UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

VANESSA SENA DE ALMEIDA

TECNOLOGIA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

VITÓRIA
2023

VANESSA SENA DE ALMEIDA

TECNOLOGIA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Karla de Melo Batista

VITÓRIA
2023

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

Almeida, Vanessa Sena de, 1987-
A447t Tecnologia para o cuidado de enfermagem a familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva / Vanessa Sena de Almeida. - 2023.
154 f. : il.

Orientadora: Karla de Melo Batista.
Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Tecnologia. 2. Cuidado. 3. Enfermagem. 4. Família. 5. Terapia Intensiva. I. Batista, Karla de Melo. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 61

VANESSA SENA DE ALMEIDA

TECNOLOGIA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Estudo apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de mestrado, na área de concentração Saúde e Enfermagem. Linha de pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Avaliação em:

COMISSÃO AVALIADORA

Profa. Dra. Karla de Melo Batista
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Orientadora

Profa. Dra. Áquila Lopes Gouveia
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)
Membro Externo

Profa. Dra. Maria Edla de Oliveira Bringuente
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Membro Interno

Prof. Dr. Rodrigo Marques da Silva
Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires (FACESA)
Suplente Externo

Profa. Dra. Leila Massaroni
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Suplente Interno

Dedico este trabalho às
minhas famílias:
À família em que eu nasci.
À família que constitui.
À família que ganhei.
Vocês são a minha motivação!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela força e pelo cuidado nesta caminhada.

Aos meus pais, Vera e Gerson, pela garra e por me ensinarem o valor da educação.

Aos meus irmãos, Vaneide e Gedeon, que, mesmo à distância, sempre demonstraram apoio e motivação.

Ao meu esposo, Edson, fonte de inspiração diária, pela paciência e pela paz que transmitia nos momentos de angústia e pela compreensão nos meus momentos de ausência para alcance do meu objetivo.

Aos meus filhos, Edson e Maria Fernanda, pela força que me fizeram descobrir e que eu nem sabia que tinha. Vocês são a minha maior inspiração!

À minha orientadora, Profa. Dra. Karla de Melo Batista, por acreditar nas minhas potencialidades e me conduzir nesta jornada com paciência, responsabilidade, ética e profissionalismo. Minha sincera gratidão!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em enfermagem da UFES, pelos conhecimentos e conselhos passados.

À minha turma de mestrado, pelos momentos de troca de conhecimento, amizade, carinho e cuidado.

À coordenação da UTI pelo apoio e incentivo em persistir.

Aos colegas de trabalho, que contribuíram com trocas de plantão e palavras de motivação.

Aos familiares dos pacientes atendidos até hoje, que motivaram a construção deste trabalho.

Finalmente, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho; meu muito obrigada e minha eterna GRATIDÃO!

Nunca, jamais desanimeis,
embora venham ventos contrários.

Santa Paulina

ALMEIDA, Vanessa Sena de. **Tecnologia para o cuidado de enfermagem a familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.** Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem). Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2023.

RESUMO

Introdução: Os familiares sofrem ao vivenciar o momento de internação do familiar em Unidade de Terapia Intensiva, momento que pode deixá-los preocupados e inconformados, gerando estresse, ansiedade e medo. Foi evidenciado que familiares vivenciam a interrupção ou diminuição das atividades profissionais, sociais e de lazer; adequação da rotina para os horários de visita; e redução do apetite. **Objetivo:** Construir e validar tecnologia para o cuidado de enfermagem a familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Objetivo específico:** Identificar as necessidades dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico, com produção de tecnologia, dividido em três etapas: 1) Identificação das necessidades dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva; 2) Validação do conteúdo da tecnologia com referência às necessidades identificadas em familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva; 3) Elaboração de tecnologia para o cuidado de enfermagem a familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Resultados:** A partir da revisão integrativa de literatura realizada na primeira etapa, foi possível a elaboração de um quadro das necessidades dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva e de intervenções de enfermagem. Na segunda e terceira etapas, foi desenvolvido e validado o conteúdo da tecnologia para o cuidado de enfermagem a familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Participaram do estudo 15 juízes enfermeiros de diversas regiões do Brasil, que validaram o conteúdo das necessidades identificadas com índice médio de 0,87. As necessidades validadas subsidiaram o conteúdo dos produtos desenvolvidos. **Produto:** Protocolo de cuidados à família de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, composto por fluxogramas de atendimento, ficha de cadastro do familiar, quadro de necessidades e intervenções de enfermagem. **Consideração final:** A tecnologia desenvolvida serve como direcionador das ações do enfermeiro frente à admissão do binômio paciente-família e uniformização das boas práticas assistenciais já consolidadas visando o cuidado à família na UTI. Além disso, é capaz de influenciar mudanças no planejamento e implementação de práticas voltadas para o acolhimento e humanização do ambiente frente à necessidade de fortalecer a presença da família.

Descritores: Tecnologia; Cuidado; Enfermagem; Família; Unidades de Terapia Intensiva.

ALMEIDA, Vanessa Sena de. **Technology for nursing care to family members of patients in Intensive Care Unit.** Dissertation (Professional Masters in Nursing). Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2023.

ABSTRACT

Introduction: The family members suffer when experiencing the moment of hospitalization of their loved one in an Intensive Care Unit, a moment that can leave them worried and unhappy, generating stress, anxiety, and fear. It was evidenced that family members experience interruption or reduction of professional, social and leisure activities; adequacy of routine for visiting hours; and reduction of appetite. **Objective:** To develop and validate a technology for nursing care to family members of patients admitted to intensive care units. **Specific Objective:** To identify the needs of family members of patients admitted to an Intensive Care Unit. **Method:** This is a methodological study, with the production of technology, divided into three stages: 1) Identification of the needs of family members of patients in the intensive care unit; 2) Validation of the content of the technology with reference to the needs identified in family members of patients in an intensive care unit; 3) Preparation of technology for nursing care to family members of patients in an intensive care unit. **Results:** From the integrative literature review performed in the first stage, it was possible to elaborate a framework of the needs of family members of patients hospitalized in Intensive Care Unit and nursing interventions. In the second and third stages, the content of the technology for nursing care to family members of patients in an Intensive Care Unit was developed and validated. Fifteen nurse judges from different regions of Brazil participated in the study, validating the content of the identified needs with a mean score of 0.87. The validated needs subsidized the content of the developed products. **Product:** Protocol of care for the families of patients in an Intensive Care Unit, composed of a flowchart, a family member registration form, a chart of nursing needs and interventions, and an environment project for the waiting room. **Conclusion:** The technology developed serves as a guide for the nurses' actions regarding the admission of the patient-family binomial and the standardization of the already consolidated best practices of care. Furthermore, it can impact in changes in the planning and implementation of practices aimed at welcoming and humanizing the environment regarding the need to strengthen the presence of the family.

