (8%) sobre o diagnóstico do paciente; 5 familiares (4%) sobre o equipamento monitor; e 2 familiares (2%) sobre a medicação. No item “outros” as dúvidas foram: 14 familiares (12%) sobre a alta e sete (6%) sobre o tipo de cirurgia realizada. A segunda e a terceira visitas de enfermagem, realizadas com 69 e 38 famílias, respectivamente, evidenciaram um número menor de dúvidas provavelmente em virtude do tempo maior de internamento, o que possibilitou aos familiares receberem um maior número de informações.

Dessa forma, cabe aqui destacar que a falta de informação deixa a família insegura e aflita com a situação em que se encontra, uma vez que se deparam com o seu familiar de momentos extremamente difíceis gerados pela incerteza da recuperação do estado de saúde, desenvolvendo e ocasionando diferentes sentimentos que podem gerar desorganização, desamparo e estresse (REZENDE *et al.*, 2014). Sendo assim, é importante salientar que momentos como o horário de visitas são considerados de importância fundamental para o elo profissional e familiar e nesse momento é oportuno o esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações de maneira clara, objetiva e compreensível (POERSCHKE *et al.*, 2019).

Vale salientar que ao responderem se estavam com dúvida ou não, também houve referências quanto à satisfação com o atendimento, como pode ser destacado nas seguintes falas:

“Não, eu... eu... eu quero até salientar isso que o tratamento aqui tem sido muito bom, ele tem sido bem cuidado, mas a gente sabe que tem a parte da medicina, tem a parte humana e a parte da fé, né? A gente sabe disso, e nós tamos esperando nisso, então.” (E. 33)

“Não, eu não tenho dúvida de nada... o tratamento ótimo, graças a Deus (...) Não tenho nada... não tenho nada a reclamar(...) Tudo que eu pergunto eles explicam direitinho, entendeu?” (E. 26)

“Não, pra mim tá sendo excelente (...) eu até achei, até falei pra uns colegas meus que aqui eu nunca tinha visto um tratamento que nem aqui. O equipamento, equipamento de primeiro mundo que eu nunca vi, né?” (E. 30)

“(...) Então, o médico passou pra mim que é esperar, aí ele tá sendo muito bem cuidado, bem tratado. Inclusive eu tava falando com o médico que nós moramos numa cidade pequena do interior onde não tem essa... esse suporte e que eu sei, que o... o que tiver que acontecer, acontece, aqui ou em qualquer lugar, mas o fato dele está aqui, conseguiu chegar até aqui, conseguiu ser atendido, a equipe médica muito boa, o atendimento e ter conseguido essa vaga na UTI pra ele, pra mim é um avanço... é maravilhoso (...)”. (E. 25)

Midega *et al.* (2019) concluíram que a acessibilidade da equipe de saúde e a disponibilidade de informações completas sobre o diagnóstico, as causas e as consequências da doença são fatores importantes para a família e estão associados à maior satisfação. Apesar da satisfação, foi constatado alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nos familiares, sobretudo para os de pacientes com grave prognóstico, salientando a importância de apoio psicológico na unidade de terapia intensiva.

Em estudo de revisão sistemática e meta-análise sobre protocolos de apoio à família onde foram selecionados aleatoriamente 7 artigos Lee *et al.* (2019) mostraram que para alcançar uma comunicação eficiente entre os membros da família e a equipe médica e tomar decisões oportunas e apropriadas, deve haver protocolos bem organizados e estruturados que levem em conta o estabelecimento de parcerias de confiança com atitudes empáticas e apoio emocional, avaliando a situação e preferência do paciente ou da família, revisando opções de prognóstico e tratamento, sendo realistas e empáticos, e frequentemente perguntando aos membros da família se eles têm alguma dúvida sobre o status atual, decisões médicas e prognóstico. Assim, o estudo

evidenciou que a comunicação eficaz e de alta qualidade pode ajudar os membros da família a tomar decisões oportunas e apropriadas relacionadas ao internamento e está associada ao menor tempo de permanência na UTI e maior satisfação por parte dos familiares.

5.1.2. Rede de apoio

Através das entrevistas ficou evidente que o apoio familiar se caracterizou como a principal rede de suporte aos familiares que enfrentavam a situação de ter um parente internado na UTI, como pode ser destacado pelos relatos abaixo quando perguntado aos entrevistados quem estava dando mais apoio a eles naquele momento:

“Ah meu Deus. Nós, nós todos, nós... familiares, nós todo, nós fica todo mundo reu-reunido né, nós somos unidos” (E. 02)

“Nesse momento nós som... nós somos seis, fora nosso pai que a gente também tá cuidando dele, e ele tá dando muita força. Mesmo com o que ele passou, ele infartou e não parece. Olha pra ele e não parece, e ele tem dado muita força à gente.” (E. 04)

“Bom, todo dia eu ligo, eu recebo ligação da minha família todo, meus irmãos, meu marido, minha mãe, todos os dias. Até a hora que eu entro aqui e quando eu saio(risos)”. (E. 06)

“Bom, minha família, ela é muito unida. Então, graças a Deus, quanto a isso, todo mundo, independente do que aconteceu né. A gente é bem, bem unida mesmo, é, nessa... nessa parte.” (E. 07)

O apoio social é definido como o fornecimento de recursos psicológicos e materiais por uma rede social com o objetivo de beneficiar a capacidade de um indivíduo em lidar com o estresse proporcionando dessa forma um enfrentamento eficaz da situação (COHEN, 2004; IVERSON *et al.*, 2014).

Em estudo realizado com 25 familiares de pacientes internados em uma UTI na Austrália, Wong (2018) evidenciou que as famílias que tinham acesso às redes de apoio social foram mais prontamente capazes de enfrentar e recuperar o controle da situação. Identificou-se, no estudo em questão, que os familiares relataram duas fontes principais de apoio: as interações com membros de suas próprias famílias e as interações com familiares de outros pacientes criticamente enfermos. Ambas forneceram o suporte necessário para enfrentar a situação de internamento de um ente querido.

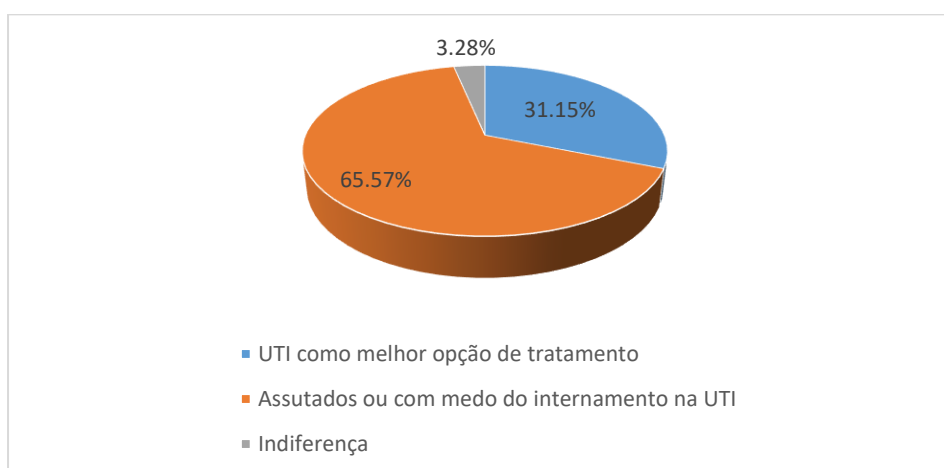
O aumento da espiritualidade (subcategoria crença religiosa) também apareceu nos discursos dos participantes, corroborando com a literatura e considerada a principal estratégia de enfrentamento utilizada pelos familiares (LARISSA *et al.*, 2016).

“Eu lhe digo: não é bem a religião... é Deus. Eu cheguei ouvir da minha família que eu era a pessoa mais forte... mas não é... é Deus... a gente... eu não sou forte, Deus é que é forte na minha vida... eu cheguei mesmo assim... ontem eu me desesperei... eu cheguei muito ansiosa... mas eu clamei ao Senhor... e tenho agradecido muito por ter visto que ela não precisou fazer a traqueia... porque ia ter que fazer... então... assim... eu creio... eu acredito no trabalho dos médicos e de todas as profissões... Deus deixou... assim...uma função pra cada um... mas eu acredito... o possível é do homem mas o impossível é de Deus.” (E. 11)

Pode-se perceber que a fé, através do processo religioso, aparece como sentimento positivo presente na declaração de alguns entrevistados. Como aponta Camponogara *et al.* (2016), pode-se concluir que os familiares tem na religião o conforto para a situação que estão vivenciando, enfrentando através de muita resignação e persistência a dificuldade de ter um familiar internado em uma unidade de terapia intensiva.

Na sub-categoria sentimentos familiares, quando perguntando *o que os familiares disseram quando souberam que o estado de saúde do paciente era grave e que era preciso interna-lo na UTI* observou-se que o procedimento de internação na UTI é visto por cerca de 31,15% (19) dos entrevistados como a melhor opção para o paciente e representa alívio para os familiares por estar em um ambiente de cuidado especializado enquanto que 65,57% (40) relataram que ficaram assustados, com medo ou preocupados com a internação. Cerca de 3,28% (2) dos entrevistados demonstraram indiferença quanto à notícia de transferência do familiar para a UTI o que pode ser explicado pelo fato de que os familiares ainda estavam, no momento da entrevista, indignados por não terem sido comunicados do fato do internamento na UTI (FIGURA 3).

Figura 3 – Reação ao processo de internamento na UTI – Petrolina (PE), 2021.



Fonte: elaborado pelo autor.

O duplo significado atribuído ao ambiente de UTI pode ser expresso de acordo com as seguintes falas quando se questionou o que os familiares disseram quando souberam que era preciso ele ir pra UTI:

“Ficaram apavorados. Uns já acharam que ele ia... tava morrendo, que não tinha mais chance... é assim... É o que sempre pensam quando fala em sala vermelha e UTI, eles já acham que tá morrendo.” (E. 03)

“Que era, era a opção boa né. É onde vai ter uma saúde melhor ainda né, vai ter um tratamento melhor ainda né.” (E. 01)

“Como eu falei anteriormente, a gente tem um conhecimento de que a UTI, ela, ela se reveste de um melhor acompanhamento do paciente, então no meu caso, eu entendi como uma coisa benéfica pra ele (...).” (E. 32)

“E... eu até achei normal... na verdade eu até comentei com meu esposo, eu nunca pedi tanto a Deus que... por uma vaga na UTI e na verdade, quando ele tava na sala vermelha eu pedi a Deus todo dia que conseguisse uma vaga na UTI pra ele, por conta do caso dele porque a gente... desde o início que a gente sabia que ele precisava de uma UTI e não tinha vaga.” (E. 05)

Em estudo realizado em um hospital público de grande porte na Região Central do Rio Grande do Sul, Leite *et al.* (2015) demonstraram que os entrevistados mostraram divergências quanto ao significado do internamento em UTI. De um lado, há aqueles que manifestaram um entendimento negativo, e outros expressaram a ideia de que o espaço da UTI é um local de manter a vida e recuperar as condições clínicas.

Em uma investigação do tipo descritiva e com abordagem qualitativa desenvolvida com 10 familiares de pacientes internados na Unidade Cardiológica Intensiva de um hospital universitário do Rio Grande do Sul,

Camponogara *et al.* (2016) também evidenciaram que apesar dos sentimentos negativos permearem os depoimentos dos entrevistados, alguns familiares entenderam a internação na unidade cardiológica como algo positivo ao sentirem confiança tanto no tratamento quanto na equipe de saúde.

Um ponto importante a se destacar foi que os sujeitos da pesquisa possuíam sentimento de insegurança, medo e também necessidades semelhantes, independentemente do nível de escolaridade ou renda familiar, o que permite concluir que esses aspectos subjetivos, nas relações familiares, independem do grau de instrução do entrevistado.

5.1.3. Internamento e relacionamento com a equipe de saúde

Quando perguntado qual a maior dificuldade que o familiar encontrava ao ter que enfrentar a situação de ter um ente querido internado foram relatadas questões referentes à visita (a possibilidade da visita ser reduzida para duas pessoas por período e o horário fixado para as visitas que muitas vezes impediam algum familiar de acompanhar com mais frequência), despesas, apoio para ficar em algum lugar, situações financeira e deslocamento bem como a situação de ver o familiar com o quadro de saúde fragilizado.

