**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

KATIA SANTANA FREITAS

**NECESSIDADES DE FAMILIARES EM UNIDADES
DE TERAPIA INTENSIVA:**

**Análise comparativa entre hospital
público e privado**

**SÃO PAULO
2005**

KATIA SANTANA FREITAS

**NECESSIDADES DE FAMILIARES EM UNIDADES
DE TERAPIA INTENSIVA:
Análise comparativa entre hospital
público e privado**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo, para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde do Adulto

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Miako Kimura

SÃO PAULO

2005

AGRADECIMENTOS

- ❖ *A Deus pelo seu amor incondicional e fidelidade, e por estar comigo em todos os momentos da minha vida;*
- ❖ *A meus Pais pelo dom da vida e por serem responsáveis pela formação do meu caráter;*
- ❖ *Ao meu Amor, Antonio Riso, companheiro, amigo e eterno namorado pelo carinho e incentivo;*
- ❖ *A amiga Karine Azevedo São Leão Ferreira pelo apoio e estímulo constante;*
- ❖ *A Profa. Dr^a Margareth Ângelo pela atenção e pelas preciosas reflexões sobre o tema central deste trabalho, a família;*
- ❖ *As amigas Aldelice Cordeiro, Débora Figueiredo e Karine Azevedo São Leão Ferreira pela amizade e acolhida em seus lares, minha gratidão e amizade;*
- ❖ *Ao Prof^o Isac de Castro e a Prof^a Dr^a Maria do Rosário La Torre, pela valiosa acessoria estatística, imprescindíveis para a construção deste estudo;*
- ❖ *Aos familiares dos pacientes, atores principais deste estudo, que ao compartilharem comigo sua experiências, permitiram a obtenção destes resultados, o meu muito obrigado;*
- ❖ *A enfermeira Ligia Maria Dal Secco, pela disponibilidade e interesse na execução deste trabalho;*
- ❖ *As equipes das UTIs, em especial às enfermeiras coordenadoras Claudia Romano Bauer, Ligia Maria Dal Secco e Valquíria Bacelar, pelo apoio e receptividade;*
- ❖ *As Enfermeiras Edoília Maria Mendes, Solange Fusco, Eliana Porfirio, Sueli Borges e Ariadne Fonseca, pelo apoio;*
- ❖ *A equipe do serviço de Pós-graduação da EEUSP, em especial à Silvana Maximiano, Helena Tieko Fugii e a Valdinéia Aparecida Maciel Marques, pela dedicação e presteza;*
- ❖ *A equipe de funcionários do Departamento de enfermagem Médico Cirúrgica da EEUSP, em especial à Elizabeth Aparecida Duarte Schubert (Bete) e a Maria Teodora Fernandes de Carvalho (Dorinha), pela atenção e carinho;*

- ❖ *A CAPES pelo apoio financeiro que permitiu minha dedicação integral a esta pesquisa/pós-graduação;*
- ❖ *A todos aqueles que, mesmo não tendo sido citados contribuíram para a realização deste trabalho.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profª Drª Miako Kimura

*Pela confiança em mim depositada ao aceitar esta orientação, pelos constantes ensinamentos, pelo apoio, compreensão e, principalmente, por reconhecer que somos acima de tudo seres humanos, **o meu respeito, gratidão e admiração.***

Freitas KS. Necessidades de familiares em Unidades de Terapia Intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

RESUMO

Trata-se de um estudo comparativo, observacional e transversal, que teve como proposta analisar comparativamente as necessidades de familiares de pacientes adultos internados em UTIs de hospital público e privado, buscando evidenciar possíveis diferenças entre os dois tipos de instituição. A coleta dos dados foi realizada no período de novembro de 2004 a fevereiro de 2005. Um total de 91 familiares foram entrevistados, sendo 47 da instituição pública e 44 da particular. As necessidades dos familiares foram mensuradas quanto ao grau de importância e de satisfação, por meio do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI). Para análise estatística foram utilizados os testes Qui-quadrado, Mann Whitney e t-Student e a Regressão Linear Múltipla (RLM). Cerca de 89% das 43 necessidades do INEFTI foram consideradas importantes por ambos os grupos, destacando-se, entre elas, as relacionadas à Segurança e à Informação. Os familiares do hospital privado apresentaram maior grau de satisfação do que os do hospital público ($p=0,002$), as necessidades pouco atendidas estavam relacionadas a Conforto e Suporte. A RLM revelou que, na instituição pública, a necessidade que mais contribuiu para o escore de importância foi "saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente" ($\beta=0,578$) e, na particular, "saber quais as chances de melhora do paciente" ($\beta=0,479$); o escore de satisfação, na UTI particular, foi mais influenciado pelo item "ter perguntas respondidas com franqueza" ($\beta=0,404$) e, na unidade pública, pela necessidade "ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente" ($\beta=0,396$). As diferenças observadas entre os familiares deste estudo, sugerem que o atendimento de suas necessidades requer intervenções direcionadas à especificidade de cada tipo de instituição.

Palavras-Chave: Família, Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva, Necessidades e demanda de serviços de saúde.

Freitas KS. Family members' needs at Intensive Care Units: comparative analysis between a public and a private hospital. [dissertação]. São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

ABSTRACT

It's a transversal, observational comparative study, which proposed to analyze comparatively the family members' needs of adult patients admitted in ICUs at a public and a private hospital, seeking to evidence possible differences between these two types of facilities. Data collection was made from November 2004 to February 2005. A total of 91 family members were interviewed, in which 47 were from a public facility and 44 from a private one. Family members' needs were measured by the importance and satisfaction degree through the Inventory of Family Stressors and Needs in Intensive Care (IFSNIC). Chi-square, Mann Whitney and t-Student and Multiple Linear Regression were used for statistic analysis. About 89% of 43 needs from IFSNIC were considered important for the two groups, especially those ones related to Safety and Information. The family members from the private hospital presented higher satisfaction score than the ones from the public hospital ($p=0.002$), the needs of lower satisfaction were related to Comfort and Support. Regression analysis revealed that in the public facility the need which contributed the most to Importance score was "knowing why specific procedures were made with the patient" ($\beta=0.578$) and, at the private one, "knowing the patient's cure chance" ($\beta=0.479$); satisfaction score at the private ICU was mostly influenced by the item "having questions answered with sincerity" ($\beta=0.404$) and, at the private one, by the need of "being informed of everything that is related to the patient's evolution" ($\beta=0.396$). The difference observed among family members in this study suggests that their need fulfillment requires interventions guided to the specificity of each type of facility.

Key words: Family, nursing in Intensive Care Units, Needs and demand in healthcare.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos itens do INEFTI, de acordo com as dimensões das necessidades.....	28
Tabela 2	Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes de UTI, segundo tipo de hospital.....	38
Tabela 3	Caracterização sociodemográfica dos familiares de pacientes de UTI, segundo o tipo de hospital.....	42
Tabela 4	Coeficiente Alfa de Cronbach dos domínios e itens do INEFTI, em relação as medidas de importância e satisfação.....	46
Tabela 5	Média e desvio-padrão dos escores de importância das 43 necessidades do INEFTI, segundo familiares de pacientes das UTIs dos hospitais público e privado.....	49
Tabela 6	Regressão linear múltipla dos itens de importância do INEFTI entre familiares de UTI pública e privada.....	52
Tabela 7	Média e desvio-padrão dos escores de satisfação das 43 necessidades do INEFTI, segundo familiares de pacientes das UTIs dos hospitais público e privado.....	54
Tabela 8	Regressão linear múltipla dos itens de satisfação do INEFTI nos hospital publico e privado.....	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Regressão Linear Múltipla Hierárquica para determinação das necessidades preditoras de importância e satisfação.....	33
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 A família em situação de crise	5
1.2 A identificação das necessidades.....	8
1.3 Caracterização das UTIs.....	14
2 QUESTÕES DE PESQUISA.....	19
3 OBJETIVOS.....	20
4 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	21
5 RESULTADOS.....	34
5.1 Caracterização das Unidades de terapia Intensiva.....	34
5.2 Caracterização dos pacientes.....	37
5.3 Caracterização dos familiares.....	41
5.4 Análise da confiabilidade do INEFTI.....	46
5.5 Avaliação do grau de importância e de satisfação das necessidades dos familiares dos pacientes do hospital público e privado.....	48
6 DISCUSSÃO.....	59
7 CONCLUSÕES.....	89
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS	94
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A doença é um evento que causa transtornos não somente para o doente, mas para os membros de sua família. A hospitalização, quando necessária, é vista como uma situação de crise e, em geral, representa uma experiência ameaçadora que pode comprometer, em diferentes graus, o equilíbrio da dinâmica familiar.

A hospitalização de um familiar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geralmente ocorre de forma aguda e inadvertida, restando pouco tempo para o ajuste familiar. Diante dessa situação estressante, os familiares podem sentir-se desorganizados, desamparados e com dificuldades para se mobilizarem, fazendo emergir diferentes tipos de necessidades.

As UTIs são ambientes onde se desenvolve a assistência a pacientes acometidos por insuficiências orgânicas graves ou sob potencial de desenvolvê-las. Caracterizam-se, ainda, por serem áreas físicas delimitadas e pela concentração de recursos materiais e humanos com vistas a atender uma demanda assistencial de natureza altamente complexa (Lino, 2004).

Apesar da crescente divulgação nos meios de comunicação, sobre os procedimentos e serviços relacionados à saúde, as UTIs ainda suscitam sentimentos negativos nos pacientes e familiares, devido à sensação de ameaça e de morte iminente.

Por ser a UTI um local destinado a pacientes em estado grave, criou-se um mito popular de que é um espaço reservado a pessoas que não têm

chance de sobrevivência, sendo considerados mais graves do que realmente podem estar (Souza, Possari, Mugaiar, 1995).

O próprio ambiente de Terapia Intensiva pode ser fonte geradora de estresse para pacientes e familiares. O grande arsenal de equipamentos aí concentrado, com alarmes sonoros e luminosos, os procedimentos invasivos executados, o comportamento apressado e tenso das pessoas são citados como fatores que contribuem para o aumento do estresse e o desequilíbrio das relações humanas (Echer et al., 1999).

O paciente e seus familiares passam a compreender, por meio de toda estrutura dinâmica e semiótica que, embora seja um ambiente dotado de recursos humanos e materiais capazes de atender às necessidades dos pacientes em estado crítico e com risco de vida, a UTI é também um local onde se morre (Castro, 1999).

Em geral, a admissão em uma UTI ocorre como resultado de uma doença ou trauma de início inesperado. Frequentemente, os familiares não têm experiência com doenças agudas e não estão preparados para essa situação, mas são logo solicitados a tomar decisões sobre cuidados com o seu parente (Neabel, 2000).

O impacto físico, psicológico e social da doença crítica sobre os familiares tem sido amplamente reconhecido na literatura (Molter, 1979; Leske, 1986; Gallo, Hudak, 1997; Twibell, 1998; Horn, Tesh, 2000; Azoulay et al., 2001). A percepção da família acerca da doença crítica é uma experiência subjetiva, influenciada por suas estratégias e por sua capacidade de enfrentamento, pelas suas experiências anteriores com

internações hospitalares ou com a própria doença e pela posição que o paciente ocupa no contexto familiar (Tin, French, Leung, 1999).

Nas UTIs, os enfermeiros, utilizam suas habilidades e os recursos da moderna tecnologia para dar assistência ao paciente, mas reservam pouco tempo para cuidar dos membros da família (Titler, Cohen, Craft, 1991). Quinn, Redmond e Begley (1996) advertem que, se os enfermeiros almejam prestar uma assistência integral ao paciente, a sua família não pode ser vista como uma entidade separada durante a doença crítica.

A falta de uma assistência adequada, que ajude a minimizar o impacto da doença nos familiares de pacientes em estado crítico, pode gerar neles desconfiança em relação à equipe de saúde, pode ocasionar ainda a incapacidade para concordar com regulamentos do hospital e para tomar decisões em benefício do paciente (Lange, 2001).

Norris e Grove (1986) afirmam que os enfermeiros são responsáveis por propostas de intervenções voltadas às necessidades psicossociais de pacientes graves e de seus familiares, mas não têm conhecimento adequado ou experiência nesta área. Devido ao caráter integral de suas atividades e à maior proximidade com pacientes e familiares, o enfermeiro é apontado como o profissional que está em posição ideal para identificar as necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI (Leske, 1986). Para atender a essas necessidades, os enfermeiros devem direcionar esforços a fim de identificá-las acuradamente.

Na literatura internacional, as necessidades desses familiares têm sido investigadas sob diversos aspectos e os resultados dos estudos

existentes provêm uma base de conhecimentos para a conscientização de que o atendimento das necessidades das famílias, no contexto das UTIs, é uma responsabilidade que não pode ser ignorada por nenhum hospital (Lederer, Goode, Dowling, 2005).

No Brasil, a assistência hospitalar é bastante seletiva e o acesso à internação está condicionado à existência dos recursos procurados, como especialistas, equipamentos e disponibilidade de leitos e de serviços, e depende, fundamentalmente, da posse de recursos financeiros ou de um sistema de financiamento da hospitalização (Rocha, 1999); sendo assim, a clientela atendida em instituições governamentais e não governamentais apresenta características clínicas e sócio-econômicas diferenciadas que podem influenciar na expressão qualitativa e quantitativa das necessidades dos familiares dos pacientes atendidos nessas instituições.

Entretanto, não foram encontrados estudos que comparassem as necessidades de familiares de pacientes internados em UTIs vinculadas a instituições de natureza pública e privada, sendo este o foco principal do presente estudo.

Na seqüência, serão abordados alguns aspectos das temáticas centrais deste estudo relacionadas à família em situação de crise, às necessidades dos familiares de pacientes críticos e ao contexto da terapia intensiva.

1.1 A família em situação de crise

Existem muitas definições para família. Conforme Ângelo (1997), a família é um sistema ou unidade, em que seus membros podem ou não estar ligados, conviver juntos ou não, em que existe um compromisso e uma ligação entre os membros que pode incluir decisões futuras em função de cuidados de proteção, alimentação e socialização de seus membros.

De acordo com Ferreira (1999), a família constitui-se por pessoas aparentadas ou não que, em geral, vivem na mesma casa, incluindo particularmente, o pai, a mãe e os filhos.

Para Faro (2000), a definição de família vai além de sua composição; trata-se da união de pessoas com vínculos emocionais, afetivos, legais ou de interesse, vivendo juntas por determinado período de tempo, em um *locus* social com regras, valores, crenças, deveres e responsabilidades, com vistas às suas metas no seu ciclo de vida.

Com base na Teoria Geral dos Sistemas, Trygar (1994) define família como um grupo de pessoas que interagem e são interdependentes; qualquer alteração em um dos membros, como o surgimento de uma doença, provocará certamente alterações na vida dos outros membros e no sistema familiar como um todo.

Nessa perspectiva, deve-se destacar que a sociedade atual vem sofrendo as repercussões das mudanças no sistema familiar, como o grande número de separações, vida sexual mais precoce dos filhos, maior independência, união de pessoas do mesmo sexo e a gravidez na adolescência. Permanecem, porém, inalterados o vínculo de cuidado

estabelecido entre os membros da família e a rejeição por temas como morte e doença. O adoecimento de um dos membros da família traz consigo o sentimento indesejado de ameaça à vida, instaurando um momento de crise que acarreta alterações na estrutura familiar (Cerezetti, 1999).

A crise é uma condição de ruptura, desorganização ou incapacitação do sistema social que requer uma adaptação, tanto dos familiares como do paciente (Lucchese, 2003), pois se este está enfrentando uma crise biológica, a família vivencia uma crise emocional.

O'Malley et al. (1991) relatam que a crise é resultado de mudanças forçadas, é um estado de elevada ansiedade e de desorganização familiar, e está relacionada com mudanças inesperadas no estado de saúde, no estilo de vida e na independência de um dado grupo familiar.

Gallo e Hudak (1997) afirmam que é difícil classificar as reações à crise porque elas dependem da resposta individual e, dentro de uma família, podem ser utilizados diferentes mecanismos para enfrentar o estresse e a ansiedade ocasionados pela crise. Tem sido observada por enfermeiros, a incapacidade dos familiares de tomar decisões e de mobilizar recursos, prevalecendo a sensação de medo, pânico, atos de irritação, comportamento exigente, isolamento, desamparo e perseverança.

Horn e Tesh (2000), em estudo sobre efeitos da hospitalização na família, constataram que, durante o período de hospitalização, os familiares sofrem alterações no sono, diminuindo a sua quantidade e sua qualidade; passam por um comprometimento da alimentação com diminuição do apetite e ingestão pobre em nutrientes, podendo aumentar o risco de infecções.

O adoecimento leva também a mudanças nos papéis exercidos pelos familiares, pois as funções que eram de responsabilidade do paciente estarão comprometidas e, certamente, terão de ser assumidas por outra pessoa.

Todos os eventos significantes da vida requerem adaptação. Jamerson et al. (1996) descrevem estágios pelos quais a família pode passar quando ocorre a hospitalização de um parente na UTI:

- Período de flutuação: confusão, estresse, emoções como: ansiedade, medo e preocupação. Os familiares não têm consciência de suas necessidades, nem das necessidades do paciente;
- Período de busca de informações: procuram compreender o que está acontecendo, se instrumentalizando para sair da confusão do primeiro estágio;
- Período de acompanhamento do progresso do paciente: os familiares estão atentos ao processo de evolução do paciente e à qualidade do cuidado prestado pela equipe de saúde;
- Período de busca de recursos: os familiares procuram meios para atender suas próprias necessidades e as do paciente, tanto físicas como psicossociais.

De acordo com Kubler-Ross (1996), os membros da família apresentam diferentes fases de adaptação, semelhantes aos estágios de morte vividos pelo paciente terminal: negação, raiva, negociação ou barganha, depressão e aceitação. A princípio, muitos dos familiares podem não acreditar que seja verdade a enfermidade de seu familiar, negam que

haja tal doença na família ou começam a procurar outros profissionais na esperança de ouvirem que houve erro no diagnóstico. A família sofre certas mudanças dependendo da atitude do paciente, do conhecimento e da habilidade com que se comunica o fato. No momento em que o paciente atravessa o estágio de raiva, os parentes próximos sentem a mesma reação emocional, de modo que, primeiro, ficam com raiva do médico que examinou o doente e não apresentou logo o diagnóstico; depois, do profissional que os informou da triste realidade, podendo, ainda, dirigir sua fúria contra o pessoal do hospital que, para eles, jamais cuida o bastante do paciente. Os familiares, geralmente, sentem-se frustrados por não estar com o paciente e cuidar dele, e culpados, por um desejo de recuperar possíveis oportunidades perdidas no passado. Quando a raiva, o ressentimento e a culpa se apresentam, numa fase de pesar preparatório, quanto mais a família desabafa esse pesar, melhor suportará as dores. Quanto mais a equipe de saúde puder ajudar os parentes a extravasarem suas emoções, mais reconfortados eles se sentirão.

1.2 Necessidades dos familiares de pacientes de UTI

A palavra necessidade vem do latim *necessitate*, que significa “qualidade ou caráter de necessário”, sendo que a palavra necessário quer dizer “aquilo que não se pode dispensar; que se impõe, essencial, indispensável”(Ferreira, 1999).

As situações de crise e de desequilíbrio geram no ser humano necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou

inconscientes que o levam a buscar a satisfazê-las para manter o equilíbrio dinâmico, no tempo e espaço. Os estados de desequilíbrios correspondem às manifestações das alterações dessas necessidades. A intensidade da manifestação depende do desequilíbrio instalado, que pode ser aparente ou inaparente, verbalizado ou não (Horta, 1979).

O termo necessidade tem sido discutido de diferentes maneiras. Liss (1994) coloca que o termo pode ser entendido de duas formas: como um estado de tensão que funciona como uma força motivadora e determinante da ação, tendo como base científica, a teoria da motivação humana de Maslow; a outra forma consiste numa abordagem baseada no alcance de objetivos, ou seja, a necessidade é uma lacuna entre o estado real do indivíduo e seus objetivos.