Descriptors: Technology; Care; Nursing; Family; Intensive Care Units.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fatores norteadores do cuidado clínico intensivo	23
Figura 2	Planta baixa do projeto de sala de espera para familiares dos pacientes internados na UTI	103
Figura 3	Interior do oratório com vista para a recepção	104
Figura 4	Recepção com espaço para cadeirantes	105
Figura 5	Recepção, outra vista	105
Figura 6	Recepção, perspectiva mostrando vidro espelhado do oratório ..	106
Figura 7	Recepção, outra perspectiva	106
Figura 8	Sanitário para pessoa com deficiência masculino e feminino	107
Figura 9	Closet para guardar pertences	107
Figura 10	Sala de reuniões	108
Figura 11	Sala de reuniões, outra perspectiva	108
Figura 12	Oratório	109
Figura 13	Oratório em perspectiva de vista para a recepção	109
Figura 14	Oratório, destaque para vista exterior	110
Figura 15	Oratório em outra perspectiva	110

Artigo 1

Figura 1	Fluxograma Prisma do processo de busca e seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa (adaptado)	45

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Artigo 1

Quadro 1 Necessidades dos familiares encontradas nos artigos da revisão integrativa 46

Artigo 2

Tabela 1 Variáveis de caracterização dos juízes participantes 61

Quadro 1 Descrição do índice de validade de conteúdo para as intervenções de enfermagem propostas para as necessidades de familiares de pacientes em UTI. Vitória, ES, Brasil, 2022 62

Quadro 2 Necessidades dos familiares de pacientes em UTI e intervenções de enfermagem 63

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
APGAR	Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
CCF	Cuidado Centrado na Família
CCFNI	Critical Care Family Inventory
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID	Corona Vírus
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EFE	Entrevista Familiar Estruturada
FACES III	Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale
FAD	Family Assessent Device
FAM	Family Assessment Measure
FBQ	Family Background Questionnarie
FES	Family Environment Scale
FSM	Teoria da Adaptação de Roy, Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial
IPFCC	Instituto para Cuidados Centrados no Paciente e na Família
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	12
1.1	TEMPORALIDADE DA AUTORA	12
1.2	APRESENTAÇÃO DO TEMA	14
2	**REVISÃO DE LITERATURA**	21
2.1	A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	21
2.2	O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	24
2.3	A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	28
2.4	A FILOSOFIA DO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA	29
3	**OBJETIVOS**	34
4	**MÉTODO**	35
4.1	TIPO DE PESQUISA	35
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA	35
4.3	PÚBLICO-ALVO	35
4.4	DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	36
4.4.1	**Etapa 1: Identificação das necessidades dos familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva**	36
4.4.2	**Etapa 2: Validação do conteúdo da tecnologia com referência as necessidades identificadas em familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva**	36
4.4.3	**Etapa 3: Elaboração de tecnologia gerencial para atender as necessidades dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva**	38
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	40
5	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	41
5.1	PRODUTO 1: PROPOSTA DE ARTIGO 1	41
5.2	PRODUTO 2: PROPOSTA DE ARTIGO 2	56
5.3	PRODUTO 3: PROTOCOLO	74
5.4	PRODUTO 4: PLANTA FÍSICA	97
6	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	112
	REFERÊNCIAS	113
	ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	124
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	12

..... 7
APÊNDICE B: CARTA CONVITE PARA JUIZES E ESPECIALISTAS ENFERMEIROS 131
APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 132

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMPORALIDADE DA AUTORA

A minha primeira escolha profissional foi trabalhar com terapia intensiva e, nesse ambiente, construí toda a minha trajetória profissional.

Terminei a minha graduação em 2011 e ingressei na especialização/residência multiprofissional em terapia intensiva adulto em 2012 e, desde então, me dedico ao cuidado de pacientes adultos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Desde 2015, trabalho na UTI adulto do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, HUCAM. Já no período de pós-graduação, indagava-me sobre a situação dos familiares dos pacientes internados na UTI: preocupados, inconformados, estressados, ansiosos e com medo, recebendo uma série de informações com termos técnicos, que a maioria não compreendia. Entretanto, também havia aquele familiar que passava desapercebido pela equipe de saúde da unidade, sem o direito de perguntar, questionar ou intervir. Ouvindo, por vezes, a frase “estamos cuidando dele/a”.

Mas quem cuidava desse familiar?

Durante esses anos de trabalho como enfermeira, me deparei com profissionais da UTI sensibilizados, tentando também cuidar dos familiares dos pacientes ali internados. Contudo, a rotina exaustiva da unidade sempre foi um impeditivo às tentativas.

Além disso, considerando a equipe de enfermagem, o quantitativo de funcionários, as rotinas da instituição e a sobrecarga de trabalho são fatores que corroboram no processo de trabalho da enfermagem para que, mesmo que erroneamente, por vezes, deixamos de cuidar dos familiares dos pacientes internados na UTI em suas necessidades.

Eu me questiono sobre o direito desse familiar ser cuidado e o dever da enfermagem em cuidar desse familiar. Entretanto, o que posso fazer para a resolução desse impasse?

Essa inquietação me levou a ingressar no mestrado profissional em enfermagem. Percebi a necessidade de adquirir outras ferramentas e conhecimentos que pudessem estruturar uma intervenção, respondendo à minha inquietação e oportunizando um cuidado de qualidade ao familiar de paciente internado na UTI, bem como intervindo nessa demanda existente nos serviços de saúde.

Com relação a essa demanda, o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – HUCAM, é vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), a qual instituiu o Programa e Selo Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares de Qualidade.

Trata-se de uma iniciativa em âmbito nacional, e consiste em um sistema próprio de avaliação, com o objetivo de promover a melhoria contínua dos serviços prestados à população brasileira que utilizam os hospitais universitários federais (HUF) da rede Ebserh nas áreas assistencial, de ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde (EBSERH, 2018). O programa é vinculado ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde.

Os requisitos estabelecidos são voltados para melhoria da qualidade nos HUF, estando alinhados ao propósito da Ebserh de “Ensinar para transformar” e à visão de ser referência nacional no ensino, extensão, pesquisa e inovação no campo da saúde, na assistência pública humanizada de qualidade, e na gestão hospitalar, atuando de forma integrada com a universidade e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde (EBSERH, 2022). O cuidado à família na UTI é um desses requisitos do programa, e a UTI na que estou lotada é uma unidade voltada para o atendimento do paciente adulto em condição crítica de saúde, sendo escolhida como unidade piloto para o desenvolvimento desse programa, almejando a mudança de paradigmas na prestação do cuidado, incluindo o cuidado de enfermagem.