“Dificuldade... assim, se for falando em mim, minha dificuldade é conseguir ter, é, é, meus horários de trabalho bater com o horário de visita aqui, pra eu ver, vim ver ela mais vezes, aí essa é a dificuldade porque o horário de visita é diferente do que era da sala verde, se eu não me engano, podia ver ela no momento que eu saía do trabalho, podia vim, e os horários aqui não posso, aí eu tenho menos tempo pra ficar observando ela, entendeu?” (E. 31)

“Olha, a maior dificuldade como eu falei é essa vontade de que a família tem de mais pessoas visitar e, infelizmente, por normas, são apenas dois diariamente, então a gente tem que fazer esse jogo, de quem, pra que todo mundo que tem esse interesse possa vim vê-lo, então a gente faz ali uma escalazinha pra que possa... que todo mundo ver.” (E. 32)

“É... é questão de... assim, ter onde eu ficar e conseguir a casa de apoio. Agora em relação a... lá não fornece alimentos, aí eu tô sofrendo muito com isso, com negócio de comida, um moto-taxi pra ir que é longe. A maior dificuldade é essa.” (E. 19)

“Aí aqui a gente não tem onde ficar, fica preocupada né, pelo fato de não ter dinheiro, não ter onde ficar, porque dinheiro não é tudo, mas muitas vezes resolve muita coisa, porque se tu tem dinheiro tu tem um carro pra se locomover, tu tem condição de pagar uma estadia boa, então tem... fica tudo, se torna mais difícil.” (E. 25)

A hospitalização e a separação familiar retratam um acontecimento estressante tanto para o paciente como para a família, provocado por uma ruptura afetivo-emocional, desencadeada pela impossibilidade de permanência ao lado do paciente e por circunstâncias impostas pela rotina da UTI, com horários de visitas estipulados e reduzidos. Nesse contexto, os familiares sentem-se perdidos, ansiosos e impotentes frente à situação, apresentando mudanças psicossociais e alterações em sua rotina diária e estrutura familiar. (SELL *et al.*, 2012).

A alteração na estrutura familiar com mudanças de funções e aumento de responsabilidades para outros membros da família foi constatada quando se perguntou se o familiar trabalhava e como estava sendo com a situação de internamento que impossibilitava o trabalho.

“Não, atualmente só trabalha comigo na roça, depois que ele chegou na roça... Rapaz... aí pra mim vai ser pesado porque além dele não poder trabalhar agora, atualmente eu vou ter que dar atenção pra ele mais que meu serviço que tô fazendo né. Que eu trabalho na roça, né.” (E. 30)

“O meu filho tá trabalhando no lugar dele. Ele tá lá tomando de conta da roça, por isso que ele não pode vim né com frequência pra cá porque ele tem que ficar lá tomando de conta da roça.” (E. 24)

Por outro lado, alguns entrevistados relataram que a estrutura de relação não havia sido prejudicada por que nesses casos o familiar já era cuidado por algum parente antes de ser internado:

“Isso aí... eu nem sei explicar porque como ela vive lá na casa que é com minha irmã, aí o normal minha irmã sempre controlou tudo dela, tentou controlar até a comida dela (...), mas é tudo é com minha irmã, com esse lado financeiro é com ela, ela que cuida dela, coisa os remédios e tudo.” (E. 31)

A família pode ser definida como uma associação estabelecida pela natureza para atender às necessidades cotidianas do homem, sendo constituída pelos que vivem da mesma provisão e partilham o sustento. Com isso, fica claro que, através do processo de hospitalização de um membro da família, ocorre fragmentação da mesma, o que leva o paciente e seus familiares a experimentarem profundas mudanças nos hábitos cotidianos bem como na

estrutura familiar, em virtude da ausência do ente querido. (ARISTÓTELES, 2010; DA SILVA *et al.*, 2016).

É evidente que a dinâmica familiar é modificada pelo processo de internamento e que muitas vezes essa mudança radical é potencializada pelo fato de os familiares estarem submetidos ao estresse provocado pela situação, o que fica evidenciado pelo relato de sentimentos de medos, desespero e aflição. Uma forma que poderia ajudar, segundo a literatura, seria a equipe de saúde identificar o familiar ou familiares líderes que estão envolvidos com o acompanhamento do paciente e, a partir destes alcançar toda a família que poderia, também, contribuir para o enfrentamento da situação vivenciada (SELL *et al.*, 2012).

Quando perguntado sobre se o processo de internamento na unidade de terapia intensiva estava sendo eficaz, a grande maioria dos entrevistados respondeu que sim, que o internamento estava surtindo efeito mesmo para aqueles pacientes que se encontravam com um quadro bastante grave, pois o tratamento que estava sendo realizado, segundo os familiares, era o melhor possível.

“É, com certeza, eu vejo lá que o que é preciso lá, a parte da UTI tá sendo feita.” (E. 33)

“(...)nas condições que ela ficou... depois da cirurgia... eu tenho certeza que Deus e o cuidado que tá sendo... muito bem... eu não posso reclamar... aconteça o que aconteça até aqui eu não tenho a reclamar não(...).” (E. 10)

“Porque assim, tá tendo aquele... tem uma equipe médica que tá sempre a disposição, tem os enfermeiros que tão o tempo todo ali dando assistência, qualquer coisa que precise eles tão ali trabalhando, agindo, sabe? É... então... e tamos aguardando porque ele na UTI tem mais condição de reagir, tá sendo... eles estão a... verificando a pressão o tempo todo, então eu acredito que...” (E. 25)

É importante destacar que a satisfação com o tratamento oferecido pela unidade de terapia intensiva estava relacionada, na voz dos familiares, tanto com a constatação através da observação dos cuidados prestados ao paciente quanto o fato de haver explicação do quadro de saúde do mesmo.

“Como eu falei é um... é muito bom, de forma satisfatória, tudo que é perguntado, havendo a necess... a possibilidade, é dado uma resposta satisfatória, não nos trazem nenhum problema (...).” (E. 32)

“Explica, bem explicadinho, eles me explicam tudo. E graças a Deus não tenho o que reclamar da equipe médica, de jeito nenhum, são tudo gente boa, pra mim é tudo...” (E. 24)

“Até que é... é normal. Meu contato é quando eu chego, eles tratam bem. Se eu fizer... pedir alguma informação, o médico já chega, já informa. Sempre que a gente entra aqui, eles vão lá e informa. Então informa tudo aquilo que você quer saber, se você tem dúvidas, você passa pra eles, já tira suas dúvidas e os demais, as enfermeiras, é só questão de atendimento, se houver uma necessidade, você já aciona e nem precisa que elas estão o tempo todo ali, entendeu. Eu me dou super bem, tranquilo.” (E. 25)

A literatura tem mostrado que quando os familiares recebem de forma adequada as informações sobre o estado de saúde do familiar, demonstram-se aliviados e seguros em relação ao cuidado recebido, desencadeando uma relação de confiança entre equipe e família. Para alguns familiares, o acolhimento se dá quando o apoio e atenção de cada profissional se fazem presentes, é perguntar e encontrar a resposta, mesmo que aquela não seja a resposta desejada (PASSOS *et al.*, 2015).

Em estudo para avaliação da satisfação familiar em unidade de terapia intensiva realizado no Reino Unido, Ferrando *et al.* (2019) concluíram que o grau de satisfação geral foi alto, porém variou quanto à sobrevivência ou não dos pacientes. Para membros da família de sobreviventes da UTI, características tanto do membro da família (idade, etnia, grau de proximidade com o paciente e frequência de visita) quanto do paciente (gravidade da doença e uso de ventilação mecânica) influenciaram o grau de satisfação familiar. Já para os membros da família de não sobreviventes da UTI, apenas as características dos pacientes como idade, gravidade da doença e tempo de internamento foram significativas.

Isso mostra que a satisfação da família está diretamente relacionada ao atendimento das expectativas dos membros da família pelos profissionais de saúde e pode ser influenciada por uma série de fatores, incluindo as expectativas das famílias, informação e comunicação, fatores relacionados à família (como atitudes em relação à vida e morte, origens sociais, culturais e religiosas, etc.), fatores relacionados ao paciente (como gravidade da doença e se o paciente sobreviveu à UTI) e infraestrutura hospitalar (STRICKER *et al.*, 2009).

5.2. Análises Estatísticas

5.2.1. Caracterização socioeconômica e demográfica dos familiares

Em relação aos familiares dos pacientes, conforme demonstrado na Tabela 1, cerca de 68,85% (42) dos participantes eram do sexo feminino, enquanto 31,15% (19), do sexo masculino. Houve predominância de idades entre 28 a 38 anos (27,87%), seguido das idades de 39 a 49 anos (24,59%) e de 17 a 27 anos (21,31%). Quanto ao grau de instrução, o nível de ensino médio completo a superior incompleto prevaleceu com 47,54% (29), seguido de fundamental completo a médio incompleto, com 31,15% (19).

Segundo dados do Programa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2019), quanto menor o nível de instrução, maior a proporção da utilização do serviço hospitalar do SUS (Sistema Único de Saúde), variando fortemente de 79,6% (entre as pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto) a 21,1% (entre aquelas com nível superior completo). Já, em relação ao rendimento domiciliar per capita, revelou-se clara dependência das pessoas economicamente vulneráveis em relação ao SUS, onde estavam nessa condição 95,0% das pessoas sem rendimento até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e 89,8% daquelas situadas na faixa de mais de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

Em relação ao estado civil, 34,43% (21) afirmaram viver em união estável; enquanto 31,15% (19) eram casados; 18,03% (11), solteiros; 8,20% (5) eram viúvos; e 6,56% (4), separados. Quanto à cor da pele, 57,38% (35) se autodeclararam pardos; 21,31% (13), brancos; 13,11% (8) eram negros; 6,56% (4), amarelos; e 1,64% (1), indígenas (TABELA 1).

Em se tratando das condições de moradia, cerca de 65,57% (40) residiam em casa própria e 34, 43% (21), em alugada. O saneamento básico estava presente em 68,85% (42) dos lares entrevistados. Quanto à renda, 52,46% (32) dos entrevistados afirmaram receber de 1 a 3 salários mínimos; 29,51% (18) recebiam até 1 salário mínimo; 14,75% (9), de 3 a 6 salários mínimos; 1,64% (1) recebia de 6 a 9 salários mínimos; e 1,64% (1) afirmou não ter renda alguma no momento da entrevista (TABELA 1).

Em linhas gerais, a presença de saneamento básico na residência dos familiares entrevistados está acima da média geral, uma vez que o esgotamento sanitário por rede geral de esgoto está presente em 60,9% dos domicílios (39,7 milhões) do país. As grandes regiões revelaram situações diferentes em relação a este indicador: enquanto na região Sudeste, a proporção foi de 86,3% dos domicílios, na região Norte, foi de 15,5%. Considerando a situação do domicílio, a área urbana apresentou proporção superior à observada na área rural: 69,8% e 5,6%, respectivamente. Para a região Nordeste, 39,6% dos domicílios apresentavam esgotamento sanitário (PNAD, 2013).

No estudo conduzido por Midega *et al.* (2019), que avaliou o grau de satisfação de 35 familiares de pacientes internados em uma UTI, também foi identificado predomínio do sexo feminino, representado por 74,3% (26) do total. A média de idade foi igual a $43,2 \pm 14$ anos, variando entre 18 e 73 anos. Quanto ao grau de instrução dos participantes deste estudo, observou-se que 24 (68,6%) tinham até o ensino médio completo. Quanto ao estado civil, 60% (21) eram casados, 28,6% (10) eram solteiros e 8,6% (3) eram viúvos e 2,9% (1), divorciados.

Tabela 1 - Caracterização do perfil sócio econômico e demográfico dos familiares dos pacientes internados – Petrolina (PE), 2021.

VARIÁVEIS	VALORES
SEXO	
Masculino	19 (31,15%)
Feminino	42 (68,85%)
IDADE	
17 a 27 (anos)	13 (21,31%)
28 a 38 (anos)	17 (27,87%)
39 a 49 (anos)	15 (24,59%)
49 a 59 (anos)	10 (16,39%)
59 a 61 (anos)	6 (9,84%)
ESCOLARIDADE	
Analfabeto/Fundamental I Incompleto	1 (1,64%)
Fundamental I Comp./ Fundamental II incomp.	4 (6,56%)
Fundamental Comp./ Médio incomp.	19 (31,15%)
Médio compl./ Superior incomp.	29 (47,54%)
Superior completo	8 (13,11%)

COR DA PELE	
Branca	13 (21,31%)
Negra	8 (13,11%)
Amarela	4 (6,56%)
Parda	35 (57,38%)
Indígena	1 (1,64%)
ESTADO CIVIL	
Casado	19 (31,15%)
Solteiro	11 (18,03%)
União Estável	21 (34,43%)
Viúvo	5 (8,20%)
Separado	4 (6,56%)
Outro	1 (1,64%)
RESIDÊNCIA	
Própria	40 (65,57%)
Alugada	21 (34,43%)
Saneada	42 (68,85%)
Não saneada	19 (31,15%)
RENDA FAMILIAR	
Nenhuma renda	1 (1,64%)
Até 1 salário mínimo	18 (29,51%)
De 1 a 3 salários mínimos	32 (52,46%)
De 3 a 6 salários mínimos	9 (14,75%)
De 6 a 9 salário mínimos	1 (1,64%)

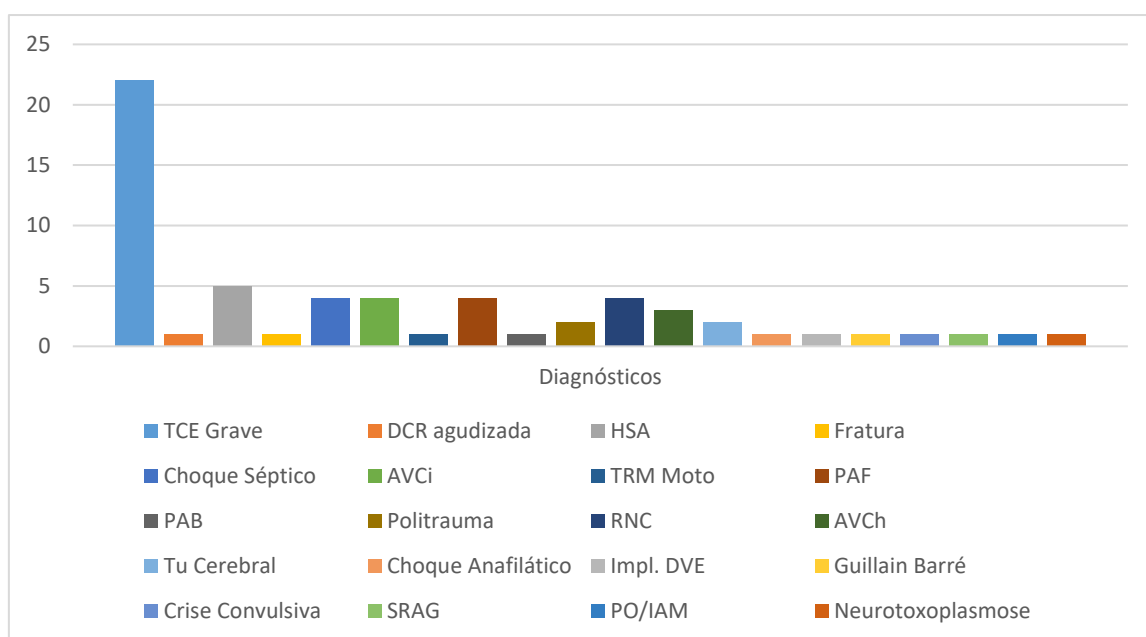
O nível de significância no Teste Qui quadrado foi de 0,05. As variáveis da Tabela 1 que apresentaram valor $P < 0,05$ foram *escolaridade*, *cor da pele*, *estado civil*, *residência*, *saneamento* e *renda familiar*. A variável *idade* apresentou valor $P > 0,05$.