A necessidade é entendida como condição ou situação apresentada pelo indivíduo, família ou comunidade que exige uma resolução para voltar ao estado de equilíbrio. As necessidades não atendidas ou inadequadamente atendidas trazem desconforto e, durante períodos de desequilíbrio, o ser humano pode precisar do auxílio de profissional habilitado. A enfermagem, como parte integrante da equipe de saúde, pode atuar para manter o equilíbrio dinâmico, prevenir e reverter desequilíbrios (Horta, 1979; Cianciarullo, 1987).

Leske (1986) e Norheim (1989) conceituam necessidade de familiares como algo essencial, exigido pela pessoa, algo que, quando suprido, alivia ou diminui a aflição e a angústia imediata ou melhora a percepção e adequação de bem-estar.

Waidman e Elsen (2004) afirmam que, apesar de existirem necessidades comuns a todos os seres humanos, existem particularidades individuais que estão relacionadas não somente à própria fisiologia e ao ambiente em que se vive, mas também ao aspecto cultural de cada ser humano/família. Destacam, ainda, que, ao trabalhar com famílias, é importante lembrar que muitas de suas atitudes estão embasadas em suas crenças e cultura. Carter e McGoldric (1995), comentando sobre mudanças no ciclo de vida familiar, afirma que as necessidades das famílias estão relacionadas ao momento do ciclo de vida pelo qual estão passando e que as formas como as mesmas valorizam suas necessidades e seus desejos estão diretamente relacionadas à sua etnia e cultura.

Os pesquisadores têm estudado as necessidades de familiares sob diferentes enfoques. Em relação às necessidades de familiares de pacientes em estado crítico, a maioria dos estudos tem se concentrado em abordagens sobre o grau de importância e de satisfação das suas necessidades (Molter, 1979; Daley, 1984; Leske, 1986; Jacono et al., 1990; Takahashi, Silva, Guerra, 1990; O'Malley et al., 1991; Rukolm, Baley, 1991; Kahn, 1992; Kleinpell, Powers, 1992; Pelletier, 1993; Tin, French, Leung, 1999; Hunsucker, Frank Flannery, 1999; Hardicre, 2003; Lee, Lau, 2003; Hassan, Hweidi, 2004).

O primeiro estudo envolvendo os familiares em UTI foi publicado em 1979, pela enfermeira norte americana Nancy Molter (Molter, 1979). Tratou-se de um estudo descritivo realizado em UTIs de dois hospitais, com a proposta de identificar as necessidades percebidas pelos familiares de

pacientes críticos e o seu grau de importância. A amostra foi constituída de 40 familiares, sendo utilizado um questionário construído pela própria autora, em 1976, com 45 itens de necessidades, pontuados conforme o seu grau de importância. A necessidade considerada como a mais importante foi “Sentir esperança”. Nesse estudo, não há relato sobre as propriedades de medida do instrumento.

Em 1986, a enfermeira Jane Leske replicou o trabalho de Molter em outra unidade de cuidados intensivos, com uma amostra de 55 familiares, aos quais foi aplicado o questionário de Molter, após reorganização randômica da seqüência dos itens. Este questionário recebeu o nome de *Critical Care Family Needs Inventory*, (CCFNI), constituído pelas mesmas 45 necessidades. Em 1991, Leske conduziu um estudo com 677 familiares utilizando o CCFNI e, após análise fatorial, observou cinco dimensões: Suporte, Conforto, Informação, Proximidade e Segurança (Leske, 1991). Os resultados dos dois estudos de Leske foram semelhantes ao de Molter, ou seja, “Sentir esperança” foi a necessidade considerada mais importante pelos familiares (Leske, 1986, 1991).

O CCFNI tem sido utilizado até hoje na maioria dos estudos sobre necessidades de familiares, na sua forma original ou traduzida e adaptada para diferentes idiomas, países e tipos de população.

Hickey (1990), em estudo de revisão de literatura de 1976 a 1988, resumizou os achados das pesquisas sobre necessidades de familiares de pacientes críticos. No período revisado, a autora identificou oito artigos em que o CCFNI foi utilizado. Os resultados mostraram que, dentre as dez

necessidades mais importantes, as relacionadas à Informação e à Segurança foram as mais indicadas pelos familiares. Estas necessidades referem-se à busca de informações honestas e freqüentes sobre o estado, progresso e prognóstico do paciente e sobre as chances de recuperação do mesmo.

Na década de 90, diversos estudos foram realizados para investigar as necessidades dos familiares de pacientes criticamente doentes, utilizando o CCFNI original ou uma versão adaptada como instrumento para coleta dos dados. São, em geral, estudos descritivos e transversais, realizados em UTIs gerais ou especializadas. Os principais resultados desses estudos também se concentraram nas necessidades relativas à Segurança e à Informação (Forrester et al., 1990; Jacono et al., 1990; Rukholm, Baley, 1991; Koller, 1991; Price et al., 1991; Kleinpell, Powers, 1992; Quinn, Redmond, Begley, 1996; Tin, French, Leung, 1999; Hunsucker, Frank, Flannery, 1999).

Estes estudos têm sido seguidos por outros mais recentes, nos quais o CCFNI continua sendo aplicado tanto para análise psicométrica (Bijttebier et al., 2000; Wasser et al., 2001), como para investigação de novos aspectos das necessidades dos familiares no contexto da UTI (De Jong, 2000; Bijttebier et al., 2001; Azoulay et al., 2001; Heyland, Rocker, Dodek et al., 2002; Lee, Lau, 2003; Takman, Severinsson, 2004, 2005).

No Brasil, Castro (1999) realizou a adaptação transcultural e validação do CCFNI, tendo sido denominado Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Terapia Intensiva (INEFTI). Após aplicação em uma amostra de 103 familiares de pacientes com traumatismo crânio-

encefálico, a autora identificou as necessidades mais importantes para esses familiares e analisou a relação do nível de estresse vivenciado com o grau de satisfação das necessidades. Verificou, também, que 74% das necessidades consideradas importantíssimas ou muito importantes estavam relacionadas à Informação e à Segurança. As que se referiam à infraestrutura, organização e funcionamento da UTI representaram 26% dessas necessidades.

O INEFTI já está disponível desde 1999, mas não foram encontradas outras publicações utilizando esse instrumento especificamente para o estudo das necessidades dos familiares em UTI. Morgon e Guirardello (2004) realizaram um estudo visando a validação do INEFTI em escala de razão, aplicando-o em familiares que visitavam o seu parente durante a hospitalização na UTI.

Entre os estudos nacionais publicados nos últimos cinco anos, dois trabalhos foram desenvolvidos com metodologia qualitativa. No de Victor et al. (2003) foram investigadas as percepções e necessidades dos visitantes de uma UTI acerca da comunicação verbal com a equipe médica. Os autores verificaram que os familiares desejam ter informações detalhadas sobre o estado geral do paciente e de seu prognóstico, assim como querem sentir-se à vontade para realizar perguntas ao médico.

Em estudo sobre expectativas e necessidades dos familiares de pacientes de uma UTI de Ortopedia, Garcia e Faro (2004) mostraram que o mais importante para esses familiares era ter informações a respeito do estado geral e dos cuidados prestados ao paciente, assim como receber

apoio emocional, especialmente, em serem ouvidos quanto as suas angústias.

Os trabalhos anteriormente citados revelaram que as necessidades percebidas pelos familiares como mais importantes foram as relacionadas à Informação e à Segurança. Observa-se que a maioria deles utilizou um instrumento de mensuração semelhante, o CCFNI, favorecendo o estabelecimento de comparações.

1.3 Caracterização das UTIs

As UTIs são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes em estado grave, com risco de vida, que proporciona assistência ininterrupta prestada por uma equipe especializada e que dispõem de recursos tecnológicos altamente sofisticados e complexos destinados ao diagnóstico, tratamento e monitorização das condições clínicas dos pacientes (Brasil, 1998).

Segundo Silva (2000), nessas unidades, pacientes com processos patológicos graves e com diferentes tipos de instabilidade orgânica são admitidos para tratamento e monitorização contínua de suas funções vitais, a fim de que se possa prevenir e detectar precocemente possíveis complicações. Todo o aparato disponível nas UTIs, geralmente, não encontrado em outras áreas do hospital, proporciona uma forma de assistência considerada como uma das mais complexas, sofisticadas e onerosas do sistema de saúde.

De acordo com o 2º Censo Brasileiro de UTI, realizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2003), a distribuição geográfica das UTIs no Brasil está em consonância com a distribuição populacional e com a atividade econômica dos estados e das regiões. Assim, só a Sudeste concentra quase metade (48%) das UTIs do país, sendo que as demais ficam distribuídas nas regiões Nordeste (19%), Sul (17%), Centro-Oeste (8%) e Norte (7%).

França (1994), citando o levantamento feito pelo NESCON (Núcleo de Saúde Coletiva e Nutrição), relata que quase a metade dos leitos hospitalares do país estava concentrada na região Sudeste. Os leitos hospitalares públicos e privados no Brasil totalizavam, respectivamente, 124.815 e 407.743, tornando evidente o predomínio de leitos particulares que, em sua maior parte, estavam concentrados nas regiões Sul e Sudeste.

O 2º Censo da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2003), mostrou que as UTIs obedecem a esta mesma distribuição: 70% das UTIs existentes nas regiões Sul e Sudeste eram ligadas a instituições privadas. A taxa média de ocupação mensal nos hospitais públicos foi maior que nos hospitais privados. Em 65% das UTIs localizadas em hospitais públicos, essa taxa variava de 60 a 100% de ocupação, enquanto 43% dos hospitais privados tiveram a mesma taxa de ocupação.

Silva (2000), estudando as características dos pacientes internados em UTIs do município de São Paulo, observou que os pacientes de hospitais governamentais apresentavam índices de gravidade mais elevados que os pacientes de hospitais privados.

Quanto ao tempo de permanência, o 2º Censo Brasileiro de UTIs mostrou que 67% dos pacientes permaneciam na Unidade por três a seis dias (AMIB, 2003).

Já em 2005, a AMIB baseada no QuaTI, que é um sistema de coleta, armazenamento, ordenamento, leitura e retroalimentação de dados das UTIs Brasileiras revelou que o tempo de permanência dos pacientes das UTIs pesquisadas foi de 7,1 dias.

Comparando o período de permanência dos pacientes em uma UTI privada e uma pública do município de São Paulo, Pierin, Padilha e Cruz (1990) verificaram que, na primeira, 62,8% dos pacientes permaneciam até dois dias, enquanto que, na segunda, o percentual de pacientes com este mesmo tempo de permanência reduzia para 40,4%. Proporções inversas foram observadas quanto ao período de três a seis dias de internação: na UTI privada era de 17,6%, enquanto que na pública, era de 40,4%.

Tem-se observado, nos últimos anos, uma preocupação em introduzir modificações nas UTIs, a fim de tornar o ambiente mais acolhedor e menos impessoal. Esse processo de humanização visa modificar não só o espaço físico, mas também comportamentos e atitudes, tanto da equipe como dos pacientes e familiares.

De acordo com a portaria 3432/98 do Ministério da Saúde (Brasil, 1998), as UTIs credenciadas são classificadas como de nível II ou III, de acordo a necessidade de assistência da localidade onde estão inseridas. Além do aparato tecnológico e da assistência especializada para a recuperação do paciente, as UTIs devem possuir: climatização, iluminação

natural, divisória entre leitos, relógios visíveis para todos os leitos, garantia de visitas diárias dos familiares à beira leito e garantia de informações sobre a evolução diária dos pacientes. No que se refere à assistência à família, em Fórum sobre Humanização (AMIB, 2003), ficou definida, ainda, a disponibilização de cadeira para visitante à beira do leito, sala de espera e de entrevista, além de profissionais, como psicólogos, para suporte emocional.

Entre os escassos estudos nacionais voltados à família dos pacientes de UTIs, o de Sousa (1988) comentou as visitas de familiares em UTIs públicas e privadas. A autora relata que, em geral, as visitas seguiam uma rígida regulamentação, com períodos definidos, limites no horário e no número de visitantes por paciente. Nos hospitais privados, observou que os familiares recebiam informações verbais e escritas e tinham maior liberdade quanto à visita e à permanência de acompanhantes junto ao paciente. Já nas UTIs da rede governamental, havia maior rigidez quanto ao horário de visitas e, geralmente, o paciente permanecia sem acompanhantes.

Acredita-se que as características peculiares das UTIs, sobretudo em relação à natureza pública ou privada da instituição a que estão vinculadas, possam gerar necessidades específicas nos familiares dos pacientes.

O interesse em investigar as necessidades dos familiares nessas Unidades, tem como base à experiência da autora como enfermeira assistencial em diferentes tipos de UTIs, observando expressões de medo, de incerteza e insatisfação dos familiares diante da situação angustiante de ter um ente querido em estado grave.

A abordagem dessa temática é justificada também pela escassez de estudos na literatura nacional que possam subsidiar a proposição de intervenções eficazes, direcionadas às necessidades específicas dos familiares em UTIs com diferentes características, visando proporcionar-lhes uma assistência de melhor qualidade.

2 QUESTÕES DE PESQUISA

- ❖ Quais são as necessidades de maior e menor importância para os familiares de pacientes adultos internados em UTIs de hospital público e privado? Existe diferença entre os dois grupos de familiares em relação ao grau de importância atribuído às suas necessidades?
- ❖ Quais são as necessidades em que há maior e menor satisfação para os familiares de pacientes adultos internados em UTIs de hospital público e privado? Existe diferença entre os dois grupos de familiares em relação ao grau de satisfação com o atendimento de suas necessidades?
- ❖ Quais são as necessidades capazes de influenciar no grau de importância e de satisfação dos familiares em UTIs de hospital público e privado?

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar comparativamente as necessidades de familiares de pacientes adultos internados em UTIs de hospital público e privado, buscando evidenciar possíveis diferenças entre os dois tipos de instituição.

3.2 Específicos

- ❖ Identificar e comparar as necessidades dos familiares de pacientes adultos internados em UTIs de hospital público e privado, segundo o grau de importância a elas atribuído;
- ❖ Identificar e comparar as necessidades dos familiares de pacientes adultos internados em UTIs de hospital público e privado, segundo o grau de satisfação com o seu atendimento;
- ❖ Identificar as necessidades desses familiares que mais influenciam na avaliação do grau de importância e de satisfação.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 Desenho metodológico

Trata-se de um estudo observacional, comparativo e transversal, com abordagem quantitativa.

4.2 Locais de estudo

O estudo foi realizado em três UTIs do Município de São Paulo, sendo duas de hospital público e uma de hospital privado.

O hospital público é de porte extra-grande, com 968 leitos de internação ativos e caracteriza-se como hospital-escola integrado a um complexo hospitalar. Possui 10 UTIs destinadas a pacientes adultos, atendendo a diferentes tipos de especialidades médicas e perfazendo um total de 123 leitos ativos de terapia intensiva. Para este estudo, foram selecionadas a UTI Médica (com 11 leitos) e a UTI Cirúrgica (com 14 leitos), com o objetivo de compor uma amostra de caráter geral, clínica e cirúrgica.

O hospital atende, predominantemente, pacientes vinculados ao Sistema Único de Saúde, atendendo também pacientes conveniados a empresas de seguros de saúde.

O hospital privado é de grande porte, com 151 leitos para internação, sendo 19 de Terapia Intensiva para adultos, com atendimento clínico e cirúrgico. A maioria dos pacientes possui convênios com empresas de seguros de saúde.

Na seleção dos hospitais, cabe destacar que outras instituições privadas foram contatadas, porém houve recusa em autorizar a realização de entrevistas com familiares dos pacientes. Quanto ao hospital público, não houve restrições à realização desta pesquisa.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos deste estudo foram os familiares de pacientes adultos internados nas UTIs selecionadas. Foi entrevistado apenas um familiar de cada paciente, eleito como representante. Denominou-se como familiar, a pessoa que tinha laços de consangüinidade ou que era a mais próxima do paciente, que com ele residia e mantinha relacionamento estreito.

- ❖ Os critérios de inclusão dos sujeitos no estudo foram:
- ❖ ter idade igual ou superior a 18 anos;
- ❖ ter um familiar adulto internado na UTI por um período entre 24 e 96 horas após a admissão;
- ❖ ter visitado o paciente pelo menos uma vez durante o período de 24 a 96 horas após a admissão;
- ❖ apresentar condições de compreender e de responder as questões dos instrumentos;
- ❖ manifestar concordância em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 Amostragem e cálculo do tamanho da amostra

A amostragem foi do tipo não probabilística, considerando-se os familiares de pacientes internados nas UTIs selecionadas, no período de 26 de novembro de 2004 a 12 de fevereiro de 2005.

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado nos resultados da aplicação dos instrumentos a um grupo de 25 familiares das UTIs governamentais e de 15 familiares da UTI privada, sendo então definido um total mínimo de 84 sujeitos (42 em cada grupo), assumindo um erro α de 5% e poder de 80% (Hulley, Cummings, Browner, 2003).

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados quatro instrumentos para coleta dos dados, descritos a seguir:

4.5.1 Ficha de caracterização da Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A ficha de dados sobre a UTI (Anexo C) destinou-se ao registro das informações a propósito das características estruturais e funcionais da unidade, incluindo os seguintes itens: tipo de UTI, número de leitos, equipe de profissionais que atua na UTI e o respectivo número por plantão, infraestrutura e intervenções voltadas aos familiares e o horário de visitas.

4.5.2 Ficha de caracterização do paciente

A ficha de dados sobre o paciente (Anexo D) visou a obtenção de dados sociodemográficos e clínicos. As variáveis investigadas foram: idade, sexo, nível educacional, situação conjugal, religião, diagnóstico médico, nível

de gravidade, unidade de origem, tempo de internação, situação de saída da UTI, internações anteriores e comorbidades.

Para determinar o nível de gravidade da doença e o risco de óbito, foi utilizado o APACHE II -*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (Knaus et al., 1985; Livianu et al., 1998).

Os dados do APACHE II referentes as primeiras 24 horas de internação foram coletados do prontuário do paciente. Foram registrados em ficha própria (Anexo E), sendo posteriormente lançados em programa computadorizado para o cálculo do escore de gravidade e do risco de morte.

4.5.3 Ficha de caracterização do familiar

A ficha de informações sobre o familiar (Anexo G) destinou-se ao registro dos dados sócio-econômicos, demográficos e de relacionamento com o paciente, e foi preenchida mediante entrevista com o familiar.

Os dados obtidos foram: idade, sexo, nível educacional, estado civil, religião, situação de trabalho, renda mensal, relacionamento e convívio atual com o paciente, experiências anteriores com internações em UTI, nível de informação sobre o diagnóstico médico e sobre os profissionais que cuidavam do doente (médico e enfermeiro).

4.5.4 Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em

Terapia Intensiva – INEFTI

As necessidades dos familiares foram avaliadas por meio do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva – INEFTI (Anexo H).

Trata-se de um instrumento que teve como origem o *Critical Care Family Needs Inventory* - CCFNI - criado por Molter (1979). O CCFNI destina-se a medir o grau de importância que o familiar atribui a cada uma das 45 necessidades que o compõem, mediante atribuição de escores em uma escala tipo Likert de quatro pontos: (1) não importante, (2) pouco importante, (3) importante e (4) muito importante. A variação possível é, portanto, de 45 a 180. Não há um ponto de corte definido e nem itens com pontuações invertidas.

Na primeira publicação do instrumento, Molter (1979) apresenta os resultados da aplicação do instrumento baseados na frequência das respostas dos sujeitos do estudo. Nessa publicação, a autora não faz referência às propriedades de medida do CCFNI.

A análise fatorial do CCFNI revela um construto constituído por cinco categorias/dimensões: Informação, Segurança, Proximidade, Suporte e Conforto (Leske, 1991; Bijttebier et al, 2000). A consistência interna, mensurada pelo coeficiente Alfa de Cronbach, tem evidenciado um alto grau de confiabilidade do instrumento, com 0,92 para o total dos itens e para cada categoria, como segue: Suporte=0,88; Conforto=0,75; Informação=0,78; Proximidade=0,71 e Segurança=0,61 (Leske, 1991). No trabalho de Bijttebier

(2000) os domínios obtiveram valores de Alfa que variaram de 0,62 a 0,80. Macey e Bouman (1991) avaliaram a confiabilidade pelo teste-reteste conseguindo resultados satisfatórios.