Dessa forma, este estudo emerge de anseio pessoal, frente à minha vivência profissional. Além disso, desponta enquanto demanda institucional, frente a um programa nacional nos HUF da rede Ebserh.

1.2 APRESENTAÇÃO DO TEMA

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a UTI é um serviço hospitalar destinado a pacientes em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia ininterruptos, monitorização contínua durante as 24 horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada (BRASIL, 2017a).

Por se tratar de um ambiente com grande arsenal tecnológico e que recebe pacientes em estado crítico, o processo de internação na UTI é cercado de medos e dúvidas pelo paciente e a família. Os familiares sofrem ao vivenciar o momento de internação do familiar em UTI, momento que pode deixá-los preocupados e inconformados, gerando estresse, ansiedade e medo.

A compreensão das repercussões do processo de internação na UTI sob a perspectiva da família revelou interrupção ou diminuição das atividades profissionais, sociais e de lazer; necessidade de adequação da rotina para os horários de visita; e redução da fome ou do apetite (REIS; GABARRA; MORÉ, 2016).

Comparando-se entre paciente e respectivo familiar que passaram pela experiência da internação em UTI, a incidência de sintomas como ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, verificou-se que os familiares sofreram mais e que, neles, esses sintomas persistiram ao longo do tempo, principalmente quando o paciente vinha a óbito (FUMIS *et al.,* 2015).

Para minimizar as consequências do estresse gerado ao familiar durante o período de internação na UTI, é necessário atendimento humanizado, aconselhamento e apoio psicológico que podem ser realizados quando buscamos entender suas necessidades, considerando a família uma extensão dos pacientes (BARTH, 2016).

A família assume vários significados e, independente desses significados, precisa ser visualizada na mesma perspectiva em que seus familiares precisam de cuidado.

A família pode ser definida como um conjunto de normas, práticas e valores, em determinado lugar, tempo e história. Dessa forma, trata-se de uma construção social (BIROLI, 2014).

Ao longo da história, a família vem modificando-se, sendo o reflexo de movimentos sociais de cada época. Novas configurações familiares passaram a existir, em decorrência da experiência científica, da revolução dos costumes, da mudança de paradigmas, da forma de diálogo internacional e da valorização dos direitos humanos (SUAREZ; FARIAS, 2016; MALUF, 2018).

O conceito de família atrelado ao patriarcalismo, ao patrimônio e à hierarquia há muito tempo foi ultrapassado e, no pós-modernismo, perpassa pela convivência pautada na solidariedade em função da afetividade representada por laços emocionais conjuntos. Dessa forma, a família deve ser entendida como comunidade de vida material e afetiva entre seus componentes, que unem esforços para o desenvolvimento de atividades materiais e sociais, com convivência que promove mútua companhia, apoio moral e psíquico, na busca do melhor desenvolvimento da personalidade dos indivíduos que a compõem (FIUZA; POLLI, 2015).

O conceito legal de família que melhor define o pluralismo existente foi o mencionado na Lei nº 11340/2006, que define a família como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa (BRASIL, 2006).

Além das formas de famílias presentes nos documentos jurídicos, outras formas de relacionamentos duradouros e efetivos gradativamente vêm ganhando visibilidade e reconhecimento legal em diversos países, tendo em vista o respeito à dignidade da pessoa humana, a valorização dos direitos humanos e o exercício da tolerância (MALUF, 2021).

Os arranjos familiares podem ser de diversos tipos: família matrimonial, família formada na união estável, concubinária, monoparental, unilinear, homoafetiva, famílias recompostas, mosaico, pluriparental, anaparental, eudemonista, paralela, tendo todas em comum o desejo de proteção humana, vivendo em um local onde possam desenvolver suas potencialidades e

peculiaridades, ligadas pelo sentimento mais importante, que é o afeto (MALUF, 2013).

A família matrimonial comporta a ideia tradicional de família, constituída a partir da oficialização do matrimônio. Na lei vigente, compreende os casamentos civis e religiosos, podendo ser hetero e homoafetivos (MENEZES, 2023).

A família formada pela união estável, uniões de fato e família informal, trata-se de uma realidade semelhante ao casamento, no entanto, não implica a existência de contrato escrito. Caracteriza-se pela intenção de recusar a formalização religiosa e legalização civil (DIAS, 2011; PRADO, 2017). Recebem todo tipo de amparo legal mesmo sem a oficialização do matrimônio (MENEZES, 2023).

A família unilinear ou unipessoal cumpre função jurídica importante, por se tratar de pessoas que vivem sozinhas (pessoas solteiras, viúvas ou separadas). Essas pessoas têm amparo legal e não podem ter seus bens penhorados pela justiça (MENEZES, 2023).

A família anaparental pode ser definida como a relação familiar baseada no afeto e na convivência mútua entre pessoas que não apresentem o mesmo grau de parentesco, como, por exemplo duas irmãs, solteiras ou viúvas, que residam juntas e, assim, juntem um patrimônio comum. A lei vigente abrange também a formação de um agregado a partir de laços afetivos, como no caso de amigos, onde não há uma relação de parentalidade (MALUF, 2013; MENEZES, 2023). Nesse tipo de família não existe a figura do pai (KASLOW, 2002).

A família pluriparental, também chamada de família mosaico, reconstruída ou recomposta, pode ser entendida como a entidade familiar que surge com a ruptura de anteriores vínculos familiares e consequente formação de novos vínculos, que incluem os filhos oriundos das relações anteriores, também aqueles que o casal têm em comum. É frequente a existência de filhos de casamentos ou ligações diferentes ocasionando meios-irmãos (DIAS, 2011; CARNUT; FAQUIM, 2014, MALUF, 2021).

A família eudemonista também desponta no cenário atual. Pode ser entendida como a família cuja formação decorre do afeto, ou seja, cuja viabilidade produz felicidade nos seus componentes, bem supremo da existência humana. Não tem respaldo legal (MALUF, 2021).

A família paralela é aquela que se forma infringindo o princípio da monogamia, observando-se o ordenamento jurídico. Já o concubinato parte das relações não eventuais entre homens e mulheres impedidos de se casar (MALUF, 2021).

A família monoparental configura-se desvinculada da ideia de um casal e seus filhos. São frutos de divórcio, viuvez ou da própria opção dos progenitores, mães solteiras, adoção por parte das mulheres ou dos homens sós, recurso de técnica assistida de reprodução (DIAS 2011; MALUF, 2021). Da família monoparental desmembra-se a família unilateral, formada pela genitora e sua prole, oriundas de técnicas de reprodução assistida (MALUF, 2021).