5.2.1.2. Caracterização do perfil clínico dos pacientes

Após coleta dos dados, observou-se que a maior frequência dos diagnósticos identificados nos pacientes internados na UTI foi de TCE grave, com 36,07% (22) dos casos; seguidos por HSA (Hemorragia Subaracnóidea), com 8,20% (5) dos casos de Choque séptico, Acidente Vascular Encefálico

Isquêmico, perfuração por arma de fogo; e rebaixamento do nível de consciência a esclarecer com 6,56% (4) dos casos cada (FIGURA 4).

Figura 4 – Frequência dos diagnósticos identificados nos pacientes internados – Petrolina (PE), 2021.



Valor de P para o Teste Qui quadrado < 0,05
autor.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A prevalência dos casos de TCE grave é explicada pelo fato da UTI Geral do Hospital Universitário de Petrolina ser referência no atendimento de politraumatizados. No primeiro semestre de 2021, foram internados aproximadamente 354 pacientes na UTI geral da referida instituição, dos quais 24% (85) deram entrada no setor com diagnósticos de traumatismo craniano (UNIVASF, 2021).

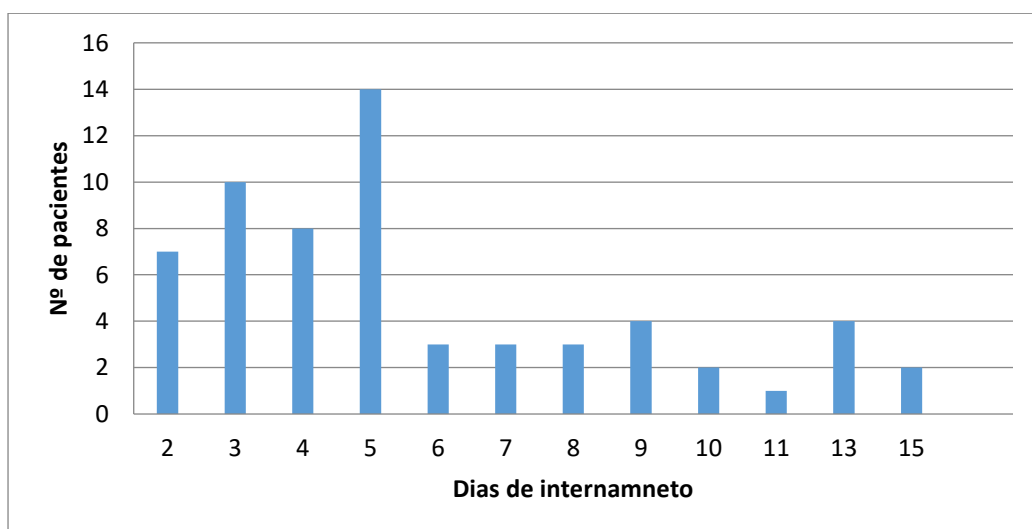
Estudo transversal e prospectivo realizado com 115 familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital privado na cidade de Uberlândia, estado de Minas Gerais, constatou que 77,4% (89) dos internamentos foram patologias clínicas, tanto gerais quanto

cardiológicas, enquanto que os outros 22,61% (26) foram internados por patologias cirúrgicas (PELAZZA *et al.*, 2015).

Em uma pesquisa realizada nas UTIs de pacientes adultos do Hospital Walfredo Gurgel e do Hospital Universitário Onofre Lopes, na cidade de Natal (RN), ambos referência em cuidados de alta complexidade no estado, ao entrevistar os pacientes internados, Cavalcanti (2018) identificou que a especialidade cardiológica apresentou maior percentual de frequência com 42,1% (53) das internações, seguida pela clínica médica geral, com 13,5% (17) das internações.

Em relação aos dias de internamento (FIGURA 5), pode-se inferir que existem dois grupos: um cujo número de pacientes apresentava de 2 até 5 dias de internamento no momento da entrevista; e aqueles que durante a entrevista se encontravam com mais de 5 dias de internamento na UTI. O primeiro grupo apresentou média maior de pacientes com cerca de 64% (39), enquanto o segundo, cerca de 36% (22) do total de pacientes internados.

Figura 5 – Frequência do número de pacientes por dia de internamento – Petrolina (PE), 2021.



Valor de P para o Teste Qui quadrado < 0,05.
autor.

Fonte: Elaborado pelo

Quanto ao uso de terapia de substituição renal (hemodiálise), cerca de 91,80% (56) dos pacientes não estavam em tratamento dialítico no momento que o seu familiar estava sendo entrevistado, enquanto apenas 8,20% (5) estavam sob tal tratamento. Com relação ao uso de drogas vasoativas, aproximadamente 78,9% (48) não estavam utilizando tais substâncias no momento da entrevista, enquanto cerca de 21,31% (13) dependiam do uso para manter a estabilidade hemodinâmica. Por fim, em se tratando do uso de sedação, 80,33% (49) dos pacientes não estavam sedados no momento das entrevistas, enquanto que 19,67% (12) faziam uso de alguma sedação (TABELA 2).

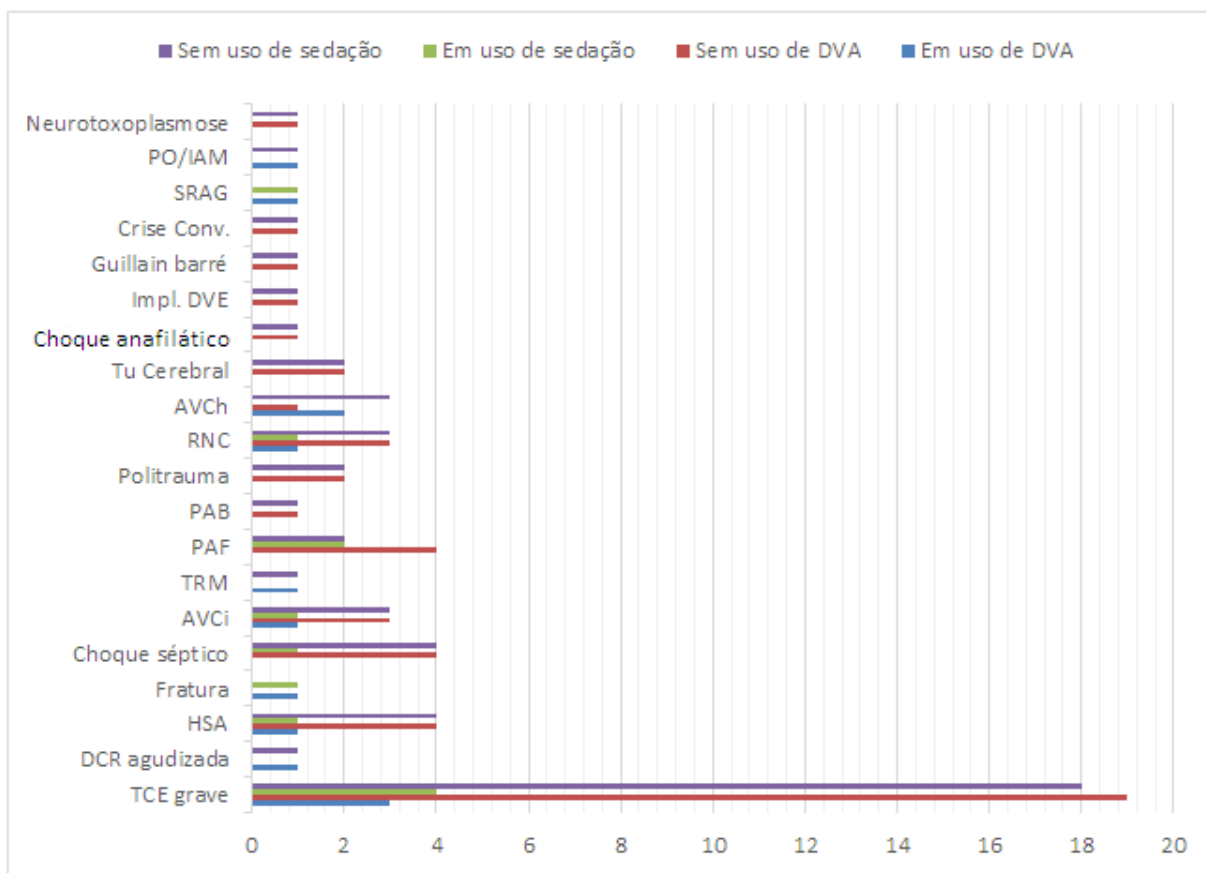
Tabela 2 – Perfil terapêutico dos pacientes no momento da entrevista – Petrolina (PE), 2021.

Variáveis	
Uso de terapia de substituição renal	
SIM	8,20% (5)
NÃO	91,80% (56)
Uso de droga vasoativa	
SIM	21,31% (13)
NÃO	78,69% (48)
Uso de sedação	
SIM	19,67% (12)
NÃO	80,33% (49)

Valor de P para o teste Qui quadrado < 0,05.

Dentre os 19 pacientes diagnosticados com TCE Grave, 3 estavam fazendo uso de DVA (droga vasoativa) e 4 foram sedadas. Os diagnosticados com Neurotoxoplasmose, Pós-operatório de IAM (infarto agudo do miocárdio), com Crise Convulsiva, Síndrome de Guillain Barré, Pós-operatório de Implante de DVE (Derivação Ventricular Externa), Choque anafilático, Tumor Cerebral, Politraumatizado e PAB (perfuração por arma branca) não estavam em uso de sedação e droga vasoativa no momento em que seus familiares foram entrevistados (FIGURA 6).

Figura 6 – Uso de sedação e droga vasoativa por diagnóstico dos pacientes no momento da entrevista – Petrolina (PE), 2021.

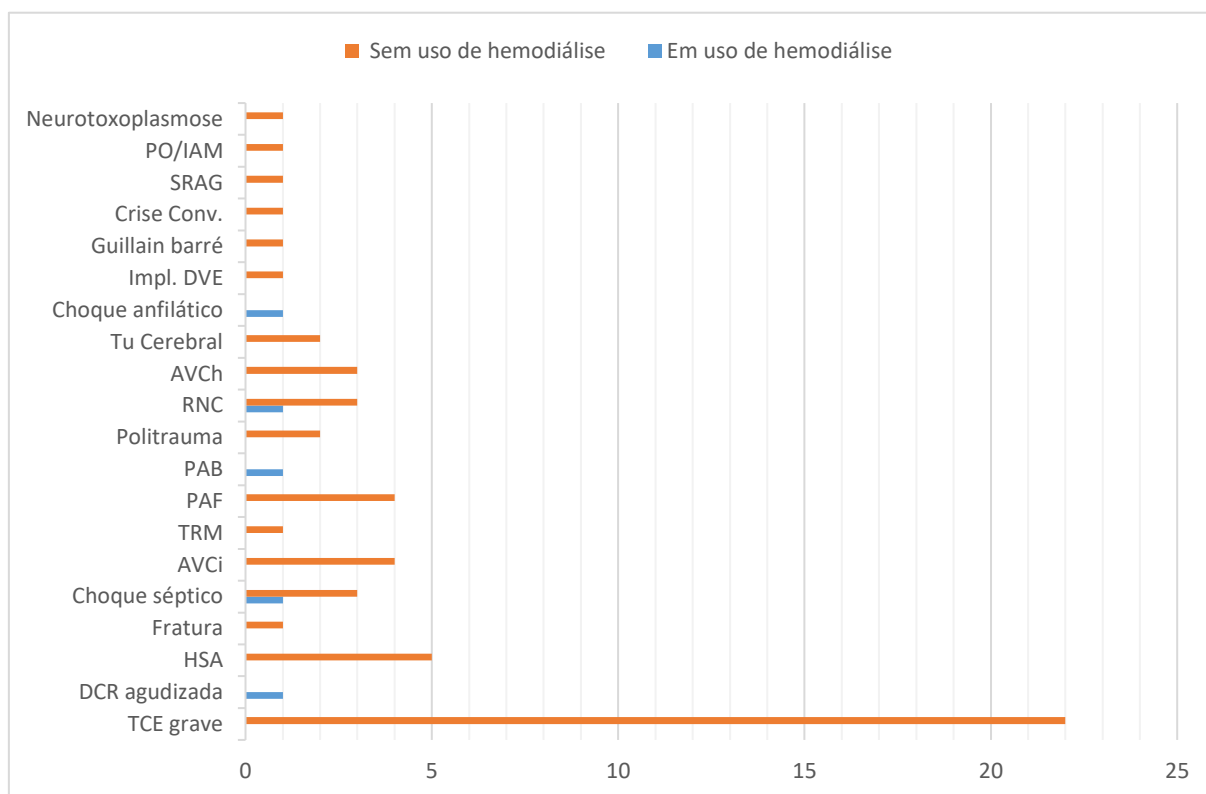


Valor de P para o teste Qui quadrado < 0,05.
autor.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto ao uso de terapia de substituição renal, um paciente diagnosticado com choque anafilático, um com RNC (rebaixamento do nível de consciência a esclarecer), um com PAB, um com Choque Séptico e um com DRC (doença renal crônica agudizada) faziam uso de hemodiálise no momento em que seus familiares eram entrevistados (FIGURA 7).