O CCFNI foi adaptado para o português por Castro (1999), passando a ser denominado como Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI). O instrumento foi analisado quanto à validade de conteúdo por 10 juízes, tomando-se como referência um nível de 75% de concordância em relação à tradução, clareza, objetividade e compreensão dos itens. As análises efetuadas resultaram na exclusão de dois itens do instrumento original, obtendo-se uma composição de 43 itens.

A consistência interna do INEFTI foi avaliada pelo teste de duas metades, após aplicação em uma amostra de 103 familiares de pacientes com traumatismo crânio-encefálico, internados em uma UTI pública. O coeficiente de Spearman–Brown evidenciou valores de 0,74 e 0,77 para as metades testadas (Castro,1999). Não há dados sobre a consistência interna das dimensões.

A autora introduziu, ao lado da escala de medida do grau de importância das necessidades, uma outra coluna para avaliação do nível de satisfação dos familiares quanto ao atendimento de cada uma delas. Além dessa modificação no formato da escala original, Castro (1999) mudou também o sistema de pontuação das questões, adotando escores com variação de 0 a 3 nas escalas de importância e de satisfação.

As duas escalas de medida são crescentes, ou seja, quanto maior o valor atribuído aos itens, maior é o grau de importância ou de satisfação (Castro, 1999).

Em estudo brasileiro realizado com 47 familiares, em diferentes unidades de um hospital geral público, incluindo a UTI, Lucchese (2003), utilizou o INEFTI no formato adaptado para o português por Castro (1999), adotando, porém, as mesmas dimensões do instrumento original (CCFNI). Neste estudo, também não há relato sobre a consistência interna dessas dimensões.

No presente estudo, o instrumento utilizado (Anexo H) foi a versão do INEFTI disponível em português, adaptada por Castro (1999) e aplicada por Lucchese (2003), que possibilita avaliar a importância de 43 necessidades, assim como a satisfação em relação a elas. Optou-se, porém, por manter o mesmo sistema de pontuação, com variação de 1 a 4, e as mesmas dimensões do instrumento que deu origem ao INEFTI, de forma a facilitar a comparação com os resultados obtidos em diversos estudos internacionais utilizando o CCFNI. Considerando-se o total de itens e a escala de pontuação, o escore total do instrumento pode variar de 43 a 172.

As necessidades com média ≥ 3 foram definidas como aquelas consideradas importante e satisfeitas, sendo também o critério adotado nos estudos de Tin, French, Leung (1999) e Lee e Lau (2003).

O Quadro 1, a seguir, apresenta uma síntese da composição do INEFTI em relação às dimensões e respectivos itens, tal como foi utilizado no presente estudo.

Tabela 1. Distribuição dos itens do INEFTI, de acordo com as dimensões das necessidades.

Dimensões	Sigla	N °de itens	Items
Segurança	SEG	7	1, 5, 14, 17, 33, 40, 41
Proximidade	PROX	9	6, 10, 29, 34, 37, 38, 39, 42, 43
Informação	INF	8	3, 4, 11, 13, 15, 16, 19, 36
Conforto	CONF	6	8, 20, 21, 23, 28, 32
Suporte	SUP	13	2, 7, 9, 12, 18, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 35

4.6 Pré-teste

O pré-teste foi realizado num grupo de 10 familiares de pacientes das UTI públicas e 10 familiares da UTI privada, com o objetivo de verificar a aplicabilidade de todos os instrumentos, principalmente do INEFTI, no sentido de identificar possíveis dificuldades em relação à clareza e à compreensão dos itens pelo familiar, assim como o tempo de aplicação.

Percebeu-se, no decorrer das entrevistas, a necessidade de incluir mais um item no instrumento de caracterização dos pacientes (a unidade de origem) e no de caracterização dos familiares (o conhecimento a respeito do diagnóstico médico e dos profissionais que prestavam atendimento ao paciente). Com a obtenção destas informações, foi possível incluir os casos do pré-teste na amostra do estudo.

4.7 Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados no período de novembro de 2004 a fevereiro de 2005, nos horários de visita dos familiares.

A coleta de dados foi realizada pela autora do estudo e por uma colaboradora, graduada em Enfermagem, submetida a um treinamento prévio nos próprios campos de pesquisa, para padronização da forma de abordagem dos familiares e de aplicação dos instrumentos. Esse treinamento foi precedido pela discussão do conteúdo teórico e metodológico do projeto de pesquisa.

Inicialmente, realizou-se uma visita para conhecimento da estrutura e funcionamento das UTIs, assim como das rotinas relacionadas ao binômio paciente-família. Nessa ocasião, foi preenchido o instrumento de caracterização das UTIs (Anexo C), em entrevista com a enfermeira coordenadora da unidade.

Por meio de consulta ao censo diário das unidades, eram identificados os pacientes com tempo de internação entre 24 e 96 horas. Os familiares destes pacientes que atendiam os demais critérios de inclusão eram convidados a participar do estudo, explicando-se os seus objetivos. Havendo concordância, era imediatamente agendado um momento para entrevista, de acordo com a disponibilidade do familiar.

Os instrumentos referentes à caracterização sociodemográfica dos pacientes (Anexo D) e dos familiares (Anexo G), assim com o INEFTI (Anexo H), foram preenchidos por meio de entrevista. Os dados clínicos dos pacientes foram obtidos dos prontuários e complementados pelo familiar, quando necessário.

As entrevistas ocorreram em local privativo, próximo ou dentro da UTI, na sala de espera dos visitantes, já que a mesma permanecia vazia

após as visitas, ou na sala de reuniões da UTI. O tempo de duração das entrevistas variou de 20 a 45 minutos.

4.8.Considerações éticas

O projeto foi submetido à avaliação das Comissões de Ética em Pesquisa dos hospitais incluídos no estudo, tendo sido aprovado sem restrições (Anexo A).

Os familiares foram previamente orientados quanto aos objetivos da pesquisa e ao caráter voluntário da sua participação. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como o direito de recusar-se a participar do estudo em qualquer momento, sem que isso acarretasse prejuízo de qualquer natureza na assistência ao paciente.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) foi assinado pelos familiares que concordaram em participar do estudo, no início da entrevista, não havendo casos de recusa.

4.9 Tratamento e análise estatística dos dados

- ❖ Estatística descritiva foi utilizada para caracterização dos pacientes e dos respectivos familiares. Para comparação dos grupos público e privado, em relação aos dados categóricos, foi utilizado o Qui-quadrado de Pearson;
- ❖ Para avaliar a calibração do escore Apache II, foi utilizada a curva operacional de resposta (ROC), a qual considera a especificidade e sensibilidade, obtendo-se ao final, a área sob a curva. Valores de área sob

a curva acima de 0,70 indicam que a mensuração foi correta e os resultados confiáveis (Victora et al., 1997).

- ❖ Os dados contínuos e semicontínuos de cada variável foram inicialmente comparados quanto à aderência a curva normal através do teste de Kolmogorov-Smirnov e classificados em paramétricos e não paramétricos.
- ❖ Os dados não paramétricos foram representados através de mediana, quartil inferior (percentil 25) e quartil superior (percentil 75). Os grupos independentes (público e privado) foram comparados através do teste de Mann-Whitney.
- ❖ Os dados paramétricos foram representados através de média e desvio padrão. As médias dos grupos público e privado foram comparados através do teste t-Student para medidas não repetidas.
- ❖ Utilizou-se a Regressão Linear Múltipla para identificar as necessidades que contribuíram para a variação dos escores de importância e satisfação de cada um dos domínios do INEFTI. Foram considerados os domínios teóricos estabelecidos na construção deste instrumento. O modelo preditivo desta etapa incluiu as necessidades que apresentaram um nível descritivo do teste menor ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$) na análise de regressão linear univariada. Neste modelo, a variável dependente foi o escore do domínio e as independentes foram os seus respectivos itens, como pode ser observado no exemplo abaixo:

Modelo do domínio segurança:

$$\text{Escore do domínio} = \beta_0 + \beta_1.(\text{item 40}) + \beta_2.(\text{item 17}) \dots + \beta_7.(\text{item 41})$$

- ❖ A seguir, foi utilizado o modelo de Regressão Linear Múltipla Hierárquica (Victora et al., 1997; Tabachnick, Fidell, 2001) com o objetivo de determinar quais das necessidades, retidas nos modelos preditivos anteriores de cada domínio, tiveram maior influência no escore total das escalas de importância e satisfação. Foram incluídos nos modelos os itens que obtiveram um nível de significância do β inferior a 0,05 ($p < 0,05$) nas análises de Regressão Linear Múltipla de cada um dos domínios. O critério adotado para a determinação do modelo preditivo final, foi a retirada das necessidades que não apresentaram convergência com o escore total de cada escala, ou seja, que apresentaram $p \geq 0,05$. A Fig. 2 ilustra as etapas adotadas nas análises de Regressão Linear.
- ❖ A confiabilidade do INEFTI aplicado à amostra do estudo foi avaliada pela análise da consistência interna dos itens e domínios, nas escalas de importância e de satisfação. Utilizou-se o coeficiente Alfa de Cronbach, adotando-se o valor de 0,7 como limite inferior de consistência (Bland, Altman, 1997; Fayers, Machin, 2000).
- ❖ Foi considerado para o estudo, risco alfa $\leq 5\%$ de cometer erro tipo I ou de 1ª espécie e risco beta $\leq 20\%$ de cometer erro tipo II ou de 2ª espécie.
- ❖ Todas as análises foram efetuadas com o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 12.0 para plataforma Windows.

Figura 2. Modelo de Regressão Linear Múltipla Hierárquica para determinação das necessidades preditoras de importância e satisfação.

5 RESULTADOS

Serão apresentados, inicialmente, os dados de caracterização das Unidades de Terapia Intensiva utilizadas neste estudo; a seguir, os dados de caracterização dos pacientes e dos familiares e, por fim, os resultados obtidos da aplicação do INEFTI.

5.1 Caracterização das Unidades de Terapia Intensiva

5.1.1 UTIs do hospital governamental

Na instituição governamental, foram selecionadas duas UTIs: uma de atendimento predominantemente clínico (com 11 leitos) e outra, de atendimento cirúrgico (com 14 leitos). A equipe assistencial destas UTIs era constituída por um médico chefe, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e 2 fisioterapeutas. Nas duas Unidades, um técnico ou auxiliar de enfermagem respondia pelo cuidado de dois pacientes, por plantão. Na UTI cirúrgica, a relação enfermeiro assistencial/ paciente era de 1/7, e na UTI de clínica médica, essa relação era de 1/5. As Unidades contavam ainda com residentes de especialidades médicas, como cirurgia geral, clínica médica, terapia intensiva e pneumologia.

As duas Unidades não possuíam sala de espera para visitantes, sendo que na UTI cirúrgica, havia algumas cadeiras no corredor e um telefone próximo. A entrada dos visitantes nas diferentes unidades era controlada pelo pessoal de segurança, no andar térreo do hospital. Uma vez liberada a sua entrada, os familiares aguardavam a chamada para a visita em frente à porta da Unidade.

Em ambas Unidades havia apenas um horário de visita, no turno vespertino, sendo permitida a entrada de duas pessoas, uma de cada vez. Na UTI cirúrgica, o tempo previsto para visita era de 60 minutos, e na UTI de clínica médica, de 30 minutos.

As informações sobre o quadro clínico do paciente eram passadas pelo médico responsável após a visita, fora da Unidade. Um membro da equipe de enfermagem aproximava-se do visitante apenas quando solicitado. Não era permitido fornecer informações por telefone.

Não foram relatados programas sistematizados e específicos para atendimento aos familiares; no momento da admissão do paciente, os familiares recebiam uma orientação geral, com conteúdo centrado nas normas e rotinas da Unidade. Atendimento religioso podia ser providenciado mediante solicitação dos familiares. Outros profissionais, como psicólogo e assistente social, podiam ser solicitados pelo enfermeiro, em situações que ele julgasse necessário.

Conforme observado pela pesquisadora, os cuidados de enfermagem ao paciente eram prestados pelo pessoal técnico e auxiliar, sob supervisão do enfermeiro assistencial. Cabia também a este profissional realizar procedimentos de maior complexidade e assumir atividades de gerenciamento da UTI, na ausência do enfermeiro coordenador da equipe.

5.1.2 UTI do hospital privado

A UTI da instituição privada possuía 19 leitos, distribuídos em Unidade coronariana, de isolamento e de choque. A equipe era constituída de três médicos plantonistas, um enfermeiro coordenador, quatro enfermeiros assistenciais, nove técnicos de enfermagem e dois fisioterapeutas. A relação enfermeiro assistencial/ paciente era de 1/5.

Apesar de existir uma sala de espera no mesmo andar da UTI, era pouco utilizada pelos familiares. A sala de espera mais utilizada era a do andar térreo, distante da UTI, onde os familiares dispunham de sofás e cadeiras, banheiro, telefone e uma lanchonete próxima. O acesso à Unidade era liberado pelos recepcionistas, após o fornecimento de um crachá de identificação de visitante.

Havia três horários de visita, um em cada período do dia, com 30 minutos de duração, permitindo-se a entrada de duas pessoas por vez. Os familiares não tinham acesso a informações prévias acerca do estado do doente. Orientações sobre a UTI eram dadas na admissão do doente, de maneira formal, com a entrega de um manual contendo informações sobre equipamentos, horários de visita, formas de atendimento ao familiar e outras orientações gerais.

As informações sobre o estado de saúde do paciente eram passadas pelo médico, no período da manhã. Em todos os horários de visita, os enfermeiros tinham orientação para dirigir-se ao leito do paciente, apresentar-se aos visitantes e a estabelecer um diálogo com eles. As

informações por telefone eram permitidas apenas nos casos de internação prolongada.

O atendimento religioso ao paciente era habitualmente realizado pelo capelão do hospital e aos familiares, quando solicitado. O hospital contava ainda com um psicólogo para o atendimento aos familiares durante a visita, em dias determinados e sempre que solicitado.

Foram identificados programas específicos de humanização voltados aos familiares da UTI, incluindo: liberação de visita no dia do aniversário do paciente, entrega do manual de orientação sobre a Unidade, com o nome da enfermeira e do médico responsável pelo cuidado do paciente.

A assistência de enfermagem na instituição privada era semelhante à observada na UTI pública, com o diferencial de uma menor relação enfermeiro/paciente.

5.2 Caracterização dos pacientes

Na Tabela 2 estão apresentados os dados de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes, em relação ao total da amostra e comparativamente entre os grupos público e privado.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes de UTI, segundo tipo de hospital. São Paulo, 2005.

Variáveis	Público		Privado		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária							
18 – 39	9	19,1	9	20,5	18	19,8	0,312
40 – 59	14	29,8	8	18,2	22	24,2	
60 – 79	20	42,6	18	40,9	38	41,8	
Acima de 80	4	8,5	9	20,5	13	14,3	
Sexo							
Masculino	23	48,9	19	43,2	42	46,2	0,582
Feminino	24	51,1	25	56,8	49	53,8	
Nível educacional*							
Nível 1	34	72,3	27	62,8	61	67,0	0,032
Nível 2	10	21,3	5	11,6	15	16,5	
Nível 3	3	6,4	11	25,6	15	16,5	
Religião							
Católica	33	70,2	34	77,3	67	73,6	0,484
Não católica	14	29,8	10	22,7	24	26,4	
Situação conjugal							
Solteiro	9	19,1	5	11,4	14	15,4	0,559
Casado	23	48,9	25	56,8	48	52,7	
Separado/ Viúvo	15	31,9	14	31,8	29	31,9	
Unidade de origem							
Enfermaria	15	31,9	11	25,0	26	28,6	0,006
Centro cirúrgico	22	46,8	10	22,7	32	36,2	
Pronto Socorro	10	21,3	23	52,3	33	36,3	
Internações anteriores em UTI							
Sim	28	59,6	34	77,3	62	68,1	0,070
Não	19	40,4	10	22,7	29	31,9	
Motivo da internação							
Pós Operatório Imed.	22	46,9	10	22,7	32	35,2	0,012
Dç. Respiratórias	9	19,4	10	22,7	19	20,9	
Sepse	7	14,5	3	6,9	10	10,9	
Dç. Cardiovasculares	2	4,3	11	25,0	13	14,3	
Outras**	7	14,8	10	22,7	17	18,7	
Tempo de permanência (dias)							
1 – 2	2	4,3	15	34,1	17	18,7	<0,001
3 – 6	21	44,7	19	43,2	40	44,0	
Acima de 7	24	51,1	10	22,7	34	37,4	
Média (DP)	9 ± 8,0		6 ± 10,5		7 ± 9,4		
Risco de Óbito - APACHE II (%)							
Mediana	24,3		14,6		19,6		0,259
(1º e 3º quartil)	(12,2 – 36,9)		(8,6 – 39,0)		(10,3 – 36,9)		
Situação de saída da unidade							
Alta	35	74,5	37	84,1	72	79,1	0,259
Óbito	12	25,5	7	15,9	19	20,9	

*Nível 1: Analfabeto, 1º grau incompleto ou completo, Nível 2: 2º grau incompleto ou completo, Nível 3: 3º grau incompleto, completo ou pós graduação;

**Distúrbio Hidroeletrolítico, Choque hemorrágico, Insuficiência hepática, Politrauma e Doença cerebrovascular.

Considerando-se o total de 91 pacientes, observa-se na Tabela 2, que houve predomínio de pacientes na faixa etária entre 60 e 79 anos (41,8%). A distribuição etária não diferiu significativamente entre os dois grupos ($p=0,312$), sendo a média geral de $59,6 \pm 19,3$ anos.

Pouco mais da metade da amostra era do sexo feminino (53,8%). A distribuição por sexo foi semelhante entre os pacientes do hospital público e privado ($p=0,582$).

Os pacientes, em sua maioria, eram analfabetos ou possuíam o nível fundamental de ensino (67%); entretanto, os grupos diferiram quanto à escolaridade ($p=0,032$), uma vez que no hospital privado houve ocorrência muito maior de pacientes com nível superior (25,6%) do que no público (6,4%).

Quando questionados sobre a religião, 73,6% dos pacientes afirmaram serem católicos, com proporções semelhantes no hospital público (70,2%) e no privado (77,3%) ($p=0,484$).

Em ambos os tipos de hospital, predominaram os pacientes casados (52,7%), não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos público (48,9%) e privado (56,8%) ($p=0,559$).

Parte considerável dos pacientes respondeu afirmativamente à questão sobre experiência anterior com internação em UTI (68,1%), com maior percentual entre os pacientes do hospital privado (77,3%) do que no público (59,6%). Contudo, esta diferença não obteve significância estatística ($p=0,070$).

Quanto à unidade de origem, os dois grupos de pacientes apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p=0,006$), sendo que na UTI pública, a maioria era proveniente do centro cirúrgico (46,8%) e na UTI privada, do pronto socorro (52,3%). Considerada no seu total, a amostra se distribuiu de forma eqüitativa quanto à proveniência do centro cirúrgico (36,2%) e do pronto socorro (36,3%).

Foram mais freqüentes os pacientes que receberam tratamento clínico (60,4%) e, neste caso, as doenças respiratórias foram responsáveis por 20,9% das internações. Entre os pacientes cirúrgicos, o pós-operatório imediato foi o principal motivo de internação (35,2%). As diferenças entre os grupos quanto ao tipo de tratamento e ao motivo da internação foram estatisticamente significativas ($p=0,001$ e $p=0,012$, respectivamente).

Observou-se que 41,7% do total de pacientes apresentavam pelo menos uma comorbidade na admissão, sendo a distribuição semelhante nos dois tipos de instituição ($p=0,901$). Em ambos, a Hipertensão Arterial, o Diabetes Mellitus e as Neoplasias foram as comorbidades mais freqüentes.

Quanto ao tempo de permanência na UTI, 44% do total de pacientes estiveram internados por um período de 3 a 6 dias e 37,4% por mais de 7 dias. A média geral de permanência na UTI foi de $7 \pm 9,4$ dias, sendo de 9 ± 8 dias no hospital público e de $6 \pm 10,5$ dias no privado. Os pacientes do hospital público permaneceram internados por maior tempo, pois 51,1% passaram mais de 7 dias na UTI, enquanto que no privado, este foi o tempo de internação para 22,7% dos pacientes ($p<0,001$).

Em relação nível de gravidade dos pacientes, foi previamente analisado o desempenho do escore APACHE II, utilizando-se a Curva ROC (*“Receiver Operating Characteristics”*). O resultado obtido está apresentado no Anexo F. A área sob a curva foi de 0.729 ($p=0,002$), o que demonstra o bom desempenho do escore.