Independente da sua origem e formação, a família nunca deixou de ser a principal referência do indivíduo na sociedade, a noção primeira do sentimento de "pertença", vital para o desenvolvimento e realização humana. O termo família remete à ideia de refúgio, aconchego, alento, proteção e amor (FIUZA; POLLI, 2015) e, quando deixa de ter esse significado, influencia diretamente no modo de viver e cuidar-se dos indivíduos que a compõe.

Corroborando com essa descrição de família, acredita-se que ela deve ser compreendida como elemento de apoio entre o paciente e a instituição, e o profissional capaz de manter vínculos e tornar o ambiente mais seguro e acolhedor para a família que passa por esse processo de sofrimento e adaptação advindos da internação do familiar na UTI (NEVES, 2018).

Na UTI, não só os pacientes são cuidados pelos enfermeiros, seus familiares também são objetos do cuidado. Frequentemente, entretanto, a família fica esquecida em meio à rotina de trabalho exaustiva do enfermeiro, que prioriza uma assistência direta aos pacientes, na maioria acometidos por processos de saúde-doença mútuos e dependentes da equipe de saúde para todas as suas necessidades físicas, biológicas e espirituais (PEREIRA, 2019).

Além dos cuidados diretos ao paciente, acolher a sua família, orientar e passar informações sobre o estado de saúde do familiar faz parte da gama de cuidados que os enfermeiros podem proporcionar diariamente na unidade de terapia

intensiva, e não apenas se limitar ao momento da admissão do paciente à unidade (PASSOS, 2015).

Segundo a Resolução nº 358/2009 do COFEN, a família também faz parte de todas as etapas do Processo de Enfermagem e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O cuidado de enfermagem aqui preconizado deve envolver não só a pessoa (paciente), mas sua família ou coletividade humana.

Dentre a rotina do enfermeiro na UTI, que envolve: toda a parte administrativa de gerenciamento do cuidar, além dos cuidados diretos ao paciente (participação no banho, preparo de medicações, realização de curativos e transportes para exames, vigilância constante dos parâmetros vitais), o enfermeiro precisa considerar a existência da SAE para realização do cuidado à família. Pode-se utilizar várias estratégias e medidas tanto educativas quanto de organização do serviço de forma a incentivar o cuidado, a humanização e o acolhimento (PASSOS, 2015; CHAVES *et al.,* 2017).

Assim, o gerenciamento da assistência de modo que o enfermeiro tenha condições de exercer o cuidado a família é extremamente importante e sua utilização confere mais humanização aos receptores das ações, pois o indivíduo é visto de maneira integral, assegurando que os cuidados não sejam voltados apenas para a doença (SANTOS; NASCIMENTO, 2020).

Nesse contexto, torna-se importante conhecer as necessidades da família dos pacientes internados na UTI na perspectiva do atendimento desse grupo pelos enfermeiros, ultrapassando o direcionamento exclusivo ao paciente internado de forma que o familiar também participe dos cuidados. É preciso que o cuidado ofertado pela equipe de saúde extrapole a visão biológica do paciente e englobe sua família como parceiros do cuidado e da instituição (TOMÁS *et al.,* 2018; MANDETTA, BALIEIRO, 2020).

No que tange ao subsídio teórico e filosófico, o enfermeiro passou a utilizar modelos de avaliação familiar. Esses estudos demonstraram que a avaliação familiar como fator preditor de melhora significativa do cuidado ao paciente (SOUSA *et al.,* 2020).

Os principais modelos teóricos encontrados na literatura através do estudo realizado por Sousa *et al.* (2020) foram: Teoria da Adaptação de Roy, Saúde da Família (FSM), Parental, APGAR de família, modelo Calgary, Modelo de análise de depressão em cuidadores, modelo de resiliência, Family Background Questionnarie (FBQ), Critical Care Family Inventory (CCFNI), Genograma e Ecomapa, Entrevista Familiar Estruturada (EFE), Family Assessent Device (FAD), Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III), Family Environment Scale (FES), Family Assessment Measure (FAM), Modelo de cuidado Centrado na Família, questionário de Dinâmica Familiar, e Modelo de Neuman (SOUZA *et al.,* 2020).

A utilização dos modelos teóricos e filosóficos podem subsidiar a criação de tecnologias assistenciais e gerenciais para conhecimento e atendimento das necessidades da família em diversos cenários, inclusive na UTI. Faz-se necessário o conhecimento por parte do enfermeiro acerca das necessidades dos familiares e de quais recursos pode utilizar para corresponder as essas necessidades.

Pode-se afirmar que é preciso empoderar as famílias e capacitar os profissionais, inclusive o enfermeiro, para realizar perguntas com foco nas necessidades do paciente e da família e, assim, ser possível ouvir e atender às suas necessidades (CRUZ; PEDREIRA, 2020).

O conhecimento das necessidades dos familiares possibilita compreender e atendê-los com vistas a fortalecer a humanização nas relações existentes entre a família a UTI e o paciente. Assim, este estudo torna-se relevante, pois busca construir uma tecnologia gerencial que auxilie o enfermeiro a organizar a assistência ofertada aos familiares de pacientes internados na UTI desde admissão até a alta.

As tecnologias gerenciais são consideradas como um “processo sistematizado e testado de ações teóricas práticas (planejamento, execução e avaliação), usado no gerenciamento da assistência e dos serviços de saúde, para intervir no contexto da prática profissional, buscando uma melhoria na qualidade” (NIETSCHE *et al*., 2005).

A justificativa para este trabalho concentra-se na importância e necessidade do cuidado humanizado aos familiares dos pacientes internados na UTI, na experiência vivenciada durante a internação do familiar, na necessidade de permitir

ao enfermeiro a oportunidade de desenvolvimento desse cuidado, mesmo frente ao desgastante processo de trabalho da enfermagem, além de atendimento a uma demanda institucional, determinada por um programa de âmbito nacional.

Assim, este estudo pretende responder a seguinte questão: Quais as necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI podem subsidiar a construção de uma tecnologia para o cuidado desses familiares?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A ideia precursora de Unidade de Terapia Intensiva foi da enfermeira inglesa Florence Nightingale, em 1854, durante Guerra da Crimeia. Nessa época, ela já se preocupava com as condições do ambiente, com o atendimento prioritário, e com separação dos pacientes mais graves (BIONDI, 2013).

Quando Florence e seu grupo chegaram à Crimeia, após organização do ambiente e separação dos doentes por gravidade, elas conseguiram reduzir a taxa de mortalidade de 40% para 2%, além de introduzir o cuidado noturno (GEOVANINI, 2014). Da época de Florence até meados de 1950, os cuidados intensivos eram principalmente os cuidados intensivos de enfermagem (MARSHALL *et al.,* 2016).