Figura 6- Uso de terapia de substituição renal por diagnóstico dos pacientes no momento da entrevista – Petrolina (PE), 2021.



Valor de P para o teste Qui quadrado < 0,05.
autor.

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2.2. Modos de enfrentamento: correlação linear

Buscou-se verificar em que medida a variação de respostas de cada fator avaliado pela EMEP é seguida de alteração proporcional nos demais fatores. Desta forma, para analisar a correlação dos quatro modos de enfrentamento entre si, medidos pela EMEP, foi utilizado o cálculo de coeficiente de correlação não paramétrico de Sperman, cujos resultados encontram-se descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos coeficientes de correlações lineares (Sperman) entre os fatores medidos pela EMEP – Petrolina (PE), 2021.

VARIÁVEIS TESTADAS	r	P	INTERPRETAÇÃO*
Fator 1 x Fator 2	0,23	0,07	Sem Correlação

Fator 1 x Fator 3	0,22	0,08	Sem Correlação
Fator 1 x Fator 4	0,32	0,01	Correlação Positiva
Fator 2 x Fator 3	0,20	0,12	Sem Correlação
Fator 2 x Fator 4	0,07	0,59	Sem Correlação
Fator 3 x Fator 4	0,22	0,33	Sem Correlação

*Variáveis correlacionadas: $p \leq 0,05$.

Os resultados mostram que os modos de enfrentamento *Focalizado no Problema* e *Focalizado no Suporte Social* apresentaram correlações positivas, ou seja, à medida que aumentou a intensidade de respostas de um dos dois fatores, a intensidade de resposta do outro também aumentou. Enquanto que os modos de enfrentamento *Focalizado na Emoção* e *Focalizado no Pensamento Religioso/Fantasiado* não apresentaram correlação estatisticamente significativa com os demais.

Apesar dos três modos de enfrentamento - Fator 1, Fator 2 e Fator 3 - exigirem apenas como resposta o contato do familiar consigo mesmo, essas maneiras de enfrentamento não apresentaram correlação significativa entre si.

A correlação significativamente positiva entre o Fator 1 (Focalizado no Problema) e o Fator 4 (Focalizado no Suporte Social) pode ser explicada pelo fato das entrevistas serem realizadas com os familiares e não com os próprios pacientes, uma vez que aqueles não podiam acompanhar o paciente internado dentro da UTI e com o passar do tempo tinham que procurar suportes como moradia, apoio de outros familiares e de outras instituições (como igrejas ou o serviço social do próprio hospital em questão), durante o período de internamento.

5. 2. 3. Modos de enfrentamento: médias, análise de variância e correlação linear

Os quatro modos de enfrentamento medidos pela EMEP também foram avaliados em função de suas médias e, posteriormente, comparados entre si,

em razão da diferença na intensidade de utilização. A Tabela 4 descreve as faixas médias dos escores obtidos dos quatro fatores abordados pela escala.

Tabela 4 – Médias de utilização dos modos de enfrentamento medidos pela EMEP – Petrolina (PE), 2021.

MODOS DE ENFRENTAMENTO	MÉDIA*	ERRO PADRÃO
Fator 1 – Focalizado no Problema	3,72	± 0,06
Fator 2 – Focalizado na Emoção	2,12	± 0,06
Fator 3 – Focalizado no Pensamento Religioso/Fantasioso	4,05	± 0,07
Fator 4 – Focalizado no Suporte Social	3,50	± 0,10

*Os valores podem variar entre 1 e 5.

Após realização do teste de Kolmogorov-Smirnov, que rejeitou a hipótese de normalidade somente do Fator 3 (adotando-se $p > 0,05$ para todos), foi realizada a Análise de Variância (ANOVA) com Medidas Repetidas, com o objetivo de compará-las simultaneamente, sendo constatado que os resultados obtidos através deste método indicaram diferença significativa ($p < 0,001$). Destarte, pelas técnicas adotadas, com relação à intensidade de utilização de modos de enfrentamento, observou-se: Fator 3 > Fator 1 > Fator 4 > Fator 2.

Então, de acordo com os resultados citados anteriormente, o modo de enfrentamento mais utilizado pelos participantes foi o relacionado ao Fator 3 (Focalizado no Pensamento Religioso/Fantasioso). Em seguida, vieram os modos de enfrentamento *Focalizado no Problema* (Fator 1) e *Focalizado no Suporte Social* (Fator 4), com intensidades similares. Por último, como estratégia de menor intensidade, esteve a relacionada com o modo de enfrentamento *Focalizado na Emoção* (Fator 2).

Para analisar a correlação dos quatro modos de enfrentamento, medidos pela EMEP com os dias de internamento, foi utilizado o cálculo de coeficiente de correlação não paramétrico de Spearman, cujos resultados encontram-se descritos nas Tabelas 5.

Tabela 5 – Distribuição dos coeficientes de correlações lineares (Sperman) entre os fatores medidos pela EMEP e os dias de internamento – Petrolina (PE), 2021.

VARIÁVEIS TESTADAS	r	P	INTERPRETAÇÃO*
fator 1 x dias de internamento	-0,03	0,82	sem correlação
fator 2 x dias de internamento	- 0,13	0,33	sem correlação
fator 3 x dias de internamento	- 0,01	0,90	sem correlação
fator 4 x dias de internamento	0,25	0,05	correlação positiva baixa

* Variáveis correlacionadas: $p \leq 0,05$.

Os modos de enfrentamento focados no problema, na emoção e no pensamento religioso/fantasiado apresentaram baixa correlação negativa com os dias de internamento, enquanto a estratégia focada no suporte social apresentou baixa correlação positiva, ou seja, quanto mais tempo o ente querido passasse internado, havia necessidade dos familiares aumentarem a busca por suporte social como forma de enfrentar o fator estressor.

5.2.4. Escala de Modos de Enfrentamento do Problema (EMEP)

Os itens que integram cada um dos quatro fatores mensurados pela EMEP serão analisados em função da intensidade com que foram utilizados pelos familiares dos pacientes internados, assim como os seus significados qualitativos.

5.2.4.1. Coping Focalizado no Problema

O *Coping* focalizado no problema diz respeito à estratégia de enfrentamento direto. A fim de que seja possível tal comportamento, é necessário que o indivíduo aceite e se aproxime da condição estressora.

Dos dezoito itens que fazem parte dos modos de enfrentamento *Focalizado no Problema*, onze se encontraram acima do limite superior do intervalo de confiança (TABELA 6), enquanto dois se encontraram dentro do intervalo (TABELA 7) e cinco encontraram-se abaixo do limite inferior do intervalo de confiança (TABELA 8).

Tabela 6 – Itens referentes ao *coping* focalizado no problema cujos escores obtidos encontraram-se acima do limite superior do intervalo de confiança – Petrolina (PE), 2021.

ITEM	MÉDIA
------	-------

10 - Eu insisto e luto pelo que eu quero	4,57
15 - Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	4,47
17 - Eu me concentro em uma coisa boa que pode vir desta situação	4,31
28 - Estou mudando, me tornando uma pessoa mais experiente	4,31
3 - Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	4,26
19 - Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	4,22
39 - Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	4,16
24 - Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	4,09
45 - Eu tento não fechar portas atrás de mim, tento deixar aberto várias saídas para o problema	4,03
33 - Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	3,93
16 - Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas da minha vida	3,86

Intervalo de confiança: 3.60 – 3,84.

Em relação aos itens cuja intensidade foi maior que o limite superior do intervalo de confiança, o item 10 – *Eu insisto e luto pelo que eu quero* -, que também foi o item de maior escore na tabela, indica comportamento de espírito de luta, de persistência na ação, sem possibilidade de se deixarem abater pela situação de internamento. A perseverança é um elemento importante no processo de enfrentamento, uma vez que o internamento em ambiente de unidade de tratamento intensivo submete tanto os familiares quanto os pacientes a variados graus de sofrimento psíquico.

Em seguida, o item 15 – *Tento ser uma pessoa mais forte e otimista* - está intimamente relacionado com o item anterior, caracterizando comportamento de positividade frente às situações estressoras desencadeadas pelo diagnóstico e pelo processo de internação no ambiente da UTI. Os altos escores dessas respostas indicam que os familiares adotam pensamento positivo e de luta com vistas a se tornarem mais preparados para enfrentar as situações de adversidades.

Os itens 17 - *Eu me concentro em uma coisa boa que pode vir desta situação* - e 3 - *Eu me concentro nas coisas boas da minha vida* - indicam postura de manutenção do pensamento positivo. Os altos escores destes itens em relação à média dos fatores deixa claro a estratégia por parte dos familiares em não se deixarem desviar do foco de manter-se fortes, uma vez que tal

comportamento se mostra mais eficaz do que uma atitude pessimista diante da situação.

Os escores acima da média dos itens 28 - *Estou mudando, me tornando uma pessoa mais experiente* - e 39 - *Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela* - indicam que os familiares procuram adotar postura de maior flexibilidade para enfrentar o problema de ter um ente querido internado na UTI. O item 19 - *Aceito a simpatia e a compreensão de alguém* - refere-se a aceitação de suporte emocional, caso esteja sendo oferecido. É importante destacar que tal afirmação não indica a busca ativa deste suporte por parte do familiar, mas a simples aceitação quando disponível.

O item 24 - *Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido* - refere-se ao fato dos familiares apresentarem aparente domínio da situação, o que proporciona melhor enfrentamento do problema. É como se o participante soubesse o que deveria ser feito e entendesse que as chances de sucesso do enfrentamento dependiam dele mesmo. Já, o item 45 - *Eu tento não fechar portas atrás de mim, tento deixar aberto várias saídas para o problema* - deixa claro a postura aberta às novas alternativas de enfrentamento que possam surgir. É a confiança de que a condição de saúde do ente querido possa ser melhorada a qualquer momento, devido ao tratamento recebido, como ficou claro em algumas falas.

Com relação ao item 33 - *Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo* -, ficou evidente a característica ativa do comportamento de alguns familiares diante do processo de internamento. Já, o item 16 - *Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas da minha vida* - refere-se à tentativa de manutenção do auto-controle, visto como ferramenta necessária para manter o foco no espírito de luta.

Em estudo descritivo, quantitativo e correlacional para identificar o *Coping* e sua relação com sintomas do TEPT (Transtorno do Estresse Pós-Traumático) com 77 familiares de pacientes internados e uma UTI, Petrinec *et al.* (2019) constataram que o *Coping* focado no problema foi o mais utilizado, seguido do

focado na emoção. O *Coping* evitativo foi o único que teve relação significativa com o TEPT.

Utilizando instrumentos diferentes do estudo citado no parágrafo anterior, Martin e Petrinc (2017), em análise quantitativa e correlacional para também examinar a relação entre o *Coping* e os sintomas de TEPT em 48 familiares, identificaram o enfrentamento focado no problema como estratégia mais utilizada, seguida de estratégias focadas na emoção.

Tabela 7 – Itens referentes ao *coping* focalizado no problema cujos escores obtidos encontraram-se dentro do intervalo de confiança – Petrolina (PE), 2021.

ITEM	MÉDIA
40 – Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	3,75
1 - Eu levo em conta o lado positivo das coisas	3,80

Intervalo de confiança: 3.60 – 3,84.

Descrevendo os itens referentes ao *Coping Focalizado no Problema*, cujos escores encontraram-se dentro do intervalo de confiança da faixa média do Fator 1, o item 40 – *Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui* - refere-se ao comportamento de autocontrole como forma de manter o foco no enfrentamento positivo. Apesar dos acontecimentos, o familiar prioriza o quanto já conseguiu evoluir em relação ao enfrentamento desde que a situação estressora teve início.