Os pacientes da instituição pública apresentaram mediana do risco de morte de 24,3% (12,2 – 36,9), enquanto que para os pacientes da unidade privada, este risco foi de 14,6% (8,6 – 39,0), não havendo diferença significativa entre os grupos ($p=0,259$).

No que se refere à situação de saída da UTI (alta ou óbito), observou-se que 79,1% dos pacientes tiveram alta da unidade; no hospital público, o percentual de óbitos (25,5%) foi maior do que no privado (15,9%), mas sem significância estatística ($p=0,259$).

Em síntese, os dados da Tabela 1 mostram que os pacientes dos dois grupos apresentaram características semelhantes quanto à faixa etária, sexo, religião, situação conjugal, experiências anteriores de internação em UTI, risco de óbito e situação de saída da UTI. As diferenças entre os grupos foram relacionadas ao nível educacional, unidade de origem, tipo de tratamento, motivo da internação e tempo de permanência na UTI.

5.3 Características dos familiares

Foram incluídos no estudo 91 familiares de pacientes, sendo 47 do hospital público e 44 do privado. Na Tabela 3 estão apresentados os dados de caracterização sociodemográfica dos grupos estudados.

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos familiares de pacientes de UTI, segundo tipo de hospital. São Paulo, 2005

Variáveis	Público		Privado		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária							
18 a 39	16	34,1	19	43,2	35	38,5	0,512
40 a 59	26	55,3	19	43,2	45	49,5	
60 a 79	05	10,6	06	13,6	11	12,0	
Sexo							
Feminino	35	74,5	33	75,0	68	74,7	0,983
Masculino	12	25,5	11	25,0	23	25,3	
Nível educacional*							
Nível 1	19	40,4	8	18,2	27	29,7	0,024
Nível 2	16	34,0	14	31,8	30	33,0	
Nível 3	12	25,5	22	50,0	34	37,4	
Religião							
Católica	30	63,8	29	65,9	59	64,8	0,836
Não católica	17	36,2	15	34,1	32	35,2	
Situação conjugal							
Solteiro	12	25,5	9	20,5	21	23,1	0,709
Casado/ União consensual	27	57,4	29	65,9	56	61,5	
Separado /Divorciado/	8	17,0	6	13,6	14	15,4	
Viúvo							
Grau de parentesco							
Cônjuge	7	14,9	8	18,2	15	16,5	<0,001
Pais	5	10,6	7	15,9	12	13,2	
Filhos	21	44,7	27	61,4	48	52,7	
Irmãos/ Outros	14**	29,8	2	4,5	16	17,6	
Situação de trabalho/ atividade							
Empregado/ autônomo	22	46,8	31	70,5	53	58,2	0,099
Desempregado	4	8,5	1	2,3	5	5,5	
Aposentado	10	21,3	4	9,1	14	15,4	
Dona de casa	11	23,4	8	18,2	19	20,9	
Renda familiar (SM=salários mínimos)							
< 1 a 3 SM	23	48,9	4	9,1	27	29,7	<0,001
4 a 5 SM	10	21,3	9	20,5	19	20,9	
6 a 10 SM	9	19,1	13	29,5	22	24,2	
>10 SM	5	10,6	18	40,9	23	25,3	
Experiência anterior com parentes em UTI							
Sim	27	57,4	27	61,4	54	59,3	0,831
Não	20	42,6	17	38,6	37	40,7	
Momento da entrevista após a internação (Horas)							
24 a 47	13	27,7	28	63,6	41	45,1	0,003
48 a 71	18	38,3	8	18,2	26	28,6	
72 a 96	16	34,0	8	18,2	24	26,4	
Informação sobre o diagnóstico							
Sim	42	89,4	41	93,2	83	91,2	0,715
Não	5	10,6	3	6,8	8	8,8	
Informação sobre o nome do médico							
Sim	27	57,4	36	81,8	63	69,2	0,014
Não	20	42,6	8	18,2	28	30,8	
Informação sobre o nome da enfermeira							
Sim	11	23,4	24	54,5	35	38,5	0,003
Não	36	76,6	20	45,5	56	61,5	

*Nível 1: Analfabeto, 1º grau incompleto ou completo; Nível 2: 2º grau incompleto ou completo; Nível 3: 3º grau incompleto, completo ou pós graduação. ** Tios(2), sobrinho(1) e neto(1).

Observa-se, na Tabela 3, que cerca de metade dos familiares (49,5%) concentrou-se na faixa etária entre 40 e 59 anos. Na instituição pública, a maioria deles (55,3%) encontrava-se nesta mesma faixa de idade, enquanto que na unidade privada, houve igual proporção de 43,2% nas faixas de 18 a 39 anos e de 40 a 59 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição etária dos grupos público e privado ($p=0,512$). A média geral de idade foi de $44,2 \pm 19,1$ anos.

Os familiares deste estudo eram predominantemente do sexo feminino (74,7%), mantendo-se esta característica tanto no hospital público (74,5%) quanto no privado (75,0%) ($p=0,953$).

Em relação ao nível educacional, observou-se que, no total da amostra, houve uma freqüência bastante próxima de familiares com o 2º. e o 3º. graus de escolaridade (33% e 37,4%, respectivamente). Entretanto, considerando cada grupo de forma independente, verificou-se que, no hospital privado, era muito maior a proporção de familiares com nível superior de escolaridade (50%) do que no hospital público (25,5%). Nesta instituição, familiares analfabetos ou apenas com o nível fundamental de ensino foram muito mais freqüentes (40,4%) do que na instituição privada (18,2%). As diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas ($p=0,024$).

Quanto a religião, a maioria dos familiares das duas unidades era católica (64,8%), mantendo-se a mesma predominância em cada uma delas ($p=0,836$).

No que se refere à situação conjugal, foram mais freqüentes as pessoas casadas ou em união consensual, tanto na amostra total (61,5%), como nos grupos público (57,4%) e privado (65,9%) ($p=0,709$).

Quanto ao grau de parentesco com o paciente, de modo geral, os familiares mais presentes nas UTIs foram os filhos (52,7%). Contudo, a distribuição quanto a esta variável diferiu significativamente entre os dois grupos estudados ($p<0,001$). Na UTI pública, além dos filhos (44,7%), outros 29,8% eram tios, sobrinho e neto, os quais representaram apenas 4,5% dos familiares da UTI privada. Entre os familiares entrevistados, o tempo de convivência com o paciente foi semelhante, com média de $30,8 \pm 18,6$ anos no hospital privado e de $28,0 \pm 15,1$ anos no hospital público ($p=0,435$).

Em relação à situação de trabalho, a maioria dos familiares (58,2%) tinha emprego ou atividade autônoma. Na UTI pública, a proporção de familiares nesta condição era muito menor (46,8%) do que na UTI privada (70,5%), assim como era maior o número de aposentados (21,3%) contra (9,1%). Estas diferenças, porém, não foram estatisticamente significativas ($p=0,099$).

Quanto à renda da família, no geral, a amostra se distribuiu de forma praticamente semelhante nas diferentes faixas de salários mínimos. Entretanto, na comparação dos grupos, constatou-se diferença significativa entre eles ($p<0,001$), uma vez que, na UTI privada, 40,9% dos familiares tinham renda superior a 10 salários mínimos, enquanto que para 48,9% dos familiares da UTI pública, a renda familiar era de até três salários mínimos.

A maior parte dos familiares das duas unidades já havia vivenciado experiências anteriores com parentes em UTI (59,3%), não havendo diferença significativa entre as proporções observadas nos grupos público (57,4%) e privado (61,4%) ($p=0,831$).

Quanto ao momento em que foi realizada a entrevista com os familiares, 45,1% deles foram abordados no período entre 24 e 47 horas de internação do paciente; neste mesmo período, foram entrevistados 63,3% dos familiares da unidade privada e 27,7% do hospital público ($p=0,003$).

Quase todos os familiares informaram conhecer o diagnóstico médico do paciente (91,2%), tanto na UTI pública (89,4%), como na privada (93,2%) ($p=0,715$).

Em relação ao conhecimento dos profissionais que cuidavam do paciente, 69,2% da amostra total informaram conhecer o médico e 61,5%, a enfermeira; na unidade privada, 81,8% dos familiares sabiam o nome do médico e na unidade pública, o percentual foi de 57,4% ($p=0,014$). Já quanto à enfermeira, 54,5% dos familiares da UTI privada e 23,4% da UTI pública a conheciam pelo nome, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,003$).

Os dados da Tabela 2 mostram, portanto, que os familiares dos dois grupos apresentaram características semelhantes quanto à faixa etária, sexo, religião, situação conjugal, situação de trabalho, experiências anteriores com parentes em UTI e quanto ao conhecimento do diagnóstico de seu parente. Diferenças com significância estatística foram observadas em relação ao nível educacional, grau de parentesco com o paciente, renda

familiar, momento em que a entrevista foi realizada e quanto ao conhecimento dos profissionais que cuidavam do paciente.

5.4 Análise da confiabilidade do INEFTI

A confiabilidade do INEFTI foi analisada pela consistência interna do total de itens e dos domínios do instrumento. A Tabela 4 mostra os valores do coeficiente Alfa de Cronbach, em relação aos escores de importância e satisfação.

Tabela 4. Coeficiente Alfa de Cronbach dos domínios e itens do INEFTI, em relação às medidas de importância e satisfação. São Paulo, 2005.

Domínios	Importância	Satisfação
Segurança	0,43	0,79
Proximidade	0,37	0,67
Informação	0,27	0,72
Conforto	0,39	0,47
Suporte	0,62	0,72
Total dos itens	0,79	0,86

De acordo com os resultados da Tabela 4, observa-se que, quanto à medida da importância, os 43 itens do INEFTI apresentaram um coeficiente de confiabilidade satisfatório (Alfa= 0,79). Entretanto, quando os domínios são analisados de forma independente, apenas o domínio Suporte obteve um coeficiente mais próximo do aceitável (Alfa=0,62). Todos os demais mostraram uma consistência interna muito baixa (valores do Alfa de 0,27 a 0,43).

Quanto à medida do grau de satisfação, o INEFTI apresentou maiores índices de confiabilidade em relação ao total dos itens, obtendo-se um coeficiente Alfa de 0,86. Em relação ao desempenho individual dos domínios, Proximidade e Conforto foram os que apresentaram menor

consistência interna, sendo que o domínio Conforto foi o mais inconsistente ($\text{Alfa}=0,47$).

As inconsistências observadas nos domínios do INEFTI, sobretudo em relação à escala de importância, torna pouco confiável qualquer resultado que se obtenha tomando-se, como medida, os agrupamentos dos itens, da forma como se apresentam. Por este motivo, optou-se por desconsiderar as necessidades agrupadas em domínios e mensurar a sua importância com base no conjunto das 43 necessidades do INEFTI, cujo índice de confiabilidade mostrou-se satisfatório ($\text{Alfa}=0,79$).

Este mesmo procedimento foi adotado para a medida da satisfação, apesar da consistência aceitável de três dos cinco domínios da escala, no intuito de homogeneizar o tratamento e a análise dos dados.

Cabe ressaltar que, apesar de ter-se imposto o descarte dos domínios do INEFTI, enquanto medidas-síntese na avaliação das necessidades, no contexto deste estudo, elas serão individualmente denominadas, de acordo com a sua natureza (Segurança, Informação, Proximidade, Conforto e Suporte).

5.5 Avaliação do grau de importância e de satisfação das necessidades de familiares dos pacientes dos hospitais público e privado

Os resultados da análise do grau de importância e satisfação apresentaram escores totais aderentes à curva Gaussiana. Sendo assim, serão apresentados os escores médios das escalas, no total e de cada item, de forma comparativa entre os grupos de familiares das instituições pública e privada, analisados pelo teste t de Student. A seguir, serão apresentados os resultados da Regressão Linear Múltipla Hierárquica das necessidades, segundo as escalas de importância e de satisfação, em ambos os grupos estudados.

Na Tabela 5 estão dispostos, comparativamente, as médias e os desvios-padrão dos escores de importância de cada uma das 43 necessidades do INEFTI.

Tabela 5. Média e desvio-padrão dos escores de importância das 43 necessidades do INEFTI, segundo familiares de pacientes das UTIs dos hospitais público e privado. São Paulo, 2005.

Item	Necessidades	Publico	Privado	p*
		Média ± DP	Média ± DP	
42-PR	Ver o paciente freqüentemente	3,98 ±0,14	3,82 ±0,65	0,106
40-SG	Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente	3,98 ±0,14	3,98 ±0,15	0,963
37-PR	Ser comunicado sobre possíveis transferências	3,98 ±0,14	3,89 ±0,49	0,222
17-SG	Estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente	3,98 ±0,14	4,00 ±0,00	0,323
16-IN	Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente	3,98 ±0,14	3,95 ±0,21	0,529
13-IN	Saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente	3,98 ±0,14	3,98 ±0,15	0,963
1-SG	Saber quais chances de melhora do paciente	3,98 ±0,14	3,98 ±0,15	0,963
3-IN	Poder conversar com o medico todos os dias	3,96 ±0,20	3,98 ±0,15	0,598
34-PR	Começar a visita na hora marcada	3,94 ±0,24	3,73 ±0,49	0,029
33-SG	Receber explicações que possam ser compreendidas	3,94 ±0,24	3,95 ±0,21	0,703
5-SG	Ter perguntas respondidas com franqueza	3,94 ±0,24	3,84 ±0,64	0,362
15-IN	Saber quais profissionais estão cuidando do paciente	3,91 ±0,45	3,89 ±0,38	0,748
11-IN	Saber quem pode dar a informação que necessito	3,91 ±0,45	3,93 ±0,25	0,827
9-SP	Ser informado sobre o que fazer quando estiver ao lado do paciente	3,87 ±0,49	3,84 ±0,52	0,770
14-SG	Sentir que há esperança de melhora do paciente	3,87 ±0,61	3,89 ±0,49	0,904
41-SG	Ser informado a respeito de tudo que se relacione a evolução do paciente	3,87 ±0,53	3,95 ±0,21	0,345
2-SP	Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita	3,85 ±0,36	3,91 ±0,29	0,399
39-PR	Receber informações sobre o paciente no mínimo uma vez ao dia	3,85 ±0,62	3,95 ±0,30	0,322
28-CN	Ter certeza que tudo está bem para deixar o hospital por algum tempo	3,83 ±0,63	3,89 ±0,38	0,607
21-CN	Sentir se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital	3,83 ±0,52	3,82 ±0,44	0,909
19-IN	Saber exatamente o que está sendo feito para o paciente	3,83 ±0,63	3,93 ±0,25	0,324
32-CN	Ter um banheiro perto da sala de espera	3,81 ±0,64	3,80 ±0,59	0,920
31-SP	Saber quais os outros profissionais podem me ajudar	3,72 ±0,71	3,82 ±0,49	0,461
23-CN	Ter um telefone perto da sala de espera	3,68 ±0,81	3,57 ±0,95	0,546
6-PR	Ter horário de visita modificado em situações especiais	3,66 ±0,86	3,45 ±1,04	0,313
27-SP	Ter alguém que se preocupa com a minha saúde	3,62 ±0,87	3,20 ±1,13	0,054
12-SP	Ter amigos por perto para apoiá-lo	3,57 ±0,95	3,75 ±0,71	0,321
38-PR	Ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente	3,55 ±1,03	3,77 ±0,74	0,252
4-IN	Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone	3,53 ±0,85	3,45 ±1,02	0,697
30-SP	Sentir-se à vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções	3,47 ±1,01	3,64 ±0,75	0,374
26-SP	Ser acompanhado por profissional, amigo ou familiar durante a visita	3,47 ±1,06	3,57 ±0,87	0,623
43-PR	Ter sala de espera perto do paciente	3,47 ±1,06	3,09 ±1,27	0,127
22-SP	Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros	3,36 ±1,09	3,70 ±0,73	0,084
24-SP	Ter a visita de alguém da religião a qual pertença	3,34 ±1,10	3,57 ±0,87	0,391
25-PR	Conversar com a mesma enfermeira todos os dias	3,32 ±1,12	3,45 ±0,97	0,540
25-SP	Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente	3,23 ±1,23	3,59 ±0,97	0,131
7-SP	Falar sobre sentimentos negativos relacionados ao que está acontecendo	3,13 ±1,26	2,68 ±1,44	0,120
8-CN	Ter uma boa lanchonete no hospital	3,11 ±1,16	3,73 ±0,49	0,002
35-SP	Ser informado sobre serviços religiosos	2,91 ±1,28	3,36 ±1,05	0,073
36-IN	Ajudar a cuidar do paciente na UTI	2,89 ±1,38	2,75 ±1,40	0,624
20-CN	Ter móveis confortáveis na sala de esperada UTI	2,81 ±1,36	3,39 ±1,06	0,027
10-PR	Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora	2,55 ±1,28	2,41 ±1,41	0,613
18-SP	Ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital	1,89 ±1,25	2,55 ±1,47	0,025
Escore total		3,59 ± 0,26	3,64 ± 0,25	0,410

* teste t Student, SG: segurança, IN: informação, PR: proximidade, SP: suporte, CN: conforto.

Conforme se observa na Tabela 5, a média dos escores dos itens variou de 3,98 a 1,89 para os familiares do hospital público e de 4,00 a 2,41 para os do hospital privado. Verifica-se também que, em relação os escores

totais de importância, não houve diferença significativa entre os familiares das UTIs pública e privada ($p=0,410$).

Do total das necessidades, cerca de 89% foram consideradas importantes ou muito importantes pelos familiares de ambas as instituições, tendo como critério, os itens que apresentaram médias $\geq 3,0$ (Tin, French, Leung, 1999; Lee, Lau, 2003).

Para os familiares da instituição pública, sete necessidades se destacaram igualmente com a pontuação mais elevada (3,98): “ver o paciente freqüentemente”, “sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente”, “ser comunicado sobre possíveis transferências”, “estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente”, “saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente”, “saber por que determinados tratamentos foram realizados com o paciente”, “saber quais as chances de melhora do paciente”.

Já para os familiares da UTI privada, foram cinco as necessidades de maior destaque, sendo elas: “estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente” (4,00), “sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente” (3,98), “poder conversar com o médico todos os dias” (3,98), “saber por que determinados tratamentos foram realizados com o paciente” (3,98), “saber quais as chances de melhora do paciente” (3,98).

As necessidades de maior destaque nos dois hospitais eram relacionadas à Segurança, à Informação e à Proximidade. Quatro delas foram comuns aos dois grupos: “sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente”, “estar seguro que o melhor tratamento possível

está sendo dado ao paciente”; “saber por que determinados tratamentos foram realizados com o paciente” e “saber quais as chances de melhora do paciente”.

Quanto às necessidades menos importantes (média <3,0), foram indicadas pelos familiares do hospital público: “ser informado sobre serviços religiosos” (2,91), “ajudar a cuidar do paciente na UTI” (2,89), “ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI” (2,81), “ser permitido visitar o paciente a qualquer hora” (2,55) e “ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital” (1,89).

Os familiares do hospital privado consideraram quatro necessidades como as menos importantes: “ajudar a cuidar do paciente na UTI” (2,75), “falar sobre sentimentos negativos relacionados ao que está acontecendo” (2,68), “ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital” (2,55), “ser permitido visitar o paciente a qualquer hora” (2,41).

As necessidades de menor importância, para os familiares dos dois hospitais, estavam relacionadas ao Suporte, Informação, Proximidade e Conforto. Três delas foram comuns aos dois grupos: “ajudar a cuidar do paciente na UTI”, “ser permitido visitar o paciente a qualquer hora” e “ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital”.

A comparação das médias de cada um dos 43 itens de importância revelou que os grupos diferiram significativamente apenas em relação a quatro necessidades: “começar a visita na hora marcada” ($p=0,029$), “ter uma boa lanchonete no hospital” ($p=0,002$), “ter móveis confortáveis na sala de espera” ($p=0,027$) e “ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto

estiver no hospital” ($p=0,025$). À exceção do primeiro item (começar a visita na hora marcada), considerado de maior importância para os familiares da UTI pública, nos demais, os escores foram mais elevados entre os familiares da UTI privada.