Naquela época, ela pensou em intensificar os cuidados aos mais graves e tendo em vista a questão da contaminação, atualmente, é para isso que serve a UTI. Estamos no século 21 e as alterações que essas unidades sofreram foram as relativas aos avanços tecnológicos e de cuidados mais especializados, mas a ideia básica de Florence ainda continua atual, principalmente nos princípios da organização hospitalar (CAMPONOGARA, 2012; GEOVANINI, 2014; PERES *et al.,* 2021).

A importância das contribuições deixadas pelos estudos de Florence ecoa nas bases da enfermagem moderna enquanto profissão científica e é reconhecida pela área médica quando se reporta à origem da medicina intensiva. As UTIs surgiram como resposta ao problema do tratamento dos pacientes críticos, utilizando áreas hospitalares destinadas aos pacientes em estado crítico e que necessitavam de cuidados altamente complexos e controlados (GOMES, 2020).

As primeiras UTIs começaram a surgir na metade do século XX em hospitais norte-americanos – as chamadas “salas de recuperação”, para onde eram encaminhados os pacientes em pós-operatório de grandes cirurgias. No Brasil,

começaram a ser organizadas e implantadas no final da década de 1960 (GOMES, 2020).

Em 1967, foi inaugurado o primeiro Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Brasil, no Hospital dos Servidores do Estado (HSE), no Rio de Janeiro (BRINGUENTE, 2011). Em 1968, já existiam, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) alguns locais para o atendimento ao paciente crítico e instável (GOMES, 2020).

Em 1971, no Hospital Sírio-Libanês (Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês), em São Paulo, foi implantada uma UTI com 12 leitos (a primeira em hospital particular), em área física planejada e funcional. Ao final dos anos 1970, a referida UTI projetava-se nacionalmente, com evidente destaque nas ações de enfermagem e nos papéis assumidos pelos enfermeiros na assistência aos pacientes críticos (GOMES, 2020).

Hoje, a UTI faz parte do ambiente hospitalar como um sistema organizado para oferecer suporte de vida de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e suporte orgânico avançados para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica. A assistência em saúde é prestada de forma contínua, 24 horas por dia, por equipe multidisciplinar especializada. Em conjunto, esses profissionais oferecem diagnóstico, tratamento, cuidados e outros elementos necessários para a atenção adequada ao paciente grave e com potencial de recuperação (MARSHALL *et al.,* 2016; MARTINEZ, AGUILAR, 2017; FREITAS, 2018; BRASIL, 2020).

Com relação aos aspectos legais, o processo de implantação e funcionamento das UTIs no Brasil são regidos, principalmente, pelas seguintes legislações: as portarias MS nº 466/98 e a MS/GM nº 3.432/98 que estabeleceram o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de tratamento intensivo e os critérios de classificação de acordo com o aparato tecnológico, de recursos humanos e estrutura física disponível. Em 2010, foi publicada a RDC nº 7/2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento da UTI e dá outras providências. Em 2012, foi instituída a resolução RDC nº 26/2012 que alterou o número mínimo de profissionais de enfermagem que era exigido e aumentou o número de leitos pelos quais o enfermeiro era responsável. Em 2017, com a RDC nº 137, foram alterados

os critérios referentes à titulação dos profissionais coordenadores médico, enfermeiros e fisioterapeutas (BRASIL, 1998a, 1998b; ANVISA, 2010; BRASIL, 2017; OLIVEIRA *et al.,* 2017).

As UTI podem ser classificadas em dois tipos, conforme o nível de atenção que atendem e o grau de complexidade de recursos humanos e tecnológicos que oferecem, descritos a seguir.

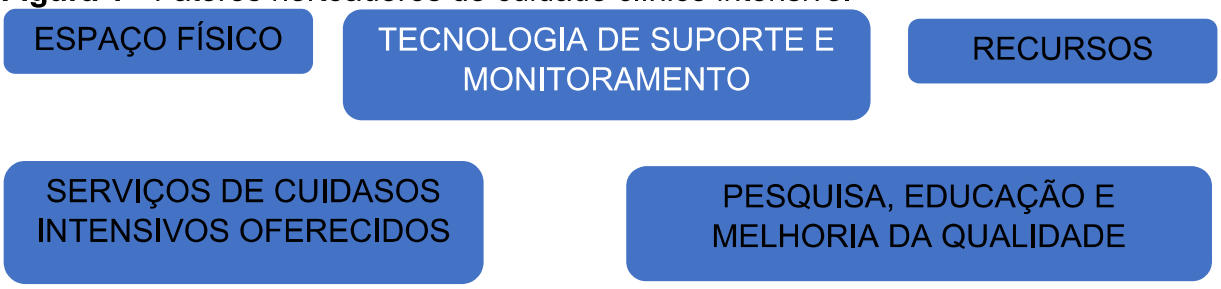
Tipo III: atendem a pacientes que necessitam de nível de atenção muito alto.

Tipo II: atendem a pacientes que necessitam de nível de atenção alto.

A Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) ou unidade semi-intensiva atende aos pacientes com risco moderado a grave de morte, que necessitam de monitorização contínua por 24 horas, e conta com uma equipe multiprofissional para prestação dos cuidados, além do aparato tecnológico.

Segundo Marshall *et al.* (2016), os fatores que norteiam o cuidado clínico intensivo, podem ser classificados em cindo domínios (Figura 1).

Figura 1 - Fatores norteadores do cuidado clínico intensivo.



Fonte: Elaborado pela autora.

A equipe que atua na UTI deve trabalhar de forma integrada, aprimorando os conhecimentos e oferecendo uma assistência qualificada e segura. Para tanto, é preciso uma equipe de saúde altamente especializada, com enfoque multidisciplinar

e interdisciplinar, pois o cuidado ao paciente grave se concentra na promoção de conforto, prevenção de complicações e cuidados com o paciente e família (VIANA; TORRE, 2017; MARTINEZ; AGUILAR, 2017).

A equipe da UTI atende aos pacientes graves. As pessoas que aí estão, estão inseridas num grupo social, e esse grupo social é a família. Esta tem diversas conformações e quem a define é o paciente. A família tem diversas necessidades, dentre elas, necessidades de informação, segurança no tratamento, suporte e proximidade, e acesso à equipe médica (MENDES, 2016; MOERSCHBERGER; ZIMATH, 2017; BATISTA *et al.,* 2019). Portanto, precisa ser cuidada. As dificuldades encontradas no processo de trabalho que dificultem ou impeçam esse cuidado precisam ser identificadas e sanadas.