O item 1 – *Eu levo em conta o lado positivo das coisas* - indica o foco dos familiares no pensamento positivo, a fim de se tornarem mais preparados para enfrentar as situações de adversidades, como citado anteriormente, nos itens que apresentaram escores acima do intervalo de confiança das médias do fator em questão.

Tabela 8 – Itens referentes ao *coping* focalizado no problema cujos escores obtidos encontraram-se abaixo do limite inferior do intervalo de confiança – Petrolina (PE), 2021.

ITEM	MÉDIA
36 - Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de casa vez	3,55
42 - Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	3,54
14 - Encontro diferentes soluções para o meu problema	3,31
32 - Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia	3,47
30 - Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	2,85

Intervalo de confiança: 3.60 – 3,84.

Quanto aos itens referentes ao *Coping Focalizado no Problema*, cujos escores encontraram-se abaixo do limite inferior do intervalo de confiança da faixa média do Fator 1, o 36 (Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez), o 42 (Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo) e o 32 (Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha própria ideia) estão relacionados à maneira de planejar, demonstrando autocontrole.

O item 14 – *Encontro diferentes soluções para o meu problema* - relaciona-se com a postura ativa e de flexibilidade, como já relatado em outros itens que apresentaram escores maiores do que este. Em relação ao item 30 – *Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores*, é notada postura de minimização diante das circunstâncias. O baixo escore deste item pode ser explicado pelo fato de que, para se adotar tal comportamento, é necessário que o familiar negue, pelo menos em partes, a situação pela qual está passando, o que não foi evidenciado na maiorias das entrevistas.

5.2.4.2. Coping Focalizado na Emoção

O grupo de estratégias identificado como o de menor intensidade empregado pelos familiares dos pacientes internados foi o do Fator 2 (*Coping Focalizado na Emoção*). São comportamentos que indicam experiências de negação e culpa, o que desencadeia respostas de esquiva diante do problema. Dos quinze itens que avaliam essas atitudes, cinco obtiveram escores acima do limite superior do intervalo de confiança (TABELA 9), quatro apresentaram escores dentro do intervalo de confiança (TABELA 10) e seis obtiveram escores abaixo do limite inferior do intervalo de confiança (TABELA 11).

Tabela 9 - Itens referentes ao *coping* focalizado na emoção cujos escores obtidos encontraram-se acima do limite superior do intervalo de confiança – Petrolina (PE), 2021.

ITEM	MÉDIA
35 - Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	3,49
18 - Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	2,77
23 - Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	2,77
12 - Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	2,49
2 - Eu me culpo	2,29

Intervalo de confiança: 1,98 – 2,25.

Em relação aos itens referentes ao *Coping* Focalizado na Emoção (TABELA 9), que apresentaram escores acima do limite superior do intervalo de confiança, o item 35 – *Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer* - indica pensamentos fantasiosos a respeito de como as coisas poderiam acontecer durante o processo de internamento. Traduz a expectativas que os familiares criaram ao imaginar o que poderia acontecer de grave ou de evolução positiva durante o internamento de seus entes queridos.

O item 18 - *Eu desejaria mudar o modo como me sinto* - traduz a sensação de desconforto em que os familiares estavam sendo submetidos e a consequente vontade de sair daquela situação. Já, os itens 23 (Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema), 12 (Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer) e 2 (Eu me culpo), enfatizam o sentimento de culpa que alguns familiares vivenciavam. Muitas vezes, estes sentimentos eram devido ao fato dos familiares se sentirem impotentes frente à situação ou devido ao confronto de suas próprias ideias, no sentido de buscar a melhor forma de enfrentar o agente estressor.

Em estudo quantitativo e transversal para avaliar a relação da ansiedade com o *Coping* em 127 familiares de pacientes internados em UTI, Absalan *et al.* (2017) concluíram que a estratégia de enfrentamento mais utilizada entre os participantes foi a focada na emoção, seguida de estratégias focadas no problema.

Em estudo quantitativo e correlacional para avaliar o estresse pós-traumático dependendo do *Coping*, utilizado em 82 familiares de pacientes de uma UTI neonatal, Aftyka *et al.* (2020) identificaram que os pais utilizaram *Coping* de apoio emocional e reavaliação positiva; e as mães, o apoio emocional, o enfrentamento religioso e a resolução de problemas como estratégias de enfrentamento.

Tabela 10 – Itens referentes ao *coping* focalizado na emoção cujos escores obtidos encontraram-se dentro do intervalo de confiança – Petrolina (PE), 2021.

ITEM	MÉDIA
37 - Descubro quem mais é ou foi responsável pelo problema	2,18
11 - Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	2,08
20 - Demonstro raiva para as pessoa que causaram o problema	2,03
25 - Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	2,03

Intervalo de confiança: 1,98 – 2,25.

Dentre os itens que se agrupam no *Coping* Focalizado na Emoção, cujos escores encontraram-se dentro do intervalo de conficança, o 37 - *Descubro quem mais é ou foi responsável pelo problema* -, demonstra que os familiares em alguns momentos tentaram identificar um culpado ou transferir a culpa do ocorrido para alguém. Esse comportamento, evidente em algumas entrevistas, depende muitas vezes do motivo pelo qual o paciente foi internado, como a causa do internamento ser devido a algum acidente automobilístico ou por violência física.

O item 11 - Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo - exprime a negação do fato, como comportamento de esquiva diante da situação estressora. Já, os itens 20 (Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema) e 25 (Eu acho que as pessoas foram injustas comigo) refletem fatores que fizeram com que os familiares perdessem o foco no autocontrole e, em alguns casos, buscassem transferência de culpa para alguém.

Tabela 11 – Itens referentes ao *coping* focalizado na emoção cujos escores obtidos encontraram-se abaixo do limite inferior do intervalo de confiança – Petrolina (PE), 2021.

ITEM	MÉDIA
22 - Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	1,85
34 - Procuo me afastar das pessoas em geral	1,73
38 - Penso em coisas fantásticas o irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem se sentir melhor	1,68
5 - Procuo um culpado para a situação	1,64
29 - Eu culpo os outros	1,42
13 - Desconto em outras pessoas	1,32

Intervalo de confiança: 1,98 – 2,25.

Com relação aos itens referentes ao Coping Focalizado na Emoção, cujos escores obtidos encontraram-se abaixo do limite inferior do intervalo de confiança, o 22 (Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim) diz respeito a postura de culpa assumida por parte dos familiares. Trata-se do familiar, em alguns casos, ter a noção de que o problema pode ter sido ocasionado por conta própria. No item 34 - Procuo me afastar das pessoas em geral -, percebe-se a adoção de uma atitude de afastamento do contato social.

Com relação ao item 38 [Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem se sentir melhor], pode-se inferir, através das entrevistas, que alguns familiares buscavam alternativas imaginárias diante da necessidade de se enfrentar o fator estressor. Porém, como depreendeu-se através dos relatos das entrevistas, nenhum familiar expressou a vingança como estratégia de enfrentamento da situação.

Em se tratando dos itens 5 (Procuo um culpado para a situação), 29 (Eu culpo os outros) e 13 (Desconto em outras pessoas), ficou perceptível a necessidade de extravasamento por parte de alguns familiares. Tratava-se de uma válvula de escape a procura de culpado ou o confronto com alguém a quem pudesse ser imputada a culpa.

5.2.4.3. Coping Focalizado no Pensamento Fantasiado/Religioso

As estratégias que apresentaram maior intensidade de utilização foram as referentes ao *Coping* Focalizado no Pensamento Fantasiado/Religioso. Dos

itens que fazem parte deste grupo, quatro encontraram-se acima do limite superior do intervalo de confiança (TABELA 12), nenhum item foi encontrado dentro do intervalo de confiança e três localizaram-se abaixo do limite inferior do intervalo de confiança (TABELA 13).

Tabela 12 – Itens referentes ao *coping* focalizado no pensamento fantasioso/religioso cujos escores obtidos encontraram-se acima do intervalo de confiança – Petrolina (PE), 2021.

ITEM	MÉDIA
44 - Eu me apego a minha fé para superar esta situação	4,73
06 - Espero que um milagre aconteça	4,62
08 – Eu rezo/oro	4,57
26 – Eu sonho e imagino um tempo melhor do que aquele em que estou	4,36

Intervalo de confiança: 3,91 – 4,18.

Os itens referentes ao *Coping* Focalizado no Pensamento Fantasioso/Religioso, cujos escores obtidos encontraram-se acima do intervalo de confiança (TABELA 12), como o 44 (Eu me apego a minha fé para superar esta situação), 06 (Espero que um milagre aconteça) e 08 (Eu rezo/oro), apresentaram as maiores intensidades de utilização, revelando que a maioria dos familiares utilizaram a fé como ponte ao enfrentamento do fator estressor. O item 26 (Eu sonho e imagino um tempo melhor do que aquele em que estou) apoia-se na fantasia, na imaginação como recurso utilizado para superar a adversidade.

Brelsford *et al.* (2016), em estudo descritivo, quantitativo e transversal para avaliar o *Coping* religioso com 52 pais de bebês internados em UTI neonatal, identificaram que o enfrentamento religioso negativo estava relacionado ao maior uso da negação por parte dos pais. Já, no estudo de Pollo *et al.* (2019), de cunho exploratório, quantitativo e transversal para também avaliar o *Coping* religioso em 166 familiares de pacientes internados em UTI adulta e pediátrica, prevaleceu o uso de *Coping* religioso positivo durante a internação, tanto na UTI adulta quanto na pediátrica.

Tabela 13 – Itens referentes ao *coping* focalizado no pensamento fantasioso/religioso cujos escores obtidos encontraram-se abaixo do limite inferior do intervalo de confiança – Petrolina (PE), 2021.

ITEM	MÉDIA
21 – Pratico mais a religião desde que tenho este problema	3,67
41 – Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	3,55
27 – Tento esquecer o problema todo	2,83

Intervalo de confiança: 3,91 – 4,18.

Com relação aos itens referentes ao *Coping* Focalizado no Pensamento Fantasioso/Religioso, cujos escores obtidos encontraram-se abaixo do intervalo de confiança, o 21 (Pratico mais a religião desde que tenho este problema) também refere-se ao fato dos familiares recorrerem ao suporte da fé diante do fator estressante ocasionado pelo internamento de seus entes queridos. O item 41 (Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo) situa-se dentro dos pensamentos fantasiosos.

Quanto ao item 27 (Tento esquecer o problema todo), que apresentou o menor valor dentre os itens de maior intensidade, retrata o comportamento de evitação adotado pelos familiares. Refere-se à estratégia de não tocar no assunto como função protetora, evitando a negatividade e o desgaste mental.

5.2.4.4. *Coping* Focalizado no Suporte Social

As estratégias que englobam o *Coping* Focalizado no Suporte Social apresentaram o terceiro maior nível de intensidade. São comportamentos assumidos pelos familiares que se caracterizam pela busca de suporte de instituições, serviços e também de outras pessoas. Essa categoria apresentou um item cujo escore obtido encontrou-se acima do limite superior do intervalo de confiança (TABELA 14); três itens que apresentaram escores situados dentro do limite de confiança (TABELA 15); e um item com escore situado abaixo do limite inferior do intervalo de confiança (TABELA 16).

Tabela 14 – Item referente ao *coping* focalizado no suporte social cujo escore obtido encontrou-se acima do limite superior do intervalo de confiança – Petrolina (PE), 2021.

ITEM	MÉDIA
43 - Converso com alguém para obter informações sobre a situação	3,86

Intervalo de confiança: 3,30 – 3,69.

O item 43 - *Converso com alguém para obter informações sobre a situação* -, que apresentou escore acima do limite superior do intervalo de confiança (TABELA 14), indica que alguns familiares se utilizaram da busca de informação sobre a situação de saúde do ente querido como estratégia de enfrentamento. Trata-se da comunicação efetiva entre a equipe de saúde e os familiares que proporciona grau relativo de satisfação mesmo que o prognóstico não seja tão satisfatório.

Em um trabalho realizado com 126 sujeitos em dois hospitais, cujo objetivo foi a investigação do apoio social percebido e as estratégias de enfrentamento pelos pacientes adultos na UTI, Cavalcanti (2018) concluiu que os comportamentos mais utilizados foram focados no pensamento religioso/fantástico com percepção de apoio social acima da média, evidenciando a dimensão de apoio afetivo como maior escore pelos indivíduos.

Dentre os itens referentes ao *Coping* Focalizado no suporte social com escores dentro do intervalo de confiança (TABELA 15), o 09 (Converso com alguém sobre como estou me sentindo) e o 07 (Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeito), referem-se à busca de suporte de outras pessoas (apoio emocional). Já, o item 31 (Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema) foi respondido com o significado de busca de informação por parte dos familiares com os profissionais da equipe que estavam assistindo o paciente.

Tabela 15 - Itens referentes ao *coping* focalizado no suporte social cujos escores obtidos encontraram-se dentro do intervalo de confiança – Petrolina (PE), 2021.

ITEM	MÉDIA
09 – Converso com alguém sobre como estou me sentindo	3,60
07 - Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeito	3,54

31 - Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	3,39
--	------

Intervalo de confiança: 3,30 – 3,69.