A seguir, buscando identificar as necessidades capazes de influenciar o escore total de importância, foi realizada a análise de Regressão Linear Múltipla Hierárquica. Na Tabela 6 apresenta-se os resultados dessa análise.

Tabela 6. Regressão linear múltipla dos itens de importância do INEFTI entre familiares de UTI pública e privada. São Paulo, 2005.

Necessidades	DOM	Beta	Posto	p	r*
Público**					
Saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente	IN	0,578	1	<0,001	0,497
Saber quem pode dar a informação que eu necessito	IN	0,140	2	<0,001	0,265
Conversar com a mesma enfermeira todos os dias	PR	0,082	3	<0,001	0,493
Ser informado sobre serviços religiosos	SP	0,057	4	<0,001	0,581
Ter uma boa lanchonete no hospital	CN	0,046	5	<0,001	0,255
Ter a visita de alguém da religião a qual pertence	SP	0,042	6	<0,001	0,396
Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros	SP	0,040	7	<0,001	0,585
Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI	CN	0,032	8	0,004	0,559
Privado***					
Saber quais as chances de melhora do paciente	SG	0,479	1	<0,001	0,366
Ser comunicado sobre possíveis transferências	IN	0,145	2	<0,001	0,152
Ter amigos por perto para apoiá-lo	SP	0,134	3	<0,001	0,401
Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI	CN	0,074	4	<0,001	0,424
Sentir se a vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções	SP	0,058	5	0,006	0,347
Ser informado sobre serviços religiosos	SP	0,056	6	<0,001	0,519
Ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital	SP	0,041	7	<0,001	0,685
Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora	PR	0,031	8	0,002	0,507

*r= correlação **r²ajustado= 0,99; *** r²ajustado= 1,0

A Tabela 6 mostra os itens da escala de importância que permaneceram no modelo final da Regressão Múltipla Hierárquica. Observa-se que, no hospital público, o item que mais influenciou a variação no escore total de importância foi “saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente” ($\beta=0,578$). Os itens “ser informado sobre serviços religiosos” e “ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI”, que não

foram considerados importantes quando avaliados isoladamente (média <3,0), adquiriram importância quando ajustados para as demais necessidades.

Na unidade privada, a necessidade que promoveu maior variação no escore final de importância foi “saber quais as chances de melhora do paciente” ($\beta=0,479$). As necessidades “ser permitido visitar o paciente a qualquer hora” e “ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital”, que tiveram pouca importância (média <3) ao serem analisadas isoladamente, passaram a ter importância ao serem analisadas em conjunto com os demais itens do instrumento. Estas duas necessidades foram as que menos influenciaram no escore total de importância, quando ajustadas pelas demais.

As necessidades que permaneceram nos modelos finais, em sua maioria, diferiram entre os serviços. Apenas os itens “ter móveis confortáveis na sala de espera UTI” e “ser informado sobre serviços religiosos” foram comuns a ambos. Entretanto, o item “ter móveis confortáveis na sala de espera UTI” promoveu um maior incremento no escore total do hospital privado ($\beta= 0,074$) que do público ($\beta= 0,032$).

O modelo final de importância para as UTIs pública e privada explicou 99% ($r^2a=0,99$) e 100% ($r^2a=1,0$), respectivamente, da variabilidade do escore final de importância, demonstrando a excelente interinidade dos itens e a linearidade dos modelos. Dos 43 itens que compuseram o escore total de importância, apenas 8 foram preditores ($p<0,05$) do escore final, tanto no serviço público quanto no privado.

A Tabela 7 apresenta as médias e desvios-padrões dos itens do INEFTI nos serviços público e privado, e o nível de significância (p-valor) da comparação das médias.

Tabela 7. Média e desvio-padrão dos escores de satisfação das 43 necessidades do INEFTI, segundo familiares de pacientes das UTIs dos hospitais público e privado. São Paulo, 2005.

Item	Necessidades	Público	Privado	p*
		Média ±DP	Média ±DP	
3-IN	Poder conversar com o medico todos os dias	3,81 ±0,39	3,73 ±0,69	0,500
40-SG	Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente	3,77 ±0,56	3,73 ±0,54	0,739
5-SG	Ter perguntas respondidas com franqueza	3,77 ±0,52	3,91 ±0,29	0,112
17-SG	Estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente	3,72 ±0,64	3,82 ±0,54	0,450
41-SG	Ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente	3,70 ±0,62	3,68 ±0,60	0,875
14-SG	Sentir que há esperança de melhora do paciente	3,61 ±0,80	3,77 ±0,57	0,288
1-SG	Saber quais as chances de melhora	3,60 ±0,71	3,59 ±0,69	0,974
28-CN	Ter certeza que tudo está bem para deixar o hospital por algum tempo	3,57 ±0,86	3,45 ±0,95	0,565
33-SG	Receber explicações que possam ser compreendidas	3,45 ±0,90	3,66 ±0,68	0,211
21-CN	Sentir se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital	3,40 ±0,92	3,64 ±0,75	0,194
19-IN	Saber exatamente o que está sendo feito para o paciente	3,40 ±0,94	3,61 ±0,75	0,245
16-IN	Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente	3,38 ±0,96	3,57 ±0,69	0,300
13-IN	Saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente	3,38 ±1,01	3,77 ±0,64	0,032
25-SP	Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente	3,30 ±1,09	2,91 ±1,36	0,131
12-SP	Ter amigos por perto para apóia-lo	3,30 ±1,08	3,68 ±0,82	0,062
30-SP	Sentir se a vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções	3,30 ±1,08	3,48 ±0,97	0,408
39-PR	Receber informações sobre o paciente no mínimo uma vez ao dia	3,19 ±1,15	3,50 ±0,92	0,165
42-PR	Ver o paciente freqüentemente	3,19 ±1,15	3,57 ±0,90	0,087
15-IN	Saber quais profissionais estão cuidando do paciente	3,13 ±1,05	3,64 ±0,75	0,010
43-PR	Ter sala de espera perto do paciente	3,11 ±1,23	3,09 ±1,25	0,953
11-IN	Saber quem pode dar a informação que necessito	3,11 ±1,20	3,43 ±1,02	0,167
2-SP	Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita	3,09 ±1,13	3,57 ±0,78	0,022
23-CN	Ter um telefone perto da sala de espera	3,07 ±1,18	2,79 ±1,37	0,307
34-PR	Começar a visita na hora marcada	2,91 ±1,24	3,34 ±0,83	0,058
8-CN	Ter uma boa lanchonete no hospital	2,83 ±1,16	3,16 ±1,11	0,186
26-SP	Ser acompanhado por profissional, amigo ou familiar durante a visita	2,77 ±1,35	3,64 ±0,75	0,001
7-SP	Falar sobre sentimentos negativos relacionados ao que está acontecendo	2,75 ±1,29	2,66 ±1,32	0,746
9-SP	Ser informado sobre o que fazer quando estiver ao lado do paciente	2,68 ±1,28	3,05 ±1,25	0,175
18-SP	Ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital	2,67 ±1,34	3,36 ±1,12	0,011
10-PR	Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora	2,62 ±1,26	3,11 ±1,26	0,070
37-PR	Ser comunicado sobre possíveis transferências	2,61 ±1,42	3,19 ±1,19	0,042
24-SP	Ter a visita de alguém da religião a qual pertença	2,44 ±1,34	2,42 ±1,38	0,938
27-SP	Ter alguém que se preocupa com a minha saúde	2,38 ±1,34	2,55 ±1,26	0,554
6-PR	Ter horário de visita modificado em situações especiais	2,38 ±1,31	2,95 ±1,33	0,053
29-PR	Conversar com a mesma enfermeira todos os dias	2,35 ±1,28	3,07 ±1,16	0,007
20-CN	Ter móveis confortáveis na sala de esperada UTI	2,32 ±1,28	2,84 ±1,27	0,055
36-IN	Ajudar a cuidar do paciente na UTI	2,26 ±1,35	2,93 ±1,26	0,017
4-IN	Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone	2,05 ±1,28	2,16 ±1,40	0,712
38-PR	Ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente	2,02 ±1,34	2,37 ±1,44	0,264
35-SP	Ser informado sobre serviços religiosos	1,91 ±1,29	2,37 ±1,38	0,110
31-SP	Saber quais os outros profissionais podem me ajudar	1,79 ±1,17	2,91 ±1,25	0,001
22-SP	Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros	1,62 ±1,11	2,03 ±1,38	0,151
32-CN	Ter um banheiro perto da sala de espera	1,53 ±1,03	2,51 ±1,38	0,001
Escore Total		2,92 ± 0,50	3,23 ± 0,42	0,002

* teste t Student; SG: segurança, IN: informação, PR: proximidade, SP: suporte, CN: conforto.

De acordo com a Tabela 7, a média dos escores de satisfação com as necessidades do INEFTI variou de 3,81 a 1,53 no hospital público e de 3,91 a 2,03, no privado. Os familiares da UTI privada (3,23) apresentaram escore total de satisfação superior aos familiares da UTI pública (2,92), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,002$).

Os familiares do hospital público apresentaram maior grau de satisfação com questões relacionadas à Informação: “poder conversar com o médico todos os dias” (3,81) e à Segurança: “sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente” (3,77), “ter perguntas respondidas com franqueza” (3,77), “estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente” (3,72), “ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente” (3,70).

Os familiares do hospital privado apresentaram maiores médias nas questões “ter perguntas respondidas com franqueza” (3,91), “estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente” (3,82), “sentir que há esperança de melhora do paciente” (3,77), “saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente” (3,77), “poder conversar com o médico todos os dias” (3,73) e “sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente” (3,73).

Considerando-se os 43 itens da escala de satisfação, os familiares da UTI pública consideraram quase metade das necessidades do INEFTI (46,5%) como não atendidas, enquanto que os familiares da UTI privada apresentaram insatisfação ou pouca satisfação com um menor número de itens (32,5%).

A comparação da médias, por meio do teste t Student, revelou dez necessidades que diferiram estatisticamente entre os familiares do hospital público e privado, sendo elas: “saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente”(p=0,032), “saber quais os profissionais que estão cuidando do paciente” (p=0,010), “ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita” (p=0,022), “ser acompanhado por profissional, amigo ou familiar durante a visita” (p=0,001), “Ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital” (p=0,011), “ser comunicado sobre possíveis transferências” (p=0,042), “conversar com a mesma enfermeira todos os dias” (p=0,007), ajudar a cuidar do paciente na UTI” (p=0,017), “saber quais outros profissionais podem me ajudar” (p=0,001) e “Ter um banheiro perto da sala de espera”(p=0,001). Todas estas necessidades apresentaram maiores médias de satisfação entre os familiares da unidade particular.

A Tabela 8, a seguir, apresenta os resultados da análise de Regressão Linear Múltipla Hierárquica dos itens da escala de satisfação do INEFTI.

Tabela 8. Regressão linear múltipla dos itens de satisfação do INEFTI nos hospitais público e privado, São Paulo, 2005.

Necessidades	DOM	Beta	Posto	p	r*
Público**					
Ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente	SG	0,396	1	<0,001	0,601
Saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente	IN	0,158	2	0,001	0,418
Ter sala de espera perto do paciente	SP	0,119	3	<0,001	0,500
Ter um telefone perto da sala de espera	CN	0,108	4	0,001	0,411
Ser informado sobre serviços religiosos	SP	0,092	5	<0,001	0,451
Começar a visita na hora marcada	SP	0,086	6	0,004	0,476
Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita	SP	0,081	7	0,007	0,522
Privado***					
Ter perguntas respondidas com franqueza	SG	0,404	1	<0,001	0,382
Saber quais profissionais estão cuidando do paciente	PR	0,297	2	<0,001	0,572
Ser acompanhado por profissional, amigo ou familiar durante a visita	SP	0,154	3	0,006	0,380
Ser informado sobre serviços religiosos	SP	0,093	4	0,001	0,401
Ajudar a cuidar do paciente na UTI	PR	0,079	5	0,006	0,445

*r= correlação **r²ajustado= 0,99; *** r²ajustado= 1,0

A Tabela acima mostra os itens que permaneceram no modelo preditivo do escore total de satisfação dos familiares das instituições pública e privada.

No modelo de regressão da unidade pública, dos 43 itens de satisfação, sete se mantiveram preditores do escore total de satisfação, quando ajustados pelos demais. Na unidade particular, apenas cinco itens mantiveram-se preditores.

No serviço público, o item que mais contribuiu para a satisfação dos familiares foi “ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente” ($\beta=0,396$). Os demais seis itens promoveram um menor incremento no escore final de satisfação (β variando de 0,158 a 0,081).

Conforme se observou na Tabela 7, algumas necessidades como “ser informado sobre serviços religiosos” e “começar a visita na hora marcada” foram referidas como pouco satisfeitas (média<3) quando avaliadas separadamente. Mas estavam significativamente correlacionadas com o escore total de satisfação e, quando ajustadas pelos outros itens, foram preditoras deste escore.

No serviço privado, os itens que promoveram maior incremento no escore total de satisfação foram “ter perguntas respondidas com franqueza” ($\beta=0,404$) e “saber quais profissionais estão cuidando do paciente” ($\beta=0,297$). As necessidades “ser informado sobre serviços religiosos” e “ajudar a cuidar do paciente na UTI” foram referidas, em média, como pouco satisfeitas pelas familiares (Tabela 6). Entretanto, quando analisadas no modelo múltiplo, ajustando por outros itens, adquiriram importância como itens que contribuíram significativamente para o escore total de satisfação.

Verificou-se que apenas a necessidade “ser informado sobre serviços religiosos” foi preditora para os dois modelos, promovendo uma variabilidade semelhante no escore total ($\beta=0,092$ e $0,093$).

6 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar e comparar as necessidades de familiares de pacientes adultos em Unidades de Terapia Intensiva pública e privada, em relação ao grau de importância e de satisfação.

Embora não fosse proposta deste estudo traçar o perfil dos pacientes e dos seus familiares, considerou-se importante comentar, inicialmente, os resultados e suas respectivas caracterizações, confrontando os resultados com a literatura. Por serem os familiares os principais sujeitos deste estudo, os dados a eles relacionados serão discutidos de forma mais detalhada.

Quanto aos pacientes, alguns aspectos do seu perfil sociodemográfico e clínico não diferiram substancialmente dos encontrados em estudos desenvolvidos em UTIs do município de São Paulo (Pierin, Padilha Cruz, 1990; Silva, Souza, 2001) e do Brasil (AMIB, 2003, 2005), assim como dos apresentados em estudos internacionais (Azoulay et al., 2001; Pochard et al., 2001; Heyland, 2002).

A despeito das variações quanto aos dados coletados e aos resultados obtidos nos diferentes estudos, verificou-se que, no total da amostra, algumas características similares foram observadas entre os pacientes do presente estudo e os incluídos nos trabalhos supracitados. As semelhanças estavam relacionadas à predominância de pacientes idosos, casados, provenientes de unidades de emergência, internados em pós-

operatório imediato, por doenças respiratórias e com diversas patologias associadas. Os dados contraditórios referiam-se ao tempo de permanência que, neste estudo, foi maior do que no de Pierin, Padilha e Cruz (1990), e ao risco de óbito, que foi menor do que o observado por Heyland (2002).

Em relação às características dos familiares, os trabalhos de Lee, Chien, Mackenzie (2000) e Lee e Lau (2003) mostraram uma distribuição etária semelhante à encontrada no presente estudo, evidenciando que, geralmente, os familiares se concentravam nas faixas etárias abaixo de 50 anos.

Diversos autores ratificaram a predominância do sexo feminino entre os familiares dos pacientes de UTI (Leske, 1991; Jamerson et al., 1996; Tin, French, Leung, 1999; Castro, 1999; Lee, Chien, Mackenzie, 2000; Heyland et al., 2002; Lee, Lau, 2003; Hassan, Hweidi, 2004).

No que tange ao grau de parentesco com o paciente, os filhos foram as presenças mais constantes nas UTIs estudadas. Tin, French, Leung (1999), Pochard et al. (2001), Lee, Lau (2003), Hassan, Hweidi (2004) e Garcia e Faro (2004) constataram este mesmo resultado. Já nos estudos de Jamerson et al. (1996), Quinn, Redmond, Begley (1996), Zazpe et al. (1997), Lee, Chien, Mackenzie (2000) e Heyland et al. (2002), os familiares mais presentes na terapia intensiva foram os cônjuges.

Neste estudo, a maior frequência dos filhos nas UTIs pode ser compreendida pela idade avançada dos pacientes e, muitas vezes, de seus cônjuges que, além deste fator, poderiam ter problemas de saúde associados que se constituíam em motivos impeditivos para o

acompanhamento dos seus parceiros durante a internação. A maior presença dos filhos, também, pode ser justificada pelo fato de que, em ambos os hospitais, muitos dos pacientes eram separados ou viúvos.

No que se refere à escolaridade dos familiares, os trabalhos de Zazpe et al. (1997), Castro (1999) e Lee e Lau, 2003, realizados em instituições públicas, confirmam o baixo nível de instrução dos familiares de pacientes internados nessas instituições, o que também foi observado no presente estudo.

Os familiares dos pacientes eram, em geral, católicos, assim como Castro (1999) detectou em seu estudo; entretanto, este dado se contrapõe aos resultados de Tin, French, Leung (1999) e Lee e Lau (2003), em cujos estudos constataram que mais de 60% dos familiares não possuíam experiência religiosa.

Quanto à experiência anterior com parentes internados em UTIs, verificou-se que a maioria dos familiares já havia vivenciado tal situação. Este resultado vai de encontro com os achados de Lee, Lau (2003) e Tin, French e Leung (1999), pois a maior parte dos familiares pesquisados em seus respectivos estudos não possuía experiência prévia com parentes em UTIs.

Nos estudos levantados na literatura, não foram encontrados dados sobre a situação conjugal, de trabalho, de renda dos familiares e sobre informações que tinham a respeito do diagnóstico do paciente.

Os dados relativos à situação de trabalho dos familiares revelaram que 58,2% deles possuíam atividade remunerada, 20,9% eram donas de

casa, 15,4% aposentados e 5,5% desempregados. Embora estes três últimos estivessem mais presentes entre os familiares da UTI pública, as diferenças entre os grupos não foram significativas ($p=0,099$).

A renda familiar na unidade pública era significativamente menor do que a encontrada na unidade privada ($p<0,001$). Este dado pode ser associado ao nível educacional dos grupos, pois uma melhor qualificação foi verificada entre os familiares da UTI privada, o que torna mais favorável a inserção destes no mercado de trabalho e com melhores salários.

A diferença entre os grupos, em relação ao momento da entrevista com o familiar, foi influenciada pelo tempo de permanência dos pacientes na unidade pesquisada, assim como pela disponibilidade do familiar. Conforme apresentado na Tabela 1, os pacientes da UTI pública permaneceram internados por maior tempo do que os da UTI privada, o que repercutiu no fato de que a maioria dos familiares da primeira unidade foi entrevistada mais tardiamente do que os da última.

A propósito do nível de informação que os familiares possuíam, procurou-se detectar o conhecimento dos mesmos acerca do diagnóstico médico e dos profissionais que cuidavam do paciente. Nas duas UTIs, quase todos os familiares (91,2%) relataram conhecer o diagnóstico do paciente, sendo ele compatível com o descrito no prontuário. Conclui-se, portanto, que eles estavam informados quanto ao problema de saúde que levou o seu parente à terapia intensiva.

Os familiares de ambas as unidades demonstraram saber o nome do médico que tratava do paciente (69,2%), mas apenas uma pequena parte conhecia a enfermeira (38,5%).

Cabe lembrar que, nos dois hospitais, as informações acerca do estado do doente eram transmitidas ao familiar pelo médico, favorecendo o estabelecimento de uma relação mais próxima com ele. Destaca-se, todavia, a significativa diferença entre os hospitais público e privado, uma vez que, neste último, os familiares tinham maior conhecimento tanto do médico ($p=0,014$) como da enfermeira ($p=0,003$). No hospital privado, a existência de política de integração da enfermeira com a família, contribuiu para que 54,5% dos familiares conhecessem a enfermeira pelo nome, enquanto que na segunda, este índice foi de apenas 23,4%.