Em busca de um atendimento de qualidade, correspondente ao cuidado especializado da UTI, o enfermeiro agrega vários processos técnicos e gerenciais para a execução das atividades. O enfermeiro tem sido identificado como o membro da equipe que pode interferir precocemente nas situações de risco, com competência e conhecimento (PEREIRA *et al.,* 2019; GOMES, 2020). Portanto, a atuação do enfermeiro na UTI tornou-se a cada dia mais ampla e indispensável.

2.2 O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A equipe de profissionais da UTI é constituída por diversos profissionais, incluindo o enfermeiro e o técnico de enfermagem. Os cuidados de enfermagem fazem parte do cuidado multidisciplinar que a UTI oferece. Não é um cuidado pontual, mas uma assistência que permeia a admissão, o período de internação e a alta ou apoio emocional requerido momento da morte do paciente. O cuidado de enfermagem na UTI deve abranger o paciente e a família.

O processo de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva é caracterizado por atividades assistenciais complexas que exigem grande conhecimento técnico e científico. Além desses conhecimentos, é necessário manejo com os recursos humanos, humanização nos processos e atendimento as

demandas relativas à gerência da unidade e da prática interdisciplinar característica do trabalho em UTI (COFEN, 2020).

Na UTI, o enfermeiro deve estar atento a uma vasta quantidade de dados, que incluem sinais vitais, equilíbrio hídrico, necessidade de utilização de drogas vasopressoras, administração adequada de antibióticos, coleta adequada e acompanhamento de materiais biológicos para exames, e avaliação do nível de consciência dos pacientes, entre outros. Além de todas essas atividades, o profissional deve dispensar cuidado aos familiares (FREITAS, 2018).

O ambiente de UTI é percebido pelos familiares dos pacientes e acompanhantes como um ambiente onde os pacientes são encaminhados para receberem suporte para sobreviver. Os pacientes encontram-se muito próximos da morte. Assim, o momento da internação na UTI constitui uma experiencia estressante para a família. Os familiares relatam ser um momento de incertezas com poucas informações (TAVARES; COELHO; LOPES, 2018).

A UTI representa um universo novo, cheio de conceitos desconhecidos que, juntamente com os sentimentos de incerteza do processo de saúde do familiar, deixam o familiar estressado e ansioso. Os familiares não compreendem os procedimentos mais simples, como a monitorização cardíaca, exigindo do enfermeiro sensibilidade para tornar o ambiente novo menos hostil possível (MIDEGA; OLIVEIRA; FUMIS, 2019).

É possível inferir que ser bem recebido desde a admissão, ter acesso às informações do enfermeiro desde a chegada e durante a internação do paciente na UTI é atenção vista como uma forma de conforto e indicativo de cuidado pelos enfermeiros na percepção das famílias.

A forma como a comunicação entre equipe e família acontece tem um papel crucial no processo emocional vivenciado pelos familiares durante a internação e, além de fornecer informações, os enfermeiros também fornecem apoio emocional (REIS; GABARRA; MORÉ, 2016; CLARK; GUZZETTA; CATHIE, 2017; MIDEGA; OLIVEIRA; FUMIS, 2019).

Para efetividade do cuidado de enfermagem de forma integral e humanizada à família, é preciso entendê-la como o elemento principal do cuidado

(BRUSAMARELLO; SILVA; MACHADO, 2019). Deve-se estar atento às diversas formas de apresentação das necessidades dos familiares e auxiliar nas atitudes que visam aliviar o sofrimento do familiar e do paciente, resultando em melhoria na qualidade de vida de ambos.

O reconhecimento pelo enfermeiro acerca da importância do cuidado compartilhado, do diálogo e da negociação implica na capacidade de discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados, conversar e falar sobre o estado do paciente. Esse reconhecimento reflete o cuidado aos familiares. Essas atitudes são imbuídas de características que determinam cuidados pautados em relações horizontais e complementares marcadas pela abertura a novas e diversas opiniões, assim como para o acolhimento das famílias. Entender a família como recurso nos cuidados de enfermagem é trazê-la para ser acolhida com vistas à reorganização da prática de enfermagem (CHAVES *et al.,* 2017).

O enfermeiro, pelas características das funções que executa, é capaz de perceber o sofrimento da família. Em contrapartida, muitas vezes não consegue agir com efetividade, pois as inúmeras demandas burocráticas o afastam do cuidado à família. O tempo fica reduzido para a assistência e para o planejamento das ações. É preciso investir em recursos humanos e organizacionais, propiciando melhor ambiente para os cuidados junto à família (SILVA; ARAUJO; PUGGINA, 2010; MOLLER *et al.,* 2021).

Entretanto, visualizamos o processo de enfermagem como a padronização da assistência em vez da assistência individualizada, considerando que, hoje, temos a predominância de processos de enfermagem padronizados em sistemas. Podemos inferir que a visita de enfermagem, o cuidado presencial do enfermeiro, tendo em vista que muitos instrumentos são fechados e dada a demanda de trabalho, pode ocorrer que o enfermeiro se atenha apenas ao cumprimento da legalidade da assistência.

Mesmo fazendo parte do processo de trabalho, o enfermeiro tem demandas na UTI que são consideradas com maior importância (relatórios, indicadores). Assim, o enfermeiro precisa ter condições de executar suas reais funções, pois estas podem estar sendo negligenciadas por outras demandas que, muitas vezes, não são de incumbência do enfermeiro (BORGES *et al.,* 2017).

Essa rotina complexa e estressante pode distanciar o enfermeiro do cuidado à família. Dentre os estressores para a equipe de enfermagem na UTI estão: sobrecarga de trabalho, ruído tecnológico, gravidade dos pacientes, falta de materiais e falta de dimensionamento de pessoal (ALCON *et al.,* 2016). Assim, é preciso instituir condições de trabalho e mecanismos que o auxiliem o enfermeiro a prestar o cuidado de qualidade nas diversas situações, tanto para o paciente quanto para a família.

Contudo, a visita de enfermagem foi identificada como um grande aliado, pois faz parte do processo de trabalho do enfermeiro. Deve acontecer diariamente e tem grande importância no processo de comunicação, reduzindo as dúvidas e ansiedades dos familiares, o que enfatiza a necessidade desse contato (FIGUEIREDO; BARBOSA; RODRIGUES, 2018).

Nesse contato diário, o profissional pode exercitar técnicas como a escuta, o acolhimento e a comunicação. O comportamento do profissional deve transmitir, através das suas ações, o quanto se preocupa com suas dificuldades (FIGUEIREDO; BARBOSA; RODRIGUES, 2018).