Por fim, o item 04 - *Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo* -, cujo escore obtido encontrou-se abaixo do limite inferior do intervalo de confiança (TABELA 16), diz respeito a uma atitude de introspecção diante do fato estressor, ou seja, o familiar em algum momento rejeita o suporte emocional que poderia receber.

Tabela 16 – Item referente ao *coping* focalizado no suporte social cujo escore obtido encontrou-se abaixo do limite inferior do intervalo de confiança – Petrolina (PE), 2021.

ITEM	MÉDIA
04 - Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo	3,09

Intervalo de confiança: 3,30 – 3,69.

6. CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo possibilitou a sensibilização em relação a conceitos importantes na prática de saúde como a integralidade e humanização do cuidado prestado na unidade de terapia intensiva. Tais conceitos são fundamentais na assistência à saúde e que, em muitas vezes, não se fazem presentes em ambientes frequentemente caracterizados pela impessoalidade e alta densidade de recursos tecnológicos.

O conhecimento dos familiares a respeito das condições de saúde e da doença de seus entes queridos estava relacionado à eficiência da comunicação que é prestada pela equipe de saúde durante as visitas e passagens de boletim médico. A atuação de profissionais das áreas de serviço social e psicologia foi identificada como fundamental para intermediação entre a equipe de saúde da unidade de terapia intensiva e os familiares.

O apoio familiar se caracterizou como a principal rede de suporte aos familiares que se depararam com o fato de ter um parente internado na UTI. A espiritualidade também foi descrita como recurso utilizado para ajudar no enfrentamento da situação. Assim, ficou evidente que as estratégias de enfrentamento focalizado no pensamento fantasioso/religioso foram as mais utilizadas pelos familiares dos pacientes internados na unidade de terapia.

Apesar do processo de internamento ser visto como experiência de sofrimento, a transferência dos pacientes para a UTI foi vista não só como a melhor escolha possível naquele momento, mas também como uma decisão que causava grande aflição aos familiares.

Desse modo, a família também deve ser inserida no processo de cuidado na UTI, tanto na elaboração de protocolos assistenciais que orientem a prática profissional, quanto através de políticas institucionais que contemplem as famílias, uma vez que o envolvimento na rotina de cuidados pode reduzir os níveis de ansiedade e aumentar o grau de satisfação e aceitação por parte do familiar, mesmo que as perspectivas não sejam as melhores possíveis.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou os objetivos propostos, contribuindo de forma clara ao entendimento dos modos de enfrentamento que os familiares de pacientes internados na UTI mais utilizam. A maior intensidade de utilização de estratégias focalizadas nos pensamentos religiosos/fantásticos, seguida da utilização de estratégias focalizadas no problema, evidencia a esperança de melhora em relação ao quadro clínico dos pacientes.

Nos últimos anos, tem crescido o interesse pelas experiências no processo de internação vivenciadas pelos familiares. O desenvolvimento de políticas públicas e institucionais voltadas para a prática de humanização nas UTIs também é bastante discutido, o que contribui para a prestação da assistência integral e mais personificada ao paciente e sua família.

Apesar dos avanços e da sensibilização por parte dos atores envolvidos no processo de cuidar, o que se identifica na prática é que a internação na Unidade de Terapia Intensiva ainda se traduz em desafios tanto para os pacientes quanto para os familiares e a equipe de saúde. Experiências marcadas não só pela angústia com as incertezas do internamento e sofrimento, mas também esperança no tratamento pelo fato da UTI proporcionar um atendimento mais especializado são pensamentos recorrentes para os familiares.

É importante salientar que a forma como cada familiar vivencia o processo de internação de seu ente querido é afetado por inúmeras variáveis, como tempo destinado ao horário de visita, dificuldades financeiras, de deslocamento, disponibilidade de informações, fatores relacionados à família (origens sociais, culturais e religiosas), fatores relacionados ao paciente (gravidade da doença e histórico de internação prévia) e fatores relacionados à infraestrutura hospitalar que tornam o processo de análise complexo. As relações entre equipe de saúde, ambiente e família precisam estar bem definidas e alinhadas para que o enfrentamento do fator estressor se dê de forma menos traumática possível.

A equipe de saúde precisa conhecer quais estratégias de enfrentamento os familiares estão fazendo uso. Desta forma, é possível tornar o atendimento mais personalizado, possibilitando que as dificuldades encontradas no ambiente

hospitalar sejam superadas da melhor forma possível. O processo de adoecimento e internação, por si só, se constitui como fator estressante. Entretanto, é necessário que a equipe profissional esteja sensibilizada quanto ao conceito do binômio paciente-família, com vistas a reduzir os efeitos deletérios de tal experiência.

Ao descrever o perfil socioeconômico e clínico dos familiares e pacientes internados, o estudo em questão evidenciou que a população do sexo feminino predominou na composição dos familiares. Também foi possível expor a fragilidade e necessidades dos indivíduos atendidos e identificar qual demanda é mais prevalente em relação aos serviços prestados pela UTI. Destarte, será possível traçar políticas institucionais que vão direcionar as ações e serviços de saúde de forma mais eficaz.

Conhecer como a família vivencia o processo de internamento dos seus entes queridos na UTI através das estratégias de enfrentamento utilizadas também permite maior desenvolvimento da prática profissional e pessoal de quem tem como ofício a prática de assistência à saúde. Trata-se da construção de visão e atitudes holísticas diante das necessidades de saúde dos usuários o que proporciona um atendimento integralizado.

Grande parte da coleta de dados foi realizada durante a pandemia provocada por uma nova variante do coronavírus, o SARS-Covid 19, que teve início no ano de 2020. O enfrentamento dos familiares foi seriamente influenciado por tal episódio, uma vez que, durante a pandemia e com isolamento social, as visitas foram suspensas e o boletim médico era repassado através de chamadas telefônicas. Com isto, uma das maiores dificuldades relatadas durante a entrevista foi justamente o fato de não haver visita, porém os familiares entenderam que a causa era plenamente justificável.

REFERÊNCIAS

- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2015. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 09 de maio de 2019.
- ABSALN, A.; RAHNAMA, M.; SHAHDADI, H.; BAGHERI, S.; MOGHADAM, M.P. (2017). The Relationship between Anxiety and Coping Strategies in Family Caregivers of Patients with Trauma. **Journal of clinical and diagnostic research: JCDR**, v. 11, n. 4, p.06–09, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28571166/>> Acesso em 08 de agosto de 2021.
- AFTYKA, A.; ROZALSKA, J.; MILANOWSKA, I. Is post-traumatic growth possible in the parents of formes patients of neonatal intensive care units? **Annals of agricultural and environmental medicine**, v. 27, n. 1, p. 106-112, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32208588/>> Acesso em 08 de agosto de 2021.
- ALCÂNTARA, Luciana da Silva; SANT'ANNA, Joana Lezan; SOUZA, Maria da Glória Nascimento de. Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo Oncológico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p. 2507-2514, 2013.
- AL-MUTAIR, A.S.; PLUMMER, V.; O'BRIAN, A.P.; CLEREHAN, R. Attitudes of healthcare providers towards family involvement and presence in adult critical care units in Saudi Arabia: A qualitative study. **J. Clin. Nurs**. v. 23, n. 5-6, p. 744-755, 2013.
- AMARAL, L. F. P.; CALEGARI, T. Humanização da assistência de enfermagem à família na unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 01-09, 2016.
- ANDERSON, W.G; ARNOLD, R.M.; ANGUS, D.C.; BRYCE, C.L. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. **J. Gen. Intern. Med**, v. 23, n. 11, p. 1871-1876, 2008.
- ANDRADE, A. P.; SOUSA, D. A. C. M.; ARCANJO, H. S.; GONÇALVES, K. G.; FELIX, T. A.; DIAS, R. A. Vivência de acompanhantes e enfermeiros no cuidado de pacientes críticos. **Rev. Nursing**, v. 20, n. 234, p. 1928-1931, 2017.
- Aristóteles. *Política*. 5ª edição. São Paulo: Martin Claret; 2010.
- ARONSON, P. L.; YAU, J; HELFER, M. A.; MORRISON, W. Impacto of Family Presence During Pediatric Intensive Care Unit Rounds on the Family and Medical Team. **Pediatrics**, v. 124, n. 4, p. 1119-1125, 2009.
- ASSIS, C.L; VITÓRIA, A.L. Vivências e estratégias de enfrentamento em

acompanhantes de familiar hospitalizado em uma unidade hospitalar do município

de cacaoal-RO. **Aletheia**, v. 46, p. 16-33, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942015000100003> . Acesso em 27 de julho de 2021.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2010.

BARTH, A. A.; WEIGEL, B. D.; DUMMER, D. C.; MACHADO, K. C; TISOTT, T. M. Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 28, n. 3, p. 323-329, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 895/2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave e dá outras atribuições**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1071/2005. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1071_04_07_2005.htm!. Acesso em: 26 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2338/2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências**. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 7 da ANVISA, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização**. 2013. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/index.php>>. Acesso em: 3 de maio de 2018.

BRELSFORD, G.M.; RAMIREZ, J.; VENEMAN, K.; DOHENY, K.K. Sacred Spaces: Religious and Secular Coping and Family Relationships in the Neonatal Intensive Care Unit. **Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses**, v. 16, n. 4, p. 315-322, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27391569/>>. Acesso em 8 de agosto de 2021.

BROWN, S.M.; ROZENBLUM, R.; ABOUMATAR, H. FAGAN, M.B.; MILIC, M.; SARNOFF L.B.; TURNER, K.; FROSCH, D.L. Defining patient and Family engagement in the intensive care unit. **Am. J. Respir. Crit. Care Med**, v. 191, n. 3, p. 358-360, 2015.

CAMPONOGARA, S.; SANTOS, T. M.; RODRIGUES, I. L.; AMARO, D. A. S.; WINDERLINCH, M. M. B. T. Percepções e necessidades dos familiares de pacientes internados em uma unidade cardiológica intensiva. **Rev. Min. Enferm.** v. 20, p. 01-08, 2016.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

Cavacanti, Alessandra do Nascimento. **Estratégias de enfrentamento e apoio social e pacientes adultos em unidade de terapia intensiva**. 2018. 119 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação e Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – RN, 2018.

COHEN, S. Social relationships and health. **American Psychologist**. v. 59, n. 8, p. 676–684, 2004

COSMO, M.; MORSCH, D.; GOIABEIRA, F.; GENARO, L.; & ARAGÃO, P. O Paciente em Unidade de Terapia Intensiva - Critérios e Rotinas de Atendimento Psicológico. In K. KITAJIMA, F. SABOYA, J. MARCA, & M. COSMO. **Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva – Critérios e Rotinas de Atendimento**. 1ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2014. p. 1-21.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Mayla_Cosmo_Monteiro2/publication/316857741_Psicologia_em_Unidade_de_Terapia_Intensiva_criterios_e_rotinas_de_atendimento/links/59146bb7aca27200fe4e7917/Psicologia-em-Unidade-de-Terapia-Intensiva-criterios-e-rotinas-de-atendimento.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2019.

DA SILVA, É. D.; VASCONCELOS, E. V.; FREITAS, K. O.; BAIA, R. S. M.; ARAÚJO, J. S.; TAVARES, R. S.; COSTA, J. L. O cotidiano de familiares de pacientes internados na uti: um estudo com as representações sociais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4313-4327, 2016.

DAVIDSON, J.E.; JONES, C.; BIENVENU, O.J. Family response to critical illness. **Critical Care Medicine**, v. 40, n. 2, p. 618-624, 2012.

DAVIDSON, J.E.; POWERS, K.; MEDAYAT, K.M.; KON, A.A.; SHEPARD, E.; SPUHLER, V.; TODRES, I.D.; LEVY, M.; BARR, J.; GHANDI, R.; HIRSCH, G.; ARMSTRONG, D. Clinical practice guidelines for support of the Family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. **Crit. Care Med.** v. 35, n. 2, p. 605-622, 2007.

DEVLIN, J.W.; SKROBIK, Y.; GELINAS, C. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. **Crit. Care Med.** v. 46, p. 825-873, 2018.

Disponível em:

https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2018/09000/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Prevention.29.aspx. Acesso em 11 de agosto de 2021.

DIAS, E.N.; PAIS-RIBEIRO, J.L. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. **Revista Psicologia e Saúde**, v.11, n. 2, p. 55-66, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>>. Acesso em 26 de julho de 2021.

EBSERH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares [on line]. Disponível em: <www.ebserh.gov.br>. Acessado em 02 de maio de 2018.

FERRANDO, P.; GOULD, D. W.; WALMSLEY, E.; RICHARDS-BELLE, A.; SAUNDERS, S.; HARRISON, D. A.; HARVEY, S.; HEYLAND, D. K.; HINTON, L.; MCCOLL, E.; RICHARDSON, A.; RICHARDSON, M.; WRIGHT, S. E.; ROWAN, K. M. FAMILY SATISFACTION WITH CRITICAL CARE IN THE UK: MULTICENTRE COHORT STUDY. **BMJ Open**. v. 9, ed. 8, p. 1-10, 2019.

FERREIRA, P. D.; MENDES, T. N. Família em UTI: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. **Rev. SBPH**, v.16, n.1, p. 88-112, 2013.