Lucchese (2003), investigando as famílias de pacientes internados nas diferentes unidades de um hospital geral público, constatou que os familiares não conheciam o médico e nem a enfermeira, mas, em relação a ela, o percentual dos que desconheciam era ainda maior (61,7% e 80,9%, respectivamente). Este resultado é compatível com os achados da unidade pública investigada no presente estudo e indica um aspecto crítico do papel dos enfermeiros frente às famílias dessas instituições.

Uma vez discutidas as características dos pacientes e familiares deste estudo, passa-se, na seqüência, à análise das necessidades dos familiares.

Como já descrito na metodologia, o instrumento utilizado para avaliar essas necessidades foi o INEFTI - Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva, tendo sido preliminarmente avaliado

junto à amostra deste estudo, quanto à consistência interna das questões e domínios pelo coeficiente Alfa de Cronbach.

Considerando-se o total dos itens do instrumento, o valor do Alfa obtido na escala de importância foi satisfatório (0,79). Contudo, os valores dos domínios Segurança, Proximidade, Informação e Conforto revelaram uma baixa consistência interna, com coeficientes de confiabilidade variando de 0,27 a 0,43 e, apesar de o domínio Suporte ter alcançado o valor de 0,62, ele também ficou abaixo do limite aceitável de 0,70 preconizado na literatura (Bland, Altman, 1997; Fayers, Machin, 2000).

No estudo de Hassan e Hweidi (2004), os domínios do CCFNI apresentaram, da mesma forma, valores limítrofes, com variação de 0,60 a 0,68, porém ainda superiores aos encontrados no presente estudo.

Na escala de satisfação, a análise da consistência interna dos itens mostrou um coeficiente Alfa bastante elevado de 0,86. É interessante destacar que Kleinpell e Powers (1992) adaptaram o CCFNI para avaliar satisfação e, ao submetê-lo à avaliação da consistência interna, verificaram valores satisfatórios para as escalas de importância e satisfação (0,93 e 0,95, respectivamente).

Cabe destacar que, apesar de o INEFTI já ter sido utilizado anteriormente em estudos nacionais (Castro, 1999; Lucchese, 2003), nenhum deles documentou os dados de consistência interna dos domínios, inviabilizando, assim, possíveis comparações.

Os resultados negativos obtidos neste estudo causaram surpresa, uma vez que, nas pesquisas internacionais, os valores do coeficiente Alfa de

Cronbach dos itens e domínios do CCFNI têm sido bastante satisfatórios (Leske, 1991; Bijttebier et al., 2000; Takman, Severinsson, 2004).

Segundo Kerlinger (1986), existem algumas condições que podem interferir nos resultados da confiabilidade, como o número de itens incluídos nas medidas, instruções para o preenchimento que não estejam claras, formas de administração não padronizadas e uma redação ambígua que permita várias interpretações do item. Acredita-se que, neste estudo, a baixa escolaridade de muitos pacientes e familiares, sobretudo, no hospital público, possa ter influenciado nos resultados da aplicação, embora os entrevistados não tenham manifestado, no pré-teste, qualquer tipo de dúvida na compreensão dos itens.

Um outro aspecto a considerar, neste trabalho, é a análise da consistência interna dos domínios que foi realizada com base na mesma estrutura fatorial do instrumento original. As inconsistências observadas nesses domínios, principalmente em relação à escala de importância, sugerem que, para familiares brasileiros, algumas necessidades poderiam ser alocadas em domínios diferentes dos originais, dando uma outra conformação ao instrumento. Tal análise foge ao escopo deste estudo, mas os resultados encontrados indicam a necessidade de dar continuidade à investigação da estrutura fatorial do INEFTI em nosso meio, testando a confiabilidade dos domínios obtidos e a validade do instrumento.

Em vista dos resultados até aqui obtidos, optou-se por realizar a avaliação da importância e da satisfação entre os familiares das unidades pública e privada considerando-se os 43 itens do INEFTI, que, no conjunto,

demonstraram elevada confiabilidade tanto para medida da importância como da satisfação em relação às necessidades.

As necessidades de familiares de pacientes críticos têm sido objeto de interesse em diversos trabalhos, com diferentes metodologias, quantitativa ou qualitativa, mas com o mesmo propósito de conhecer as necessidades desses familiares e subsidiar o planejamento de intervenções que atendam as reais demandas do binômio paciente-família.

A literatura de enfermagem tem apresentado várias pesquisas comparativas sobre as necessidades dos familiares de pacientes críticos, destacando-se, entre elas, as comparações entre familiares de zona rural e urbana, entre percepções de familiares, de enfermeiros e de médicos, de familiares de pacientes com e sem indicação de reanimação (Forrester et al., 1990; Kleinpell, Powers, 1992; Tin, French, Leung, 1999; Bijttert et al., 2001). Entretanto, não foram encontrados estudos que cotejassem as necessidades de familiares em serviços de saúde público e privado.

A avaliação das necessidades desses familiares tem se pautado na percepção do grau de importância e de satisfação com aspectos relacionados ao cuidado prestado ao paciente e à própria família.

A identificação da importância permite conhecer o valor atribuído pelos familiares às necessidades, fornece dados para o planejamento e implementação de ações que visem a atendê-las e possibilita, também, redirecionar o possível enfoque dado a situações que não são consideradas importantes pelos familiares e pacientes. A análise do grau de satisfação, ao

apontar as necessidades não atendidas, dá subsídios para avaliar a qualidade do cuidado prestado.

No presente estudo, cerca de 89% das necessidades do INEFTI foram consideradas importantes pelos familiares das duas instituições estudadas. Este resultado é superior aos encontrados por Lee, Lau (2003) e Tin, French e Leung (1999). Estes autores mencionam, respectivamente, índices de 60% e 64% dos itens do CCFNI considerados como importantes e muito importantes pelos familiares.

O grau de importância atribuído às necessidades foi semelhante entre os familiares das UTIs pública e privada, uma vez que não se constatou diferença estatisticamente significativa entre as médias do escore total nesses grupos ($p= 0,410$).

Entre as necessidades melhor pontuadas pelos familiares do hospital público, duas eram relacionadas à *proximidade*: “ver o paciente freqüentemente” e “ser comunicado sobre possíveis transferências”; as demais relacionavam-se à *segurança*: “sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente”, “estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente”, “saber quais chances de melhora do paciente” e à *informação*: “saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente”, “saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente”.

Para os familiares da unidade privada, as necessidades de maior destaque estavam relacionadas à *segurança*: “estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente”, “sentir que o pessoal do

hospital se interessa pelo paciente”, “saber quais as chances de melhora do paciente” e à *informação*: “poder conversar com o médico todos os dias”, “saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente”.

Verificou-se, portanto, que as necessidades relativas à segurança e à informação foram comuns para ambos os grupos de familiares, estando este resultado em concordância com a literatura. (Norris, Grove, 1986; Kleinpel, Powers, 1992; Burr, 1998; Castro, 1999; Bijtterbier et al., 2001; Lee, Lau, 2003; Hassan, Hweidi, 2004).

Em estudo comparativo de grupos de familiares, Kahn (1992) identificou diferenças entre as necessidades de familiares de pacientes com e sem indicação de reanimação. Utilizando o CCFNI, a autora identificou que, para os dois grupos, as necessidades mais importantes eram semelhantes e estavam relacionadas à confiança na equipe e no tratamento recebido.

As questões atinentes à segurança refletem a necessidade de esperar pelos resultados desejados (Leske, 1991). O equilíbrio necessário para enfrentar a situação de doença é proporcionado pela convicção de que o doente recebe o melhor atendimento do ponto de vista farmacológico, tecnológico e humano, o que leva à redução das incertezas e ao alívio da tensão.

Para a segurança de um familiar com um parente internado na UTI, diversos autores têm apontado a importância do atendimento das necessidades de “conhecer as chances de melhora do paciente”, de “estar certo que o seu parente recebe o melhor tratamento” e de “saber que os

profissionais têm interesse na recuperação do doente” (Norheim,1989; Forrester et al., 1990; Rukholm, Baley,1991; Prince et al.,1991; Burr,1998; Castro,1999; Leung, Chien, Mackenzie, 2000; Lee, Lau, 2003).

A necessidade de segurança está diretamente relacionada ao acesso às informações, pois para sentir-se seguro, antes, o familiar precisa estar bem informado.

Neste estudo, as necessidades atinentes à informação foram consideradas muito importantes tanto pelos familiares do hospital público como do privado. Isto coincide com os resultados encontrados na literatura, em que a necessidade de receber Informações tem sido, freqüentemente, identificada como a mais importante (Molter,1979, Price et al., 1991; Kleinpell, Powers, 1992; Zazpe et al., 1997; Lee, Chien, Mackenzie, 2000; Bjttebier et al., 2001; Hassan, Hweidi, 2004).

Para Leske (1991), a busca por informações retrata a necessidade que a família tem de conhecer o real estado de saúde de seu familiar. Essa informação pode ser transmitida de várias maneiras, como, por exemplo, a partir da permissão para observar seu parente, da participação nos cuidados prestados, da conversa com o médico e do acesso a outros profissionais que cuidam do paciente.

Mirr (1991) comenta que o fornecimento de informações ajuda a diminuir as dúvidas e o medo do destino incerto de seu ente querido.

Das treze necessidades relacionadas ao suporte, 85% foram consideradas importantes por ambos os grupos de familiares. Este resultado é diferente daqueles dos estudos de Tin, French, Leung (1999), Lee, Leung,

Mackenzie (2000) e Lee e Lau (2003), nos quais menor importância foi atribuída às necessidades de suporte. Difere também de outros estudos internacionais em que as questões relacionadas ao atendimento das necessidades pessoais dos familiares, como as de suporte, têm sido pouco valorizadas no momento da doença crítica (Price et al., 1991; Jamerson et al., 1996; Tin, French, Leung, 1999; Leung, Chien, Mackenzie, 2000; Bijttebier et al., 2001).

Neste estudo, poucas necessidades foram consideradas pouco importantes por ambos os grupos de familiares. O item de menor importância foi “ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital”, o que coincide com o que foi constatado nos estudos de Lee, Leung, Mackenzie (2000) e Lee, Lau (2003). Quando interrogados sobre esta questão, os familiares afirmavam que, pelo contrário, preferiam estar junto com os outros familiares.

Para os familiares de ambos os grupos, o item “ser permitido visitar o paciente a qualquer hora” também foi considerado pouco importante, assim como foi verificado nos estudos de Castro (1999), Lee, Lau (2003) e Hassan e Hweidi (2004). Portanto, os familiares dos pacientes de UTI, ao contrário do que se costuma pensar, parecem não atribuir tanta importância às visitas a qualquer momento, talvez por compreenderem que as visitas muito freqüentes podem interferir no bom funcionamento da unidade e, inclusive, no atendimento ao paciente.

Na unidade pública, “ser informado sobre serviços religiosos” foi também considerado pouco importante; na unidade privada, foi pouco

importante “falar sobre sentimentos negativos”. Estes resultados foram similares aos encontrados nos estudos de Norris, Grove, (1986), Kleinpel, Powers (1992), Castro (1999), Lee, Lau (2003) e Bijttebier et al. (2001).

No estudo de Castro (1999), os familiares de pacientes com traumatismo crânio-encefálico consideraram pouco importantes algumas necessidades de informação como: “receber explicações que possam ser compreendidas” “receber explicações no mínimo, uma vez ao dia”, “falar com o médico todos os dias”. Este resultado difere dos observados no presente estudo e dos obtidos por Bijttebier et al. (2001), Lee, Lau (2003) e Hassan e Hweidi (2004).

A comparação dos escores médios de importância dos dois grupos de familiares (Tabela 5) mostrou poucas diferenças significativas entre eles. A necessidade de “começar a visita na hora marcada” foi mais importante para os familiares da unidade pública, o que pode estar relacionado a alguns atrasos nos horários de visita e ao menor número de visitas permitido nessa instituição.

O encontro com o ente querido e a conversa com o médico responsável pelo doente representam os momentos mais esperados pelo familiar. A visita lhe proporciona a ocasião para ter a certeza de que ele necessita sobre o real estado do doente. É o momento em que ele pode prestar apoio para a recuperação do seu parente e pode saber do próprio doente, quando possível, como ele se sente.

Dentre as necessidades que foram diferentes entre os grupos, aquelas relacionadas ao conforto e ao suporte foram mais valorizadas pelos

familiares da unidade privada: “ter uma boa lanchonete no hospital”, “ter móveis confortáveis na sala de espera” e “ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital”. As duas últimas foram consideradas pouco importante pelos familiares da UTI pública, assim como no trabalho de Lee e Lau (2003).

De maneira geral, os familiares da UTI privada atribuíram maior importância às necessidades de conforto e suporte do que os familiares da UTI pública. Isto pode estar associado ao maior grau de instrução e à melhor renda destes familiares, o que, em geral, faz com eles sejam mais exigentes e conscientes quanto aos serviços que podem requerer do hospital e dos profissionais.

Leske (1992), estudando as relações entre a importância atribuída ao conforto e características sociodemográficas dos familiares, observou que os fatores idade, sexo, parentesco com o paciente, experiência prévia em UTI e diagnóstico do paciente interferiram na avaliação das necessidades de conforto.

Neste estudo, procurou-se também, analisar as necessidades do INEFTI que mais influenciaram na avaliação da importância atribuída pelos familiares de ambos os grupos. Até o momento, as necessidades foram identificadas e comparadas individualmente; no entanto, a regressão linear múltipla permite analisar o efeito simultâneo das variáveis independentes (neste caso, as necessidades) sobre a variável dependente (grau de importância ou de satisfação).

Ao ser avaliada a correlação das necessidades com o escore total de importância para cada grupo de familiares, verificou-se que das 43 necessidades, oito foram as que mais contribuíram para o escore de importância, em ambas as unidades. Desta forma, no hospital público, pode-se perceber que as necessidades para as quais os familiares deram mais importância foram primeiramente as relacionadas à informação e à proximidade, seguidas das de conforto e de suporte. No hospital particular, maior importância foi dada às necessidades concernentes à segurança, seguida de proximidade, conforto e suporte.

Para os familiares do hospital público, a diferença entre os hospitais em relação à necessidade que adquiriu maior importância na análise múltipla mostra que, “saber por que determinados tratamentos foram realizados com o paciente” foi a mais importante. As necessidades preditoras de importância para os familiares da unidade pública estavam atreladas, também, à *informação*: “saber quem pode dar a informação que eu necessito”, à *proximidade*: “conversar com a mesma enfermeira todos os dias”, ao *conforto*: “ter uma boa lanchonete no hospital” e “ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI” e ao *suporte*: “ser informado sobre serviços religiosos”, “ter a visita de alguém da religião a qual pertença”, “ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros”.

No hospital privado a necessidade que adquiriu maior importância foi: “saber quais as chances de melhora do paciente”. As necessidades que mais influenciaram o escore de importância na UTI privada estavam ligadas também à *segurança* “saber quais as chances de melhora do paciente”, à

proximidade “ser comunicado sobre possíveis transferências”, “ser permitido visitar o paciente a qualquer hora”, ao *conforto*: “ter móveis confortáveis na sala de espera” e ao *suporte*: “ter amigos por perto para apoiá-lo”, “sentir-se à vontade para demonstrar seus sentimentos e emoções”, “ser informado sobre serviços religiosos” e “ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital”.

O grau de influência de cada necessidade sobre o escore total de importância (β) e o *ranking* assumido pelas diferentes necessidades estão, provavelmente, relacionados às expectativas de cada grupo. Conforme se observa na Tabela 5, a necessidade de “ter móveis confortáveis na sala de espera” foi comum aos dois grupos; no entanto, a sua influência foi maior na unidade particular ($\beta=0,074$), sendo a 4^a. necessidade mais importante. Na unidade pública, a sua influência foi menor ($\beta=0,032$), colocando-se na última posição entre as necessidades mais importantes. A necessidade de “ser informado sobre serviços religiosos” contribuiu de modo semelhante para ambos os grupos (0,056 na UTI privada e 0,057 na pública), assumindo posições próximas quanto ao grau de importância (4^a e 6^a, respectivamente).

Volcan et al. (2005) discorrem sobre a importância das atividades religiosas (oração e outras práticas) na manifestação de emoções positivas, como a esperança, o perdão, a auto-estima e o amor. As práticas espirituais e religiosas são recomendadas, pois podem ser consideradas um recurso psicossocial individual que favorece a promoção da saúde mental. Para os familiares da terapia intensiva, estas práticas podem ser um importante

recurso interno na condução de situações críticas como a dor, o sofrimento e morte.

A análise de regressão, diferentemente da comparação das médias de cada necessidade, auxilia os profissionais de saúde e gestores no estabelecimento de prioridades, ao se confrontarem com uma variada gama de aspectos a serem considerados. Algumas necessidades que apresentaram menor importância quando analisadas isoladamente, adquiriram importância ao serem avaliadas na interação com as demais. Assim, se pelo menos as oito necessidades que mais contribuíram para o escore de importância forem atendidas, provavelmente, o nível de satisfação dos familiares aumentaria, visto que as suas necessidades mais importantes estariam sendo contempladas. Se o profissional de saúde pudesse atender apenas uma das necessidades, deveria selecionar aquela que traria o maior incremento (β) no grau de importância. No hospital público, informar ao familiar o motivo da realização dos tratamentos oferecidos ao paciente seria a primeira necessidade a ser atendida. No privado, informar ao familiar sobre as chances de melhora do paciente seria a prioridade.

A ordenação das necessidades no modelo de regressão estabelece uma ordem de importância, ou seja, as necessidades apresentam uma hierarquia e adquirem importância quando as que são consideradas mais básicas estão atendidas. Embora não tenha sido encontrada nenhuma teoria sobre hierarquia de importância de necessidades de familiares de pacientes de UTI, a análise multivariada possibilitou estabelecer, em um primeiro momento, uma hierarquia de importância para as necessidades.

A maioria dos estudos sobre necessidades de familiares utilizou apenas a estatística descritiva (média e desvio-padrão), ao investigar a importância atribuída a estas necessidades, não havendo, portanto, estudos que possam servir para comparação dos resultados da regressão múltipla. As identificadas como mais importantes para os familiares de pacientes críticos foram relacionadas à informação, à segurança e à proximidade e as de menor importância foram relativas ao suporte e ao conforto (Lee, Chien, Mackenzie, 2000; Lee, Lau, 2003; Hassan, Hweidi, 2004).

Passando à análise dos resultados relativos à satisfação, observa-se na Tabela 6 que, de modo geral, os familiares deste estudo manifestaram insatisfação com o atendimento de diversas necessidades. No serviço público, os familiares apontaram como atendidas, apenas 53,4% das necessidades listadas, enquanto que, na unidade privada, 67,4% foram consideradas supridas.

Quinn, Redmond e Begley (1996b) investigaram a satisfação da família na UTI, utilizando o CCFNI adaptado, e verificaram que, tão somente 33% das necessidades apresentadas estavam atendidas.

Na Espanha, Zazpe et al. (1997), também por meio do CCFNI adaptado, concluíram que 94% das necessidades foram consideradas atendidas pelos familiares.

Quanto à avaliação do escore total de satisfação, a diferença foi estatisticamente significativa entre os grupos público e privado ($p=0,002$). Os familiares da UTI pública obtiveram menor média, indicando que, no geral,

estavam menos satisfeitos quanto ao atendimento de suas necessidades do que aqueles da UTI privada.

As necessidades em que houve maior grau de satisfação entre os familiares dos dois grupos eram predominantemente ligadas à categoria de segurança. Ambos estavam muito satisfeitos no que concerne a “poder conversar com o médico todos os dias”, a “sentir que o pessoal do hospital de interessa pelo paciente”, “ter perguntas respondidas com franqueza”; a “estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente”, a “ser informado a respeito de tudo que se relacione a evolução do paciente” e a “sentir que há esperança de melhora do paciente”. Estes resultados estão em consonância com a literatura (Kleinpel, Powers, 1992; Zazpe et al., 1997; McHale, Bellinger, 1998).

As necessidades em que houve menor grau de satisfação, igualmente para ambos os grupos, estavam relacionadas ao suporte, ao conforto, à proximidade e à informação. Os itens não supridos foram: “falar sobre sentimentos negativos relacionados ao que está acontecendo”, “ter a visita de alguém da religião a qual pertença”, ter alguém que se preocupa com a minha saúde”, “ser informado sobre serviços religiosos” e “ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros” (relacionados ao *suporte*); “ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI” (*conforto*); “ter horário de visita modificado em situações especiais” e “ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente” (*proximidade*); e, finalmente, “ter uma pessoa que possa dar informações por telefone” (*informação*).