Para auxiliar esse processo, o enfermeiro pode lançar mão de materiais impressos elaborados de acordo com o público-alvo da unidade. Estudo recente demonstrou que as informações impressas em forma de folhetos e cartilhas ajudam os familiares a compreender os cuidados e o ambiente da UTI, assim como a comunicação regular e estruturada da equipe de enfermagem com a família auxilia na redução do estresse e na compreensão do tratamento realizado. Ao fornecer orientações, os enfermeiros estão utilizando seus conhecimentos e demonstrando competência (PELAZZA, 2015; CLARK; ANGELA, 2017).

Portanto, os cuidados ofertados pelo enfermeiro às famílias, incluindo educação e comunicação, envolvimento no cuidado ao paciente, facilitação da presença da família nas reuniões multidisciplinares e apoio na tomada de decisão, fazem parte de uma assistência inovadora e humanizada, colocando a família numa posição central da assistência à saúde capaz de trazer benefícios mútuos, contemplando profissionais, família e paciente (COOMBS, 2017).

O estabelecimento de um processo de comunicação efetivo ressalta a importância da escuta e do empoderamento do familiar a fim de que possa participar de forma ativa no tratamento do ente querido durante o período de internação na unidade.

Ao longo dos anos, houve um despertar para a necessidade de se expandir os cuidados para a família do paciente, e uma tendência foi observada: o sucesso no tratamento alia-se à colaboração com outras disciplinas no planejamento, no desenvolvimento e na avaliação do cuidado requerido. O estresse gerado pela permanência na UTI exige o estabelecimento de uma aproximação flexível e humanizada para atender aos anseios do paciente e dos seus familiares (GOMES, 2020).

Nesse contexto, encontramos na Política Nacional de Humanização e na filosofia do Cuidado Centrado na Família (CCF), suporte conceitual e prático que poderá preencher a lacuna existente no processo de inserção da família na UTI. O enfermeiro pode ser vanguarda deste movimento, tendo em vista que essa filosofia de cuidado tem como objetivo principal promover o bem-estar de indivíduos e da família, bem como manter seu controle frente ao processo saúde-doença.-

2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A promoção da comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2023).

A PNH é uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada para ativação de dispositivos que favoreçam ações de humanização no âmbito da atenção e gestão da saúde no Brasil (BRASIL, 2017). A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir

processos coletivos de enfrentamento de práticas pautadas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

As diretrizes da PNH utilizam os conceitos de acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesas dos direitos dos usuários (BRASIL, 2013).

Na unidade de terapia intensiva observa-se o largo emprego de tecnologias duras, o que nos faz refletir como podemos estimular o exercício da humanização nas relações que majoritariamente são pautadas nestas tecnologias?

As dificuldades identificadas pela equipe de enfermagem ao oferecer uma assistência humanizada ao paciente na UTI apontam a UTI como um ambiente hostil, a falta de comunicação e empatia a pacientes e familiares, além da UTI ser um ambiente mecanizado, com redução do contato humano e criação de laços (NASCIMENTO et al, 2021).

Em relação as potencialidades vivenciadas pela equipe de enfermagem no processo de humanização na UTI, foram identificadas o conhecimento acerca da importância da humanização; a ambiência em UTI proporciona à humanização; valorização da história de vida de cada paciente e o reconhecimento da importância da família neste processo (BRILL et al, 2020).

Destaca-se que dentre as estratégias utilizadas para efetivação da humanização na UTI o cuidado e a assistência à família (BRILL *et al*., 2020).

Assim, a utilização de um referencial que fortaleça a presença e a participação ativa da família na UTI pode incentivar práticas voltadas para a humanização do cuidado.

2.4 A FILOSOFIA DO CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA

A filosofia do CCF tem sua origem na década de 1960 no ambiente pediátrico. As primeiras ideias de serviço centrado na família partiram do psicólogo americano Carl Rogers, ao desenvolver a Abordagem Centrada no Cliente, na qual o cliente tem o controle e não os serviços de saúde (LAW *et al.,* 2003; BRASIL, 2021).

Em 1960, a Associação para Cuidados das Crianças no Hospital começou a relacionar essas ideias com crianças e suas famílias iniciando a discussão do CCF. Desde então, os conceitos por trás do CCF passaram a ser descritos e pesquisados por muitas pessoas e organizações (LAW *et al.,* 2003).

Em 1992, foi fundada, nos Estados Unidos, uma organização sem fins lucrativos, o Institute for Patient and Family-Centered Care, que forneceu liderança essencial para o avanço da prática de cuidado centrado no paciente e família no mundo. Inicialmente, o instituto praticava a abordagem no ambiente pediátrico. Posteriormente, foi recomendado para ser utilizado em todos os estabelecimentos de saúde que atendam indivíduos de todas as idades e suas famílias (JOHNSON *et al.,* 2008).

Hoje, o CCF também é conhecido como Serviço ou Abordagem Centrada na Família. Trata-se de uma filosofia de cuidado que coloca o paciente e sua família no centro de todas as decisões de cuidados em saúde (BRASIL, 2021). Nessa abordagem, todos os membros da família são reconhecidos como receptores de cuidados (JOLLEY; SHIELDS, 2009).

Na perspectiva do CCF, a família é definida pelo paciente ou, no caso das crianças, pelos responsáveis. Assim, a família pode ter grau de parentesco ou não com paciente. Trata-se dos indivíduos que fornecem suporte e com quem o paciente tem um relacionamento significativo (DAVIDSON, 2016).

O CCF constitui uma abordagem aos cuidados de saúde que respeita e responde às necessidades e valores de cada família e é caracterizada por uma relação entre profissionais de saúde e família em que ambas as partes se comprometem a compartilhar a responsabilidade pela saúde do paciente (SHIELDS, 2015; DAVIDSON, 2016).

A utilização do CCF, independente da faixa etária, promove o desenvolvimento de relações de cuidado, o incentivo à presença da família, o

ensinamento de estratégias para envolvimento familiar, e o apoio às famílias com comunicação, coleta de informações e participação nas tomadas de decisões (DAVIDSON; ZISOOK, 2017).

Em 2017, foi criado o documento intitulado Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU, com o objetivo e fornecer estratégias baseadas em evidências para otimizar o apoio à família de pacientes críticos em UTI. Para isso, foi realizada uma revisão de escopo que explorou o CCF na UTI.

Segundo o Instituto de Cuidados Centrados no Paciente e na Família (IPFCC), os conceitos básicos da filosofia são os seguintes.

a) **Dignidade e respeito:** os profissionais ouvem os pacientes e famílias em suas escolhas e perspectivas. Busca conhecimento da família acerca de seus valores, crenças e cultura, incorporando-os ao planejamento e prestação de cuidados.

b) **Compartilhamento de informações:** os pacientes e a família recebem informações oportunas, completas e precisas a fim de poder participar dos cuidados e tomadas de decisão.

c) **Participação:** pacientes e famílias são encorajados e apoiados a participarem dos cuidados e tomadas de decisão no nível que escolherem.

d) **Colaboração:** pacientes, famílias, profissionais de saúde e gestores colaboram na avaliação do desenvolvimento, implementação e avaliação das políticas, programas estrutura física, bem como na prestação de cuidados.