FOLKMAN, R.S.; LAZARUS, S. **Stress, appraisal, and coping**. 1.ed. New York: Springer Publishing Company, 1984.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 24 n. 1, p. 17-27, 2008.

FRIZON, G.; NASCIMENTO, E. R. P.; BERTONCELLO, K. C. G.; MARTINS, J.J. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 72-78, 2011.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, p. 41-42, 2002.

GIMENES, M. G. G.; QUEIROZ, B. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: GIMENES, M. G. G.; FÁVERO, M. H. (Orgs). **A mulher e o câncer**. Campinas: Editorial Psy, 1997. p. 171-195.

HAMMOND, F. Involving families in care within th intensive care environment: A descriptive survey. **Intensive Crit. Care Nurs**. v. 11, n. 5, p. 256-264, 1995.

HICKMAN, R.; DOUGLAS, S. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. **AACN Adv. Crit. Care**. v. 21, n. 1 p. 80-90, 2010.

HICKMAN, R.; HETLAND B.; MCANDREW, N.; PERAZZO J. A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 44, p.67-75, 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Disponível em: <<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/KtbxLvHDjbsxShLInpRmzpKhCbFdhXxPVB?projector=1&messagePartId=0.2>>. Acesso em 09 de agosto de 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em 09 de agosto de 2021.

Institute for Patient - and Family - Centered Care. Better Together: Partnering with Families. Disponível em: <http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>. Acesso em: 01 de junho de 2019.

IVERSON, E.; CELIOUS, A.; KENNEDY, C. R.; SHEHANE, E.; EASTMAN, A.; WARREN, V.; FREEMAN, B. D. Factors affecting stress experienced by surrogate decision makers for critically ill patients: Implications for nursing practice. **Intensive and Critical Care Nursing**. v. 30, n. 2, p. 77-85, 2014.

JOHNSON, C.C.; SUCHYTA, M.R.; DAROWSKI, E.S.; COLLAR, E.M.; KIEHL, A.LL.; VAN, J.; JACKSON, J.C.; HOPKINS, R.O. (2019) Psychological sequelae in family caregivers of critically ill intensive care unit patients. A systematic review. *Ann Am Thorac Soc*, v. 16, p. 894–909, 2019. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/10.1513/AnnalsATS.201808-540SR?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&> . Acesso em 09 de agosto de 2021.

LEITE, M. T.; SCHONS, V. F.; SILVA, L. A. A.; MULLER, L. A.; PINNO, C.; HILDEBRANDT, L.M. A hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.** v. 20, n. 2, p.535-549, 2015.

LEE, W. H.; PARK, Y.; JANG, E. J.; LEE, Y. J. Intensive care unit length of stay is reduced by protocolized family support intervention: a systematic review and meta-analysis. **Intensive Care Med**. v. 45, n. 8, p. 1072-1081, 2019.

LIMA, F. A.; AMAZONAS, M. C. L.; BARRETO, C. L. B. T.; MENEZES, W. N. Sons and daughters with a parent hospitalized in an Intensive Care Unit. **Estud. psicol.**, v.30, n.2, p.199-209, 2013.

LUSTOSA, M. A. A família do paciente internado. **Rev. SBPH**, v. 10, n. 1, p. 3-8, 2007.

MARTIN, B.R.; PETRINEC, A.B. (2017) Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. **Palliat Support Care**, v. 16, n. 6, p. 719-724. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1017/S1478951517001043>> Acesso em: 08 de agosto de 2021.

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

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, p. 22-27, 2001.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MITCHELL, M. CHABOYER, W. BURMEISTER, E. FOSTER, M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care. **Am. J. Crit. Care**. v. 18, n. 6, p. 543-553, 2009.

MONTEIRO, Mayla cosmo; MAGALHAES, Andrea Seixas; MACHADO, Rebeca Nonato. A Morte em Cena na UTI: A família Diante da Terminalidade. **Trends Psychol**. Ribeirão Preto, v.25, n.3, p. 1285-1299, 2017.

NIDAHL, P.; KUZMA, J. Tagebücher für kritisch kranke Patienten. **Med Klin Intensivmed Notfmed**, v. 116, p. 210–215, 2021. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-021-00801-8>>. Acesso em 30 de julho de 2021.

OLIVEIRA, E. S. F.; BARROS, N. F.; SOUZA, D.C.D.B.N. **Metodologia qualitativa em diferentes cenários: saúde e educação**. 2018. Disponível em: <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/KtbxLxGkNczwrKhfjbSQmNdzKccsgHlkWL?projector=1&messagePartId=0.1>. Acesso em: 23 de janeiro de 2021.

OLIVEIRA, R. F.; WADIE, W. C. A. Opinião de familiares do paciente internado na unidade de terapia intensiva adulto sobre as orientações do enfermeiro. **Rev. Hosp. Univers**. São Luís, v. 9, n. 2, p. 47- 51, 2008. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/16424/491465/Revista_HU_Volume_9_2_AGO_DEZ_2008.pdf/a8b167e7-c4f1-4b80-9c11-53f9c0bf765d. Acesso em: 23 de janeiro de 2021.

PASSOS, S. S. S.; SILVA, J. O.; SANTANA, V. S.; SANTOS, V. M. N.; PEREIRA, A.; SANTOS, L. M. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 23, n. 3, p. 368-374, 2015.

PELAZZA, B. B.; SIMONI, R. C. M.; FREITAS, E. G. B.; DA SILVA, B. R.; DA SILVA, M. J. P. Visita de enfermagem e dúvidas manifestadas pela família em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm**. v. 28, n. 1, p. 60-65, 2015.

PICCINI, J. D.; DUMMER, C. D.; FERNANDES, R. D.; ARENHARDT, M. P.; MARASCHIM, R.; BASSOTTO, J. P. Distanciamento dos familiares como principal fator estressor em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. AMRIGS**. v. 60, n. 1, p. 4-8, 2016.

POERSCHKE, S. M. B.; SALBERGO, C.; GOMES, I. E. M.; ANDRADE, A.; NIETSCHKE, E. A.; DA SILVA, T. C. Atuação da enfermagem frente aos sentimentos dos familiares de pacientes em terapia intensiva. **Revista on line de pesquisa cuidado é fundamental**. v. 11, n. 3, p. 771-777, 2019.

REIS, L. C. C.; GABARRA, L. M.; MOREÍ, C. L. O. O. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas psicol.**, v. 24, n. 3, p.815-828, 2016.

LARISSA, R. C. C.; LETICIA, M. G.; LEONTINA, C. O. O. M. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas em Psicologia**. v. 24, n. 3, p. 815-828, 2016.

REZENDE, L.C. M.; COSTA, K. N. F. M.; MARTINS, K. P.; COSTA, T. F. Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em uma unidade de terapia intensiva. **Cultura de los cuidados**. n. 39, p. 84-92, 2014. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40070/1/Cultura_Cuidados_39_10.pdf. Acesso em: 23 de janeiro de 2021.

SANTOS, G. E. O. *Cálculo amostral*: calculadora on-line. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

SANTOS, Q.N. Estratégia de Enfrentamento (Coping) da Família Ante Um Membro Familiar Hospitalizado: Uma Revisão de Literatura Brasileira. **Mudanças - Psicologia da Saúde**. v. 21, n.2, p.40-47, 2013.

SEIDL, E. M. F.; TROCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psic.: Teor. e Pesq.** v.17, n.3, p.225-234, 2001.

SELL, C. T.; SELL, B. T.; NASCIMENTO, E. R. P.; PADILHA, M. I.; CARVALHO, J. B. Alterações na dinâmica familiar com a hospitalização em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 20, n. 4, p. 488-492, 2012.

SERRANO, P.; KHEIR, Y.N.P.; WANG, S.; KHAN, S.; SCHEUNEMANN, L.; KHAN, B. Aging and Post-Intensive Care Syndrome-Family (PICS-F): A Critical Need for Geriatric Psychiatry. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**. v. 27, n. 4, p. 446-454, 2019.

Society of Critical Care Medicine. Disponível em: <http://www.sccm.org>. Acesso em: 28 de maio de 2019.

STRICKER, K. H.; KIMBERGER, O.; SCHMIDLIN, K.; ZWAHLEN, M.; MOHR, U.; ROTHEN, H. U. Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? **Intensive Care Med.** v. 35, n. 12, p. 2051-2059, 2009.

UNIVASF. Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros. **Departamento de Estatística.** 2021.

VASCONCELOS, E.V.; FREITAS, K.O.; SILVA, S.E.D.; BAIA, R.S.M.; TAVARES, R.S.; ARAÚJO, J.S. O cotidiano de familiares de pacientes internados na uti: um estudo com as representações sociais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.** v. 8, n. 2, p. 4313-4327, 2016. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754104011_2.pdf . Acesso em 11 de agosto de 2021.

WONG, P.; LIAMPUTTONG, P.; KOCH, S.; RAWSON, H. The impact os social support networks on family resilience in na australian intensive care unit: a constructivist grounded theory. **Journal of Nursing Scholarship.** v. 51, n. 1, p 01-13, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da Pesquisa: **ENFRENTAMENTO DOS FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA CAEE Nº**

Nome do (a) Pesquisador(a) responsável: Rafael Medeiros Gomes.

O Sr. (Sra.) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar o enfrentamento dos familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva deste Hospital Universitário, conhecendo suas vivências e buscando fortalecer o processo de humanização neste ambiente.

Sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça, se desejar, qualquer pergunta para esclarecimento.

Envolvimento na pesquisa: A pesquisa será realizada através da aplicação de um questionário de perfil sócio econômico e demográfico, uma entrevista e um instrumento que permitirá ao pesquisador conhecer o modo de enfrentamento diante da situação de internamento de um ente querido. Os diálogos destas entrevistas serão gravados em aparelho de áudio, com autorização dos participantes.

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde Do Conselho Nacional de Saúde.

Riscos, desconfortos e benefícios: Os participantes estarão expostos a riscos mínimos, podendo ser o constrangimento perante pessoas caso a sua identidade venha a público, o que será minimizado pela garantia da confidencialidade das informações e pelo anonimato de todos que participarem da pesquisa. Como também desconforto psicológico e até mesmo físico em virtude da preocupação diante do quadro clínico do seu familiar que se encontra internado. O senhor (a) terá garantia de acompanhamento e assistência integral e imediata, de forma gratuita, por profissional especializado, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa, assim como indenização ou ressarcimento por quaisquer danos/despesas relacionados a esta pesquisa. Este estudo lhe oferece o benefício de sugerir que a instituição aprimore ou mude condutas para melhor atender os pacientes internados bem como os seus familiares. Indiretamente, espera-se que a pesquisa possa contribuir para uma assistência à saúde que considere também as necessidades dos familiares.

Garantias éticas: Todas as despesas que venham a ocorrer com a pesquisa serão ressarcidas. É garantido ainda o seu direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Confidencialidade: É garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, mesmo após o término da pesquisa. Somente o(s) pesquisador(es) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados.

É garantido ainda que você terá acesso aos resultados com o(s) pesquisador(es). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa com o(s) pesquisador(es) do projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste termo.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual teor, que serão assinadas e rubricadas em todas as páginas uma das quais ficará com o (a) senhor (a) e a outra com o (s) pesquisador (s). Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

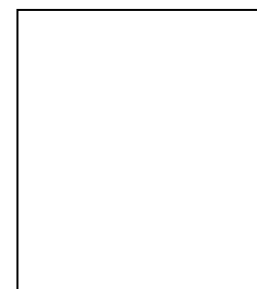
_____ , _____ de _____ de 20____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Testemunha

Nome do Pesquisador responsável pela aplicação do TCLE

Assinatura do Pesquisador responsável pela aplicação do TCLE



Impressão dactiloscópica

Pesquisador Responsável: Rafael Medeiros Gomes, rua Lourival de Souza Borges, Ouricuri-PE, rafaebserh@gmail.com, telefone: (87) 999621854.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria, telefone (87)98812-9487

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIVASF

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF
Av. José de Sá Maniçoba, S/N – Centro - Petrolina/PE – Prédio da Reitoria – 2º andar
Telefone do Comitê: 87 2101-6896 - E-mail: cep@univasf.edu.br

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIVASF) é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que visa defender e proteger o bem-estar dos indivíduos que participam de pesquisas científicas.

APÊNDICE B - QUESTIONARIO SÓCIO-ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

1. Nome _____

2. Idade _____

3. Escolaridade

- Analfabeto/Fundamental I incompleto
- Fundamental I completo/Fundamental II incompleto
- Fundamental Completo/Médio incompleto
- Médio Completo/Superior Incompleto
- Superior Completo
- Não sei dizer

*Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015).

4. Cor da pele

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda

5. Estado civil

- Casado (a)
- Solteiro (a)
- União Estável
- Viúvo (a)
- Separado (a)
- Outro

6. Profissão _____

7. Residência

- Própria
- Alugada
- Saneada
- Não saneada

8. Quantas pessoas moram na residência? _____

9. Renda da família

- Nenhuma renda.
- Até 1 salário mínimo (até R\$ 998,00).
- De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 998,00 até R\$ 2.994,00).
- De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.994,0 até R\$ 5.988,00).
- De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 5.988,00 até R\$ 8.982,00).
- 10 salários mínimos ou mais (acima de R\$ 9.980,00).