A insatisfação com o atendimento da necessidade de “ter o horário de visita modificado em situações especiais” contrapõe-se ao resultado do estudo de Mirr (1991). Os familiares manifestaram insatisfação com este aspecto, porque nem sempre contavam com a flexibilidade dos horários de visita, necessária diante da assunção de papéis antes desempenhados pelo seu parente e dos novos problemas na sua vida pessoal.

A comparação dos escores médios de satisfação dos dois grupos revelou diferenças significativas, sendo que todas foram devidas à maior satisfação apresentada pelos familiares da unidade privada.

Os familiares do hospital privado estavam mais satisfeitos em três necessidades relacionadas à *informação*: “saber por que determinados tratamentos foram realizados com o paciente”, “saber quais os profissionais que estavam cuidando do paciente” e “ajudar a cuidar do paciente na UTI”. Estes achados estão em concordância com o estudo de Azoulay (2001).

A maior satisfação dos familiares do hospital particular pode ser explicada pelo maior acesso aos profissionais da UTI e, conseqüentemente, às informações sobre o estado do paciente. No hospital público, o contato com a equipe acontecia, rigorosamente, apenas uma vez por dia.

Mirr (1991) identificou a importância da informação para os familiares, comentando que as notícias recebidas são fatores que irão interferir diretamente no processo de tomada de decisão da família, sejam estas relacionadas ao doente ou aos próprios membros da família. A autora chama a atenção dos profissionais para o cuidado com os informes passados, de modo que possam transmitir ao familiar o seu interesse na compreensão das

informações. Médicos e enfermeiros devem estar atentos para as necessidades de informação, principalmente, no que tange àqueles familiares com baixo nível de escolaridade e para os que apresentam alto nível de apreensão e ansiedade.

Leung, Chien e Mackenzie (2000) comentam a importância do papel da enfermeira intensivista em fornecer informações adequadas e atualizadas a respeito das mudanças na condição do paciente, usando uma linguagem simples, de forma que promova conforto e esperança.

Os familiares, muitas vezes, apresentam dificuldade em entender as informações dadas pelo profissional, não somente pela questão cognitiva, mas pelo estado de ansiedade e de tensão que vivenciam. Isto pode acontecer mesmo nas unidades que possuem folhetos para informar aos familiares sobre as rotinas, equipamentos e serviços das unidades. Devido ao alto nível de tensão dos familiares, na maioria das vezes, eles não lêem o folheto, fato freqüentemente constatado na unidade privada, onde a informação solicitada estava contida nos informes impressos.

Neste estudo, procurou-se identificar o grau de informação que os familiares possuíam acerca do diagnóstico médico do paciente, comparando as informações fornecidas pelo familiar com os dados do prontuário. Verificou-se que 10,6% dos familiares da UTI pública não conheciam o diagnóstico médico enquanto que, na particular, este índice era de 6,8%, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa.

A informação é necessária para ajudar o familiar a enfrentar os seus problemas, a tomar decisões e a buscar uma vida cotidiana mais próxima da

habitual. O desejo dos familiares é conseguir conforto mental, físico e social, satisfazendo, assim, as suas necessidades básicas. Mas, para que isto aconteça, é preciso ter informações quanto ao estado do paciente, ver ou estar com o mesmo e esperar pelos melhores resultados (Hassan, Hweidi, 2004).

A comparação do grau de satisfação das necessidades mostrou, ainda, diferenças relacionadas à proximidade com o paciente, sendo estas: “ser comunicado sobre possíveis transferências” e “conversar com a mesma enfermeira todos os dias”. Estas questões foram apontadas como não atendidas pelos familiares da unidade pública.

A proximidade com o paciente reflete a necessidade de contato, de permanecer próximo ao ente querido, física e emocionalmente. Este contato pode acontecer através de visitas, de conversas com enfermeiras, de informações a respeito do estado de saúde do doente no hospital e por meio de comunicados em casa sobre mudanças no quadro clínico ou no plano de transferência do paciente (Leske, 1991).

Para os familiares, a proximidade está relacionada a ter segurança “visual”, sendo que a mesma pode ser obtida através da oportunidade de ver o paciente e poder observar os cuidados que ele recebe (Jamerson et al., 1996), ou seja, esta segurança visual é conseguida no momento das visitas, quando é estabelecido um contato real entre o familiar e o paciente. Desta interação, esperam-se efeitos benéficos para a recuperação do paciente, porém nem sempre é compreendido dessa forma pelos profissionais da UTI. Vale ressaltar que, neste estudo, vinte necessidades foram classificadas

como não atendidas pelos familiares da UTI pública e seis destas estavam atreladas à proximidade com o doente. Na UTI particular apenas três foram apontadas como não atendidas.

Tin, French e Leung (1999) compararam as percepções de enfermeiras e familiares acerca das necessidades destes e obtiveram algumas incompatibilidades. Os familiares consideraram mais importantes “ser comunicado em casa sobre mudanças na condição clínica do paciente” e as enfermeiras, “saber o prognóstico do paciente”.

Os familiares da UTI pública apontaram insatisfação quanto à “conversar com a mesma enfermeira todos os dias”. Ao verificar a frequência das respostas relacionadas a este item, notou-se que 56,6% dos familiares da UTI pública estavam pouco satisfeitos ou insatisfeitos, sendo que 78,7% deles consideraram muito importante conversar com a mesma enfermeira todos os dias. Quando se associou este dado à avaliação do conhecimento do familiar acerca da enfermeira que cuidava do doente, constatou-se que, na unidade pública, somente 23,5% informaram conhecer a enfermeira. Ressalta-se que alguns familiares, principalmente no hospital público, não conheciam a enfermeiro pelo nome, mas identificavam o técnico de enfermagem.

Mirr (1991) coloca que os enfermeiros devem aproveitar o momento da visita para melhorar a relação com a família. Sabe-se que, em muitas UTIs, os enfermeiros enfrentam muitas dificuldades para manter essa interação, seja em decorrência de problemas pessoais ou organizacionais. Para minimizar essas dificuldades, a autora sugere compartilhar a

assistência à família com outro profissional, por exemplo: solicitando a um colega enfermeiro que acompanhe o familiar, enquanto está executando outras atividades. Ademais, pode empregar intervenções que utilizem voluntários que mantenham vínculo com a família ou solicitar a intermediação de psicólogos ou assistentes sociais.

Os enfermeiros devem se antecipar aos familiares no fornecimento de informações, certificando-se de que eles possuem as orientações corretas e de modo que não seja necessário esperar que estas sejam solicitadas.

Os familiares da unidade privada estavam mais satisfeitos que os familiares da unidade pública em quatro necessidades relacionadas ao suporte, a saber, “ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita”, “ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital”, “saber quais os outros profissionais podem ajudar” e “ser acompanhado por profissional, amigo ou familiar durante a visita”. A rotina de visitas do hospital privado permite que o familiar entre na UTI acompanhado, o que é motivo de satisfação e de apoio para os mesmos.

Pochard et al. (2004) verificaram que a necessidade de apoio e suporte da família do paciente em estado crítico não se restringe apenas aos primeiros dias de internação, quando a incerteza e a ansiedade são maiores, mas essa necessidade permanece durante todo o período de internação.

O suporte está relacionado à provisão de assistência e ajuda aos familiares, no intuito de propiciar aos mesmos condições para expressarem seus sentimentos e emoções (Leske, 1991).

Como observa Kolkaba (1991), a ajuda dos amigos, dos enfermeiros, de outros familiares e da igreja funcionam como uma rede de suporte para os familiares e, conseqüentemente, trará maior conforto às famílias.

Segundo Burr (1998), os familiares que recebem suporte, ajuda e assistência direcionada, certamente, conduzirão melhor a situação de crise, que é inerente ao risco de morte de um ente querido.

Alguns estudos evidenciaram a necessidade de grupos de suporte multiprofissional para familiares de pacientes críticos. Harvey, Dixon e Padberg (1995) mostraram os resultados positivos obtidos com esta prática, como: a expressão de emoções pelos familiares, o compartilhar de experiências, a ajuda mútua que eles desenvolvem, a obtenção de orientações sobre o hospital e a melhor compreensão sobre o papel dos profissionais da UTI. Os familiares são também encorajados a cuidar de si próprios, para que não adoeçam.

No decorrer da coleta de dados, foi possível perceber que as entrevistas passaram a ter um efeito terapêutico para a maioria dos familiares. Era o momento em que podiam falar, sem pressa, o que sentiam e viviam durante aquela internação. Algumas entrevistas chegaram a 60 minutos de duração, e, a partir daquele dia, passava a existir um elo informal, entre o pesquisador e o familiar entrevistado. Durante a análise destes resultados, refletindo sobre o ocorrido, pode-se perceber que o investigador também atuou como um colaborador para o atendimento das necessidades imediatas daqueles familiares, seja fornecendo uma informação, uma palavra amiga ou dispondo-se simplesmente a ouvi-los.

Acredita-se que a disponibilidade do pesquisador foi um fator que beneficiou esta interação com a família. A partir desta reflexão, entende-se que muitos enfermeiros vivem o problema da falta de tempo para dar uma assistência adequada às famílias, devido ao excesso de trabalho e à escassez de pessoal que se observa, principalmente, nas UTIs públicas. Azoulay (2001) identificou a relação enfermeiro-paciente ≤ 3 como preditora de satisfação dos familiares de terapia intensiva. Isto sugere que, quanto menor o número de pacientes por enfermeiro, melhor assistência poderá ser oferecida e, conseqüentemente, maior a satisfação do familiar.

As necessidades pouco atendidas estavam, em sua maioria, relacionadas ao conforto e ao suporte, ainda que as mesmas tenham sido consideradas importantes, principalmente, pelos familiares da UTI privada. Este resultado é semelhante ao encontrado por Kleinpel e Powers (1992).

Para Leske (1991), o conforto está relacionado com o provimento de alívio para o estresse e para o sofrimento dos familiares. Kolkaba (1991) comenta que o conforto é um construto multidimensional que tem sido definido como o estado de ter atendidas as necessidades humanas básicas para aliviar e tranquilizar, e perpassa quatro contextos, a saber: o físico, o psicoespiritual, o ambiental e o sociocultural. Percebe-se que as necessidades do INEFTI relacionadas ao conforto e ao suporte referem-se às demandas não somente físicas, mas também emocionais dos familiares.

No que concerne ao conforto, as necessidades não atendidas para ambos os grupos de familiares foram “ter móveis confortáveis e um banheiro próximo à sala de espera”. Os familiares do hospital público estavam

insatisfeitos, ainda, quanto à presença de uma boa lanchonete no hospital. Kleinpel e Powers (1992) observaram resultado semelhante quanto ao mobiliário das salas de espera.

A necessidade “ter um banheiro próximo à sala de espera” apresentou-se diferente estatisticamente para os grupos, pois os familiares do hospital público mostraram-se mais insatisfeitos com esse aspecto do que os do hospital privado. O banheiro para os familiares da UTI era compartilhado com os demais acompanhantes do hospital, e o mesmo ainda se encontrava distante da UTI.

Zazpe et al. (1997), estudando as necessidades de familiares espanhóis, verificaram em sua amostra que 100% dos familiares consideraram importantes as questões de conforto. Os autores também constataram a insatisfação dos mesmos, porque a espera por informações poderia durar horas. Os familiares permaneciam por longos períodos na sala de espera e, freqüentemente, eles se mostravam bastante cansados, o que tornava fundamental a presença de um mobiliário apropriado para essa situação.

A sala de espera para os familiares representa o local em que eles passarão mais tempo, enquanto o seu parente estiver na UTI, já que a família tem necessidade de estar próxima e sentir-se útil. Assim, uma sala de espera adequada, juntamente com a informação, podem favorecer o sentimento de segurança e de controle da situação. É necessário, portanto, que o local de espera seja um ambiente que possa atender, minimamente, as necessidades básicas dos familiares.

Os menores escores de satisfação apontados pelos familiares da UTI pública, quando comparados com os da UTI privada, podem ser atribuídos às seguintes características da unidade: reduzido número de visitas ao paciente, que acontecia uma vez ao dia e durante tempo limitado; contato restrito com os profissionais da equipe, sendo que o único profissional responsável por fornecer informações sobre o estado do doente era o médico; ausência de políticas de integração enfermeiro-família e dificuldades de expressão da família, seja por baixo nível educacional ou por estado emocional alterado, fatores que comprometem a comunicação com a equipe, gerando angústia nos familiares.

Ao se analisar as 43 necessidades de forma multivariada em relação ao grau de satisfação, constatou-se que sete necessidades foram capazes de influenciar no escore de satisfação no serviço público e, apenas cinco no privado.

No hospital público, as necessidades que mais contribuíram para a satisfação estavam relacionadas à segurança, à informação, ao suporte e ao conforto. No privado, estas necessidades foram relativas à segurança, à proximidade e ao suporte. Provavelmente, o fato de as necessidades de conforto contribuírem para a satisfação no hospital público e não no privado resultou do fato de que muitos dos familiares da UTI privada estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com aspectos relacionados ao conforto oferecido pelo serviço. A variabilidade no escore desses itens foi, portanto, muito pequena, não havendo impacto sobre a variação do escore total de satisfação. O aumento ou redução no suprimento das necessidades relativas

ao conforto, não resultaria no aumento da satisfação geral dos familiares da instituição privada.

Na unidade pública, o grau de satisfação com o atendimento das necessidades resultou, principalmente, do fato de os familiares serem informados a respeito da evolução clínica do paciente. Já no privado, o grau de satisfação estava atrelado à “ter perguntas respondidas com franqueza” e a “saber quais profissionais estão cuidando do paciente”. Observa-se, portanto, que algumas necessidades, quando avaliadas em conjunto com outras, passaram a ter menor influência no escore total de satisfação.

A necessidade “ser informado sobre serviços religiosos” foi a que contribuiu de forma semelhante para os dois grupos.

As necessidades que contribuíram para o grau de importância, não foram imperativamente aquelas que contribuíram para o grau de satisfação geral. Os itens que entraram no modelo de regressão múltipla foram os que apresentaram correlação linear com os escores totais. Assim, por exemplo, as necessidades com as quais a maioria dos indivíduos estava muito ou pouco satisfeita contribuíram pouco ou nada para a variação do escore total de satisfação.

Os profissionais de saúde e gestores devem estar atentos para os resultados deste estudo, pois eles apontam os principais fatores capazes de contribuir para o aumento do grau de satisfação dos familiares investigados. Deste modo, eles deveriam manter ou oferecer serviços que supram as necessidades remanescentes no modelo final de regressão de cada instituição.

Os resultados mostram que a satisfação dos familiares com o atendimento prestado pelos serviços público e privado e o grau de importância atribuído a cada necessidade são interdependentes.

7 CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos propostos para este estudo, os resultados encontrados permitiram as seguintes conclusões.

1. Quanto ao grau de importância das necessidades:

De forma geral, as necessidades foram consideradas igualmente importantes pelos familiares das UTIs pública e privada;

Cerca de 89% das necessidades foram avaliadas como importantes ou muito importantes por ambos os grupos de familiares;

As necessidades de maior pontuação para ambos os grupos de familiares estavam relacionadas à segurança, à informação e à proximidade;

Os familiares dos hospitais público e privado diferiram entre si em relação ao grau de importância de quatro necessidades, sendo relacionadas ao conforto, segurança e proximidade. Apenas a necessidade de “começar a visita na hora marcada” foi avaliada como mais importante pelos familiares da UTI pública.

2. Quanto ao grau de satisfação das necessidades:

Na avaliação global do nível de satisfação das necessidades, os familiares da unidade privada estavam mais satisfeitos do que os familiares da unidade pública;

Os familiares da UTI pública estavam insatisfeitos ou pouco satisfeitos com 46,5% das necessidades, enquanto que os da UTI privada manifestaram baixa satisfação com 32,5% das necessidades;

As necessidades de menor satisfação para ambos os grupos eram relacionadas ao suporte, à proximidade, ao conforto e à informação;

Os familiares dos hospitais público e privado diferiram entre si em relação ao grau de satisfação com dez necessidades; em todas elas, os familiares da UTI privada estavam mais satisfeitos do que os da UTI pública. Estas necessidades eram relacionadas, principalmente, ao suporte e à informação.

3. Quanto às necessidades de maior influência no grau de importância e de satisfação:

A análise de regressão linear múltipla resultou na identificação de oito necessidades capazes de influenciar o grau de importância das necessidades dos familiares das unidades estudadas. Na UTI pública, a principal necessidade foi “saber por que determinados tratamentos foram realizados com o paciente”; para os familiares da UTI privada, a necessidade de maior peso foi “saber quais as chances de melhora do paciente”;

Entre as oito necessidades, duas foram comuns para os grupos estudados: “ser informado sobre serviços religiosos”, com igual influência em ambos, e

“ter móveis confortáveis na sala de espera”, que teve maior peso para os familiares do hospital privado;

O item “ter móveis confortáveis na sala de esperada UTI” promoveu maior incremento no escore total do hospital privado que do público;

As necessidades de maior contribuição para o escore de satisfação na UTI pública estavam relacionadas à segurança, à informação, ao conforto e ao suporte. A necessidade que mais determinou a satisfação foi “ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente” Na UTI privada, as necessidades foram relativas à segurança, proximidade e suporte. O item de maior influência para a satisfação deste grupo foi “ter perguntas respondidas com franqueza”;

“Ser informado sobre serviços religiosos” foi a necessidade que influenciou na satisfação dos dois grupos, promovendo uma variabilidade semelhante no escore total.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado centrado na família tem sido muito discutido atualmente e está presente em políticas públicas e em diversos trabalhos de pesquisa, indicando uma tendência, cada vez maior, à mudança no enfoque da assistência à saúde.

No cenário da assistência em UTI, esta tendência pode ser visualizada no reconhecimento da necessidade de uma assistência aos pacientes críticos ampliada aos seus familiares. Um claro exemplo dessa tendência, é a política nacional de atenção ao paciente crítico (Brasil,2005), recentemente instituída pelo Ministério da Saúde, na qual também foi reconhecida a importância de atendimento humanizado aos pacientes e aos familiares. Entre outros aspectos, o documento estabelece que as UTIs devem prover, no mínimo, três visitas diárias programadas aos familiares, garantia de informações a respeito da evolução dos pacientes, mediante pelo menos três boletins diários e um momento com o médico.

Algumas limitações podem ser apontadas neste estudo, como a seleção de uma amostra não probabilística, que não garante a representatividade da população, o tamanho da amostra, a inclusão de apenas um hospital de cada tipo, e a baixa confiabilidade dos domínios do INEFTI, que impossibilitou análises mais detalhadas das necessidades. Outros estudos serão necessários no sentido de analisar a estrutura fatorial do INEFTI e testar as propriedades de medida dos domínios, assim como

para verificação da influência das características dos pacientes e familiares na expressão das necessidades.

Apesar dessas limitações, os resultados deste estudo trazem informações importantes sobre as demandas de cada grupo de familiares pesquisado, apresentando subsídios para o atendimento das respectivas necessidades reveladas neste estudo.