10. Quantas pessoas sobrevivem dessa renda? _____

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Dados sobre conhecimento da situação clínica
 - a) Você sabe por qual motivo o seu familiar está internado na Unidade de Terapia Intensiva?
 - b) Em algum momento te disseram que o caso de saúde do seu familiar é grave?
 - c) O que você sabe da condição de saúde de seu familiar nesse momento?
 - d) Existe alguma dúvida quanto ao tratamento que seu familiar está recebendo?

2. Dados sobre a participação familiar
 - a) Os parentes vêm visita-lo com frequência? Quem vem mais?
 - b) O que os familiares disseram quando souberam que o estado de saúde dele era grave? Quem teve a pior reação?
 - c) O que os seus familiares disseram quando souberam que era preciso se internar na UTI?
 - d) Quem está te dando mais apoio nesse momento?
 - e) Você segue alguma religião? Como ela tem te fortalecido nesse momento?

3. Dados sobre o internamento
 - a) Tempo de internamento na UTI:
 - b) Diagnóstico:
 - c) Uso de terapia de substituição renal:
 - d) Uso de droga vasoativa:
 - e) Número de abordagens cirúrgicas após internamento na UTI:
 - f) Uso de sedação:

4. Dados sobre o internamento e o relacionamento com a equipe:
 - a) Fale sobre o que você sentiu quando soube que seria necessário internar seu familiar na UTI?
 - b) Em quem você mais pensou quando soube que era preciso internar seu familiar na UTI? Por quê?
 - c) Você acha que internação na UTI está sendo eficaz?

- d) O seu familiar trabalha? Como está sendo agora?
- e) Como é o seu relacionamento com a equipe de saúde?
- f) Qual a sua maior dificuldade durante o internamento de seu familiar na UTI?
- g) O que você acha que poderia ser feito para melhorar o serviço na UTI?
- h) Se fosse para dar uma nota pelo serviço prestado, que nota você daria?

APÊNDICE D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENFRENTAMENTO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO DE PETROLINA (PE)

Pesquisador: RAFAEL MEDEIROS GOMES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14326219.3.0000.5196

Instituição Proponente: UNIVASF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.533.698

Apresentação do Projeto:

1. O projeto de pesquisa está ligado ao Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde e Biológica e a sua equipe executora é composta por: Rafael Medeiros Gomes (Pesquisador Responsável), Marcelo Domingues de Faria (Orientador) e Anderson da Costa Armstrong (Co orientador). O projeto contempla todas as seções essenciais para a análise ética.

Objetivo da Pesquisa:

2. Os objetivos estão bem delineados, são exequíveis, estão em acordo com a metodologia proposta e podem ser atingidos no prazo estipulado pelo cronograma.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

3. Conforme solicitado no parecer anterior, foi realizada uma análise dos riscos pertinente, com previsão de estratégias para minimizá-los, assim como foram apresentados os potenciais benefícios que a pesquisa pode propiciar aos seus participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

4. O projeto apresenta adequadamente os seguintes itens: tema, objeto da pesquisa, relevância

Endereço: Avenida José de Sá Meneses, s/n
Bairro: Centro CEP: 56.304-205
UF: PE Município: PETROLINA
Telefone: (87)2101-8898 Fax: (87)2101-8898 E-mail: cep@univasf.edu.br

Página 01 de 03

Continuação do Parecer: 3.533.698

social, local de realização da pesquisa, população a ser estudada, garantias éticas aos participantes da pesquisa, método a ser utilizado, cronograma, critérios de inclusão e não inclusão dos participantes da pesquisa, critérios de encerramento ou suspensão de pesquisa e divulgação dos resultados do estudo.

4.1 O orçamento foi uniformizado no projeto e PB, conforme solicitado no parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

5. Os seguintes termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente: Anuência, folha de rosto, termo de compromisso.

5.1 O TCLE foi ajustado, conforme solicitação do parecer anterior.

Recomendações:

6. Recomenda-se aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

7. O projeto foi corrigido e atende aos aspectos éticos de proteção aos participantes da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

É com satisfação que Informamos formalmente a Vª. Srª. que o projeto ENFRENTAMENTO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO DE PETROLINA (PE) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVASF. A partir de agora, portanto, o vosso projeto pode dar início à fase prática ou experimental. Informamos ainda que no prazo máximo de 1 (um) ano a contar desta data deverá ser enviado a este comitê um relatório sucinto sobre o andamento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1344572.pdf	23/07/2019 22:35:59		Aceito
Outros	Projetedepesquisa.docx	23/07/2019 17:13:01	RAFAEL MEDEIROS GOMES	Aceito
Outros	CartarespostaCEP.doc	23/07/2019 17:09:31	RAFAEL MEDEIROS GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	23/07/2019 15:49:30	RAFAEL MEDEIROS GOMES	Aceito

Endereço: Avenida José de Sá Menizoba, s/n
Bairro: Centro CEP: 56.304-205
UF: PE Município: PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 Fax: (87)2101-6896 E-mail: cep@univasf.edu.br

Continuação do Parecer: 3.533.698

Ausência	TCLE.pdf	23/07/2019 15:49:30	RAFAEL MEDEIROS GOMES	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	23/07/2019 15:43:59	RAFAEL MEDEIROS GOMES	Acelto
Outros	confidencialidade.pdf	15/05/2019 18:28:45	RAFAEL MEDEIROS GOMES	Acelto
Outros	compromisso.pdf	15/05/2019 18:27:56	RAFAEL MEDEIROS GOMES	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Unidade_de_Terapia_Intensiva.pdf	15/05/2019 18:27:04	RAFAEL MEDEIROS GOMES	Acelto
Outros	LattesRafaelMedeirosGomes.pdf	08/05/2019 19:11:47	RAFAEL MEDEIROS GOMES	Acelto
Outros	LattesMarceloDominguesdeFaria.pdf	08/05/2019 18:35:55	RAFAEL MEDEIROS GOMES	Acelto
Outros	Carta.pdf	08/05/2019 17:58:22	RAFAEL MEDEIROS GOMES	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	08/05/2019 17:48:52	RAFAEL MEDEIROS GOMES	Acelto
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	08/05/2019 17:08:46	RAFAEL MEDEIROS GOMES	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PETROLINA, 26 de Agosto de 2019

Assinado por:
Rebeca Mascarenhas Fonseca Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida José de Sá Meneses, s/n
Bairro: Centro CEP: 56.904-205
UF: PE Município: PETROLINA
Telefone: (87)2101-8896 Fax: (87)2101-8896 E-mail: cep@univasf.edu.br

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



Hospital Universitário Doutor Washington Antônio de Barros – HU-UNIVASF
Gerência de Ensino e Pesquisa
Avenida José de Sá Maniçoba, s/n – Centro – Petrolina/PE – (87) 2101-6555 / 6506

CARTA DE ANUÊNCIA

De acordo com leitura analítica do projeto de pesquisa intitulado “ENFRENTAMENTO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO DE PETROLINA (PE)” do autor Rafael Medeiros Gomes, sob orientação do Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria e co-orientação do Prof. Dr. Anderson da Costa Armstrong, foram analisados os seguintes aspectos:

- Relação custos, riscos e benefícios para o hospital, profissionais de saúde, pacientes e usuários desta instituição.
- Relevância social da pesquisa e impacto na melhoria da assistência em saúde desta instituição.
- Desenvolvimento preferencialmente em indivíduos com autonomia plena, assegurando confidencialidade, respeito, privacidade e proteção contra possíveis agravos oriundos da pesquisa.
- Ausência de despesas de qualquer natureza para esta instituição de saúde.
- Concisão e clareza dos aspectos metodológicos da pesquisa, situação *SINE QUA NON* para permitir a entrada dos pesquisadores na instituição.
- Respeito às normas de biossegurança, boas práticas em saúde e regulamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outros órgãos de regulação em saúde.
- Respeito e cumprimento das determinações éticas da Resolução MS/CNS nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012;
- Respeito às normas internas de conduta profissional e ética, assim como ao bom nome deste hospital.
- **O HU-UNIVASF pode dispor de material para fornecer ao grupo no momento da coleta, desde que esteja disponível em estoque e seja solicitado com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias úteis.**
- **Viabilidade da autorização para que a coleta por procedimento invasivos seja realizada exclusivamente pela equipe de saúde da instituição, de acordo com os protocolos da unidade, conforme auxílio requerido pelo pesquisador aos profissionais.**

A realização da pesquisa será aceita no prazo determinado no cronograma do projeto de pesquisa, **de abril de 2019 a março de 2021**, após aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) cadastrado na Plataforma Brasil, sem restrições a sua realização. Porém, os pesquisadores devem ter ciência de que:

- **Após submissão e aprovação pelo comitê de ética e antes da coleta de dados nas dependências deste hospital, os autores devem encaminhar para a Gerência de Ensino e Pesquisa deste hospital, via e-mail para pit.huunivasf@gmail.com, a folha de rosto da Plataforma Brasil, bem como a APROVAÇÃO do CEP onde o trabalho foi avaliado.**
 - É obrigatório, sempre que for solicitado, que os autores esclareçam quaisquer dúvidas ou inconsistências no processo de coleta de dados.
 - Qualquer alteração na metodologia e/ou cronograma do projeto de pesquisa deve ser prontamente informado à Gerência de Ensino e Pesquisa deste hospital.
 - Ao término da coleta e análise dos dados, enviar à Gerência de Ensino e Pesquisa do HU-UNIVASF o relatório final da pesquisa contendo os resultados, discussão e conclusão. Caso isso não ocorra, o pesquisador responsável pelo projeto ficará em débito com o HU-UNIVASF.
 - O HU-UNIVASF reserva-se ao direito da publicação não científica dos resultados contidos no relatório final.
- No caso do não cumprimento dos itens acima, ficam as partes cientes da liberdade de retirar a anuência à pesquisa a qualquer momento sem penalização ou ônus de nenhuma natureza.

Petrolina, 28 de março de 2019

Fabício Souza Silva

Chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
Hospital Universitário Doutor Washington Antônio de Barros – HU-UNIVASF
Mat. SIAPE: 1567637

DOCUMENTO GERADO
VIRTUALMENTE, NÃO
PODE SER ALTERADO

HU-UNIVASF, preserve-o, ele também é seu.

Este documento possui um número único, que poderá ter sua autenticidade confirmada pelo site
www.sistemas.univasf.br/sge2/autenticacao

ANEXO B – ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTOS DE PROBLEMAS (EMEP)

(SEIDL; TRÓCOLLI; ZANNON, 2001)

Identificação: _____

Data: _____/_____/_____

Instrução: Leia cada item abaixo e circule ou marque um X na categoria correspondente ao que você faz em cada situação.

	1	2	3	4	5
	Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre
1 – Eu levo em conta o lado positivo das coisas	1	2	3	4	5
2 – Eu me culpo	1	2	3	4	5
3 – Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	1	2	3	4	5
4 – Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo	1	2	3	4	5
5 – Procuro um culpado para a situação	1	2	3	4	5
6 – Espero que um milagre aconteça	1	2	3	4	5
7 – Peço conselho a um parente ou a amigo que eu respeite	1	2	3	4	5
8 – Eu rezo / oro	1	2	3	4	5
9 – Converso com alguém sobre como estou me sentindo	1	2	3	4	5
10- Eu insisto e luto pelo que eu quero	1	2	3	4	5
11 – Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	1	2	3	4	5
12 – Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	1	2	3	4	5

13 – Desconto em outras pessoas	1	2	3	4	5
14 – Encontro diferentes soluções para o meu problema	1	2	3	4	5
15 – Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	1	2	3	4	5
16 – Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	1	2	3	4	5
17 – Eu me concentro em uma coisa boa que pode vir desta situação	1	2	3	4	5
18 – E desejaria mudar o modo como eu me sinto	1	2	3	4	5
19 - Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	1	2	3	4	5
20 – Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1	2	3	4	5
21 – Pratico mais a religião desde que tenho este problema	1	2	3	4	5
22 – Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	1	2	3	4	5
23 – Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	1	2	3	4	5
24 – Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	1	2	3	4	5
25 – Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1	2	3	4	5
26 – Eu sonho e imagino um tempo melhor do que aquele em que eu estou	1	2	3	4	5
27 – Tento esquecer o problema todo	1	2	3	4	5
28 – Estou mudando, me tornando uma pessoa mais experiente	1	2	3	4	5
29 – Eu culpo os outros	1	2	3	4	5
30 – Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	1	2	3	4	5

31 – Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	1	2	3	4	5
32 – Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia	1	2	3	4	5
33 – Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	1	2	3	4	5
34 – Procuo me afastar das pessoas em geral	1	2	3	4	5
35 – Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	1	2	3	4	5
36 – Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	1	2	3	4	5
37 – Descubro quem mais é ou foi responsável pelo problema	1	2	3	4	5
38 – Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	1	2	3	4	5
39 – Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	1	2	3	4	5
40 – Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	1	2	3	4	5
41 – Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	1	2	3	4	5
42 – Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	1	2	3	4	5
43 – Converso com alguém para obter informações sobre a situação	1	2	3	4	5
44 – Eu me apego a minha fé para superar esta situação	1	2	3	4	5
45 – Eu tento não fechar portas atrás de mim, tento deixarem aberto várias saídas para o problema	1	2	3	4	5