Finalizando, cabe destacar que o adequado atendimento dessas necessidades não é apenas uma responsabilidade individual de cada profissional, mas deve ser compartilhada com os gestores das instituições. O reconhecimento da família dos pacientes como foco de atenção assistencial, implicará em mudanças fundamentais na visão e na organização das instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

- Ângelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem [tese livre-docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). 2º Anuário Brasileiro de Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo; 2003.
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Pacientes acima de 60 anos são maioria nas UTIs [online]. São Paulo; 2005. Disponível em: <http://www.amib.com.br/educação>. (15 set. 2005).
- Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JL, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families. Am J Respir Crit Care Med. 2001; 163(1):135-9.
- Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care units patients experience inadequate communication with physicians. Crit Care Med. 2000; 28(8):3044-9.
- Bijttebier P, Vanoost S, Delva D, Ferdinand P, Frans E. Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. Intensive Care Med. 2001; 27(1):160-5.
- Bijttebier P, Delva D, Vanoost S, Bobbaers H, Lauwers P, Vertommen H. Reliability and validity of the Critical Care Family Needs Inventory in a Dutch-speaking Belgian sample. Heart Lung. 2000; 29(4):278-86.
- Bland MJ, Altman PG. Cronbach's alpha. BMJ. 1997; 314:193-4.
- Brasil. Lei nº 3432, 12 de agosto de 1998. Dispõe sobre critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 12 ago.1998. Seção 1, p. 1.
- Brasil. Portaria n.1707, 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a política nacional de atenção ao paciente crítico. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 8 jul. 2005. Seção 1, p. 1.
- Burr G. Contextualizing critical care family needs through triangulation: an Australian study. Intensive Crit Care Nurs.1998; 14(4): 161-9.
- Carter B, Mcgoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

- Castro DS. Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio encefálico em terapia intensiva [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem da UFRJ; 1999.
- Cerezetti CNR. Trabalhando a família. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33 (n. esp):9-11.
- Cianciarullo TI. Teoria das necessidades humanas básicas: um marco indelével da enfermagem brasileira. Rev Esc Enferm USP. 1987; 21 (n. esp): 100-7.
- De Jong B. Family perception of the support interventions in the intensive care unit. Dimens Crit Care Nurs. 2000; 19(5): 40-7.
- Daley L. The perceived immediate needs of family with relatives in the intensive care setting. Heart Lung. 1984; 13(3): 231-7.
- Echer IC, Cruz AMP, Ben GM, Fernandes TS, Bruxel VM. Opinião de visitantes sobre a sistemática de visitação de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Rev Gaúcha Enferm. 1999; 20(1): 57-68.
- Faro ACM. Aspectos teóricos sobre a família em um contexto histórico e social. Nursing. 2000; 3(21): 26-9. (edição brasileira).
- Fayers P, Machin D. Quality of life: assessment analysis and interpretation. England: Willey; 2000.
- Ferreira ABH. Dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
- França SB. A assistência médico hospitalar no Brasil. Saúde Deb. 1994; 44(1): 14-9.
- Forrester DA Murphy PA, Price DM, Monaghan JF. Critical care family needs: nurse-family member confederate pairs. Heart Lung. 1990; 19(6): 655-61.
- Gallo BM, Hudak CM. Cuidados intensivos em enfermagem: uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. Assistência à família do paciente; p. 20-6.
- Garcia PC, Faro ACM. Necessidades e expectativas de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva de Ortopedia. Rev Paul Enferm. 2004; 23(1): 57-64.
- Hardicre J. Meeting the needs of families of patients in intensive care units. Nursing Times. 2003; 99(27): 26-27.

- Harvey C, Dixon M, Padberg N. Support group for families of trauma patients: a unique approach. *Crit Care Nurse*. 1995;15(4):59-63.
- Hassan MA, Hweidi IM. The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. *International Int J Nurs Pract*. 2004; 10(2):64-71.
- Heyland KD, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook D, Peters S, Tranmer JE, O'Callaghan CJ. Family satisfaction with care in intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med*. 2002; 30(7): 1413-8.
- Hickey M. What are the needs of families of critically ill patients? A review of the literature since 1976. *Heart Lung*. 1990; 19(4):40-15.
- Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2002; 11(2):140-8.
- Horn EV, Tesh A. The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2000; 19(4): 40-9.
- Horta, WA. Enfermagem: teoria das necessidades humanas básicas. *Enf Novas Dimens*. 1979; 5(3):133-6.
- Hulley BS, Cummings RS, Browner WS. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- Hunsucker SC, Frank D I, Flannery J. Meeting the needs of rural families during critical illness: the APN's role. *Dimens Crit Care Nurs*. 1999; 18(3): 24-31.
- Jacono J, Hicks G, Antonioni C, O'Brien K, Rasi M. Comparison of perceived needs of family members between registered nurses and family members of critically ill patients in intensive care and neonatal intensive care units. *Heart Lung*. 1990; 19(1): 72-8.
- Jamerson PA, Scheibmeir M, Bott MJ, Crighton F, Hinton RH, Cobb AK. The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart Lung*. 1996; 25(6): 467-74.
- Kahn EC. A comparison of family needs based on the presence or absence of DNR orders. *Dimens Crit Care Nurs*. 1992; 11(5): 286-92.
- Kerlinger FN. Foundations of behavioral research. 3ª ed. New York: CBS College; 1986.

- Kleinpell RM, Powers MJ. Needs of family members of intensive care unit patients. *Appl Nurs Res.* 1992; 5(1): 2-8.
- Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med.* 1985; 13(10): 818-29.
- Koller PA. Family needs and coping strategies during illness crisis. *Clin Issues Crit Care Nurse.* 1991; 2(2): 338-45.
- Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes tem a ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
- Lange PM. Family stress in the intensive care units. *Crit Care Med.* 2001; 29(10): 2025-6.
- Lederer M, Goode T, Dowling J. The critical care assistance program. *Chest.* 2005; 128(3): 66S-75S.
- Lee IYM, Chien W, Mackenzie AE. Needs of family with a relative in a critical care unit in Hong Kong. *J Clin Nurs.* 2000; 9(1): 46-54.
- Lee LY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs.* 2003; 12(4): 490-500.
- Leske JS. Needs of relatives of critical care patients: a follow up. *Heart Lung.* 1986; 15(2):189-93.
- Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart Lung.* 1991; 20(3): 236-44.
- Leske JS. Comparison ratings of needs importance after critical illness from family members with varied demographic. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 1992; 4(4): 607-13.
- Leung KK, Chien WT, Mackenzie AE. Needs of Chinese families of critically ill patients. *West J Nurs Res.* 2000; 22(7): 826-40.
- Lino MM. Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.
- Liss PE. On need and quality of life. In: Nordenfelt L. Concepts and measurement of quality of life in health care. Boston: Kluwer Academic; 1994.

- Livianu J, Anção MS, Andrei AM, Faria LS. Índices de gravidade em UTI: adulto e pediátrica. In: Knobel E. Condutas no paciente grave. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1998. Cap. 107, p.1334-62.
- Lucchese AC. Estudo sobre os familiares dos pacientes internados no hospital geral e suas necessidades [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 2003.
- Macey BA, Bouman CC. An evaluation of validity, reliability, and readability of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart Lung*.1991;20(4):398-403.
- McHale DJL, Bellinger A. Need satisfaction level of family members of critical care patients and accuracy of nurses' perceptions. *Heart Lung*.1991; 17(4):447-53.
- Mirr MP. Factors affecting decisions made by family members of patients with severe head injury. *Heart Lung*.1991; 20(3):228-35.
- Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*.1979; 8(2):332-9.
- Morgon FH, Guirardello EB. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidades de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enferm*. 2004; 12(2):198-203.
- Neabel B. Family assessment tools: a review of the literature from 1978-1997. *Heart Lung*. 2000; 29(3):196-209.
- Norheim C. Family needs of patient having coronary artery bypass graft surgery during the intraoperative period. *Heart Lung*. 1989; 18(6):622-6.
- Norris LO, Grove SK. Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients. *Heart Lung*. 1986;15(2):194-9.
- O'Malley P, Favaloro R, Anderson B, Anderson ML, Siewe S, Benson LM, et al. Critical care nurse perceptions of family needs. *Heart Lung*. 1991; 20(2):189-201.
- Pelletier ML. The needs of family members of organ and tissue donors. *Heart Lung*. 1993; 22(2):151-7.
- Pierin AMG, Padilha KG, Cruz DALM. Caracterização dos pacientes de duas Unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 1990; 24(3):371-88.

- Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care units patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med*. 2001; 29(10):1893-7.
- Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care units patients before discharge or death. A prospective multicenter. *J Crit Care*. 2005; 20(1):90-6.
- Price DM, Forrester DA, Murphy PA; Monaghan, JF. Critical care family needs in an urban teaching medical center. *Heart Lung*. 1991; 20(2):183-8.
- Quinn S, Redmond K, Begley C. The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part II. *Intensive Crit Care Nurs*. 1996b; 12(4):239-45.
- Rocha JSY. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais: 1986-1996. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(1):44-54.
- Rukholm E, Bailey P. Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. *J Adv Nurs*. 1991;16(8):920-8.
- Santos LCG. Necessidades de familiares da pessoa internada em unidade de terapia intensiva: uma perspectiva compreensiva para a humanização do cuidar [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem da UFRJ; 1998.
- Silva MCM. Caracterização dos pacientes adultos das unidades de terapia intensiva do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.
- Silva MCM, Sousa RMC. Caracterização dos pacientes adultos e adolescentes das unidades de terapia intensiva do município de São Paulo. *Rev Paul Enferm*. 2002; 21(1):50-9.
- Sousa RMC. Visitas em UTI: subsídios para reflexão. *Rev Paul Hosp*. 1988; 36(1/3):24-9.
- Souza M, Possari JF, Mugaia KHB. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. *Rev Paul Enferm*. 1995; 5(2):77-9.
- Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2001.

- Takman C, Severinsson E. Comparing Norwegian nurses' and physicians' perceptions of the needs of significant others in intensive care units. *J Clin Nurse*. 2005; 14(5):621-31.
- Takahashi EIU, Silva CA, Guerra GM. Necessidades básicas das esposas de pacientes infartados na fase aguda do tratamento. *Rev Bras Enferm*. 1990; 43(1/4):71-8.
- Tin MK, French P, Leung KK. The needs of the family the critically ill neurosurgical patients: a comparison of nurses' and family members' perceptions. *J Neurosci Nurs*. 1999; 31(6):348-56.
- Titler MG, Cohen M, Craft MJ. Impact of adult critical care hospitalization: perceptions of patients, spouses, children and nurses. *Heart Lung* 1991; 20(2):174-82.
- Trygar NA. Selecting a model to guide family assessment. *Dimens Crit Care Nurs*. 1994;14(1):4-12.
- Twibell RS. Family coping during critical illness. *Dimens Crit Care Nurs*. 1998; 17(2):100-12.
- Verhaegue S, Defloor T, Zuuren VF, Duijnste M, Grypdonk M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005;14(4): 501-9.
- Victor ACS, Matsuda LM, Saalfeld SMS, Évora YDM. Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. *Acta Sci Health Sciences*. 2003; 25(2):199-206.
- Victora CG, Huttly SR, Fushs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997; 26(1):224-7.
- Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(4):440-5.
- Waidman MAP, Elsen I. Família e necessidades: revendo estudos. *Acta Sci Health Sciences*. 2004; 26(1):147-57.
- Wasser T, Pasquale MA, Matchett SC, Bryan Y, Pasquale M. Establishing reliability and validity of the Critical Care Family Satisfaction Survey. *Crit Care Med*. 2001; 29(1):192-96.

- Zazpe C, Margall MA, Otano C, Perochena MP, Asiain MC. Meeting needs of family members of critically ill patients in a Spanish intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 1997; 13(1):12-6.

ANEXOS

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Necessidades de familiares em Unidades de Terapia Intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado.

2. PESQUISADORES

Kátia Santana Freitas – Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva – COREN: 80790. Mestranda em enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP - Bolsista CAPES.

Audrey Garcia Reveles – Enfermeira.

Orientadora: Prof. Dr. Miako Kimura – Profª Livre-docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Telefone: (11) 3069 7566

Nome do familiar:

Telefone:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa para avaliar as necessidades dos familiares dos pacientes que estão internados na UTI. Nosso objetivo é saber quais são as necessidades dos familiares que têm um parente internado na UTI, o quanto essas necessidades são importantes para a família e qual o seu nível de satisfação. Ou seja, queremos saber quais são os possíveis problemas que você pode estar enfrentando com a hospitalização do seu parente. Queremos também conhecer os seus dados pessoais e do paciente. Se você concordar em participar, será necessário que você responda aos questionários da pesquisa, com ajuda da pesquisadora, enquanto outras informações serão coletadas do prontuário do paciente. Você levará de 15 a 20 minutos para responder os questionários. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida, como: sua idade, cidade em que nasceu, onde mora, escolaridade, se tem alguém sem emprego, quanto a família ganha por mês, e também sobre as suas necessidades. Com todas essas informações pretendemos verificar se alguma dessas situações interfere nas suas necessidades. Não haverá qualquer custo em participar desta pesquisa. Você poderá desistir de participar a qualquer momento e não haverá problemas nem para a sua família nem para o paciente. O benefício esperado com o estudo é que os profissionais de saúde poderão conhecer quais são as necessidades mais importantes para as pessoas que têm um parente internado na UTI e isso poderá ajudar os profissionais a prestar uma melhor assistência a todos os familiares de pacientes que estão internados em UTI.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 200 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador

ANEXO C

**FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

1. Tipo de UTI	
1. Governamental ()	2. Privada ()
2. Numero de leitos _____	
3. Equipe multiprofissional por plantão	
Médicos	Relação medico/ paciente
Enfermeiros	Relação Enfermeiro /paciente
Assistente Social	
Psicólogos	
4. Existência de infra-estrutura para familiares: Não () Sim ()	
Sala de espera () telefone () banheiro () sofás/cadeiras ()	
Lanchonete () TV () armário () Outros	
5. Existência de intervenções específicas aos familiares:	
Sim () Não () Tipo de intervenção: _____	
6. Visitas	
Número de visitas por dia:	
Número de visitantes por vez	
Período da(s) visita(s): Manhã () Tarde () Noite ()	
Tempo de visita permitido:	
Orientações sobre visitas: Não () Sim ()	
7. Informações sobre a evolução clínica do paciente:	
Não () Sim () Durante a visita () Por telefone ()	
8. Informações sobre alterações no estado clínico do paciente	
Não () Sim () Durante a visita () Por telefone ()	
9. Profissionais que dão informações sobre o paciente	
Enfermeiro () Médico () Assistente social () Outros () _____	
10. Atendimento religioso aos pacientes: Não () Sim () Tipo: _____	
11. Atendimento religioso aos familiares: Não () Sim () Tipo: _____	

ANEXO D

FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE

Data___/___/___ Hora ____:____

Nº_____

INSTITUIÇÃO	
1. público ()	2. privado ()
TIPO DE FINANCIAMENTO	
1. Particular ()	2. Convênio () 3. SUS ()
I. Dados sociodemográficos	
SEXO	IDADE
1. masculino () 2. feminino ()	_____ anos
NÍVEL EDUCACIONAL	
1. analfabeto ()	2. I grau incompleto () 3. I grau completo ()
4. II grau incompleto ()	5. II grau completo () 6. III grau incompleto ()
7. III grau completo ()	9. Pós-graduação ()
SITUAÇÃO CONJUGAL	
1. solteiro () 2. casado () 3. união consensual () 4. separado ()	5. divorciado () 6. viúvo ()
RELIGIÃO	
1. evangélico () 2. católico () 3. espírita () 4. Nenhuma () 5. Outro ()	
II. Dados Clínicos	
UNIDADE DE ORIGEM	
1. Enfermaria () 2. Centro cirúrgico () 3. Pronto socorro ()	
ADMISSÃO	
1. Data: ____/____/____	2. Hora: ____:____
SAÍDA DA UNIDADE	
1. Alta () 2. Óbito ()	Data: ____/____/____ Hora: ____:____
DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO	
APACHE II	
1. Score _____ pontos	2. Risco de Morte _____ %
INTERNAÇÕES ANTERIORES	
1. sim () 2. não ()	
COMORBIDADES	
1. Diabetes mellitus ()	6. Cardiopatias (ICC, arritmias, ICO) ()
2. Hipertensão arterial ()	7. Cerebrovascular (AVC) ()
3. Neoplasia maligna ()	8. Hepatopatia crônica
4. DPOC ()	9. Insuficiência renal crônica ()
5. Obesidade ()	10. Nenhuma ()

UTI (Unidade de Terapia Intensiva), APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation)

ANEXO E

FICHA DE COLETA DE DADOS CLÍNICOS- APACHE II

Paciente: _____ Data: _____

Nº Registro: _____

	Valor Mínimo	Valor Máximo	Observações
SINAIS VITAIS			
PAs			
PAd			
Pam			
FC			
FR			
T retal (axilar+0,5 °C)			
LABORATÓRIO	Fio ₂	Fio ₂	
Oxigenação Fio ₂ ≥ 0,5 P(A-a)O ₂			
Fio ₂ < 0,5 PaO ₂			
PaCO ₂			
PH arterial			
Sódio			
Potássio			
Creatinina			
Hematócrito			
Leucócitos			
Escala de Coma Glasgow			
Idade			
Score (pontos)			
Risco de Morte			

ANEXO F

Curva ROC do escore total do APACHE dos pacientes das UTIs pública e privada. São Paulo, 2005.

ANEXO G

FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O FAMILIAR

Data _____ Hora _____

Nº _____

I. Dados sócio-demográficos			
SEXO		IDADE	
1.masculino () 2.feminino ()		_____ anos	
NÍVEL EDUCACIONAL			
1. analfabeto() 2. I grau incompleto() 3.I grau completo() 4. II grau incompleto() 5. II grau completo() 6. III grau incompleto() 7. III grau completo() 9. Pós-graduação			
ESTADO CIVIL			
1.solteiro() 2.casado() 3.união consensual () 4.separado() 5.divorciado() 6.viúvo()			
RELI GIÃO			
1.evangelíco() 2.católico() 3.espírita() 4. nenhuma() 5.Outro _____			
SITUAÇÃO DE TRABALHO			
1.empregado() 2.desempregado() 3.aposentado() 4.dona de casa() 5.autônomo() 6.estudante() 7.licença médica () 8. Informal			
RENDA MENSAL DA FAMÍLIA			
1.< 1 a 3 SM () 2. 4 a 5 SM () 3. 6 a 10 SM() 4. >10 SM()			
II. Relacionamento com o paciente			
RELAÇÃO DO INFORMANTE COM O PACIENTE			
1. Cônjuge () 2. Pai () 3. Mãe () 4. Filho () 5. Irmã (o) () 6. Namorado (a), noivo(a) 7.Outros _____			
Tempo de convivência com o paciente: _____ anos			
EXPERIENCIA ANTERIOR EM UTI			
1. Sim () 2.Não () . Quantas vezes _____			
III. Avaliação da Informação			
Diagnóstico correto: 1. Sim () 2.Não ()			
Nome do médico: 1. Sim () 2.Não ()			
Nome da enfermeira: 1. Sim () 2.Não ()			

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

ANEXO H

**INEFTI - Inventário das Necessidades e Estressores de Familiares
em Terapia Intensiva (Castro, 1996)**

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

Necessidades	Importância				Satisfação			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Saber quais as chances de melhora do paciente								
2. Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita								
3. Poder conversar com o medico todos os dias								
4. Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone								
5. Ter perguntas respondidas com franqueza								
6. Ter horário de visita modificado em casos especiais								
7. Falar sobre sentimentos negativos relacionados ao que está acontecendo								
8. Ter uma boa lanchonete no hospital								
9. Ser informado sobre o que fazer quando estiver ao lado do paciente								
10. Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora								
11. Saber quem pode dar a informação que necessito								
12. Ter amigos por perto para apoiá-lo								
13. Saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente								
14. Sentir que há esperança de melhora do paciente								
15. Saber quais os profissionais que estão cuidando do paciente								
16. Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente								
17. Estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente								
18. Ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital								
19. Saber exatamente o que está sendo feito para o paciente								
20. Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI								
21. Sentir se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital								
22. Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros								
23. Ter um telefone perto da sala de espera								
24. Ter a visita de alguém da religião a qual pertence								
25. Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente								
26. Ser acompanhado(a) por profissional, amigo ou familiar durante a visita								
27. Ter alguém que se preocupa com a minha saúde								
28. Ter certeza que tudo está bem para deixar o hospital por algum tempo								
29. Conversar com a mesma enfermeira todos os dias								
30. Sentir se à vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções								
31. Saber quais os outros profissionais podem me ajudar								
32. Ter um banheiro perto da sala de espera								
33. Receber explicações que possam ser compreendidas								
34. Começar a visita na hora marcada								
35. Ser informado sobre serviços religiosos								
36. Ajudar a cuidar do paciente na UTI								
37. Ser comunicado sobre possíveis transferências								
38. Ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente								
39. Receber informações sobre o paciente no mínimo uma vez ao dia								
40. Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente								
41. Ser informado a respeito de tudo que se relacione a evolução do paciente								
42. Ver o paciente freqüentemente								
43. Ter sala de espera perto do paciente								

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

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