As recomendações do CCF para o ambiente da UTI propostas pelo estudo de Davidson (2017) são:

- presença aberta e flexível da família na UTI;
- apoio informativo à família;
- comunicação com os membros da família;
- uso de consultas específicas com membros da equipe da UTI; e
- intervenções nas questões operacionais e ambientais.

Observa-se que o cerne da filosofia de cuidado proposta pelo CCF elenca ações pautadas no cuidado que a equipe de saúde pode proporcionar aos familiares dos pacientes da UTI e que são fortemente embasados por ações que se aproximam da humanização.

Os benefícios advindos da utilização dos princípios do CCF tanto para o paciente e família quanto para a equipe de enfermagem são reconhecidos pelos enfermeiros, porém sua compreensão acerca da temática ainda está distante do seu real significado (CORREA *et al.,* 2015).

Nessa lógica, esse referencial filosófico vem subsidiar todo o constructo desse trabalho acadêmico que está sendo desenvolvido, considerando-se a importância do cuidado à família, conforme determina o Código de Ética de Enfermagem, além de promover um atendimento mais humanizado, conforme a Política Nacional de Humanização (PNH).

Humanizar envolve a filosofia de cuidado adotado pela instituição, tecnologias, condições de trabalho adequadas, comunicação e infraestrutura acolhedora. Requer uma abordagem planejada e cuidadosa por parte das instituições de saúde, de modo que possam promover melhorias notáveis para todos os envolvidos no processo de cuidado (BUENO; CALLE, 2020).

As diretrizes da PNH utilizam os conceitos de acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesas dos direitos dos usuários (BRASIL, 2013). Observa-se que muitos desses conceitos estão em conformidade com o conceito do CCF. Assim, visualizamos que a utilização do CCF tem elementos para alcance dos objetivos propostos pela PNH, capazes de transformar as relações de cuidado que temos desenvolvidos até o momento.

A família dos pacientes internados na UTI adulto podem ser beneficiados pelo CCF, pois essa filosofia engloba os conceitos de humanização e de cuidado compartilhado, podendo tornar-se um componente importante da prática holística da enfermagem. Ao ser inserida na UTI, poderá contribuir com a qualidade da

assistência de enfermagem à família, podendo repercutir positivamente no processo de melhora dos pacientes e maior satisfação das famílias.

O funcionamento do CCF nas instituições de saúde depende do comprometimento e empenho de todos os envolvidos, gestores, formuladores de políticas de saúde, profissionais de saúde e os indivíduos que compõem as famílias (SHIELDS, 2015).

Além de alcançar esse público, a utilização dos conceitos do CCF e a inserção da família no ambiente hospitalar traz benefícios para a segurança do paciente, redução do tempo de internação, redução de eventos adversos, e redução de custos para a instituição (CRUZ; PEDREIRA, 2020).

As intervenções centradas no paciente e na família mostraram efeitos positivos para os pacientes, aumentando sua qualidade de vida, conhecimento, habilidades de autocuidado, reduzindo reinternações e o tempo de internação. Em relação à família, reduziu a intensidade de estresse, ansiedade, depressão, aumento da satisfação e melhora do relacionamento com os profissionais de saúde. Em relação aos profissionais, produziu maior satisfação no trabalho e na qualidade do cuidado, além de redução do estresse e esgotamento profissional (PARK *et al.,* 2018).

Corroborando com o estudo supracitado, uma análise das produções científicas sobre cuidados direcionados à manutenção do vínculo familiar no processo de cuidado a pacientes em UTI permitiu inferir que as relações interpessoais existentes entre a família e o paciente podem auxiliar no processo da evolução positiva e melhora clínica do paciente em UTI, assim como as relações positivas entre equipe de saúde, paciente e família favorecem o acolhimento e podem ser promotoras de melhora clínica (BARCELLOS; SGARABOTTO, 2020).

Assim, os profissionais que têm a sua prática embasada na CCF reconhecem a importância que as famílias possuem frente à saúde e ao bem-estar do paciente e visualizam o cuidado através da coparticipação capaz de existir entre profissional-paciente-família (COSTA, 2022).

Nesta pesquisa a discussão acontece com base nos benefícios que a utilização da filosofia do CCF pode trazer para melhora do cuidado e no fortalecimento das relações entre família, UTI e enfermeiro.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral: Construir e validar tecnologia para o cuidado de enfermagem a familiares de pacientes internados em UTI adulto.

Objetivo Específico: identificar as necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI adulto.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo metodológico, com produção de tecnologia. Os estudos metodológicos com frequência surgem dentro do contexto de um estudo mais substantivo, e não apenas pela realização de um estudo com intenção puramente metodológica. Nesses casos, para atingir seus objetivos, o pesquisador costuma realizar análises separadas, destinadas a esclarecer um tema metodológico e gerar estratégias para solucionar um problema metodológico (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Espírito Santo, não havendo nenhuma etapa em ambiente hospitalar.

4.3 PÚBLICO-ALVO

A tecnologia visa a assistir o enfermeiro que atua em UTI, no cuidado de familiares de pacientes internados na unidade hospitalar do estudo.

4.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida em três etapas, as quais seguem descritas a seguir.

4.4.1 Etapa 1: Identificação das necessidades dos familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva

Foi realizada revisão integrativa da literatura nas principais bases de dados para identificação das necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI. Para tanto, utilizou-se a seguinte questão norteadora: Quais as necessidades dos familiares dos pacientes em unidade de terapia intensiva?

O percurso metodológico da revisão integrativa encontra-se no capítulo referente aos resultados e discussão desta dissertação, como a Proposta de Artigo 1.

4.4.2 Etapa 2: Validação do conteúdo da tecnologia com referência às necessidades identificadas em familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva

Para o desenvolvimento desta etapa, foi realizada a seleção dos juízes. Os juízes foram enfermeiros que atuavam em UTI de diversas regiões do Brasil, contatados via *email*, sendo encaminhada carta convite e o *link* relativo à sua participação.

A amostra de juízes foi composta por enfermeiros(as) com experiência profissional em UTI de, pelo menos, dois anos, selecionados na rede profissional LinkedIn e Plataforma Lattes, que estavam atuando em UTI no momento da coleta.

Foram excluídos do estudo aqueles enfermeiros que, por qualquer motivo, não estavam mais em atuação em UTI à época da etapa da sua participação (validação) e que atuavam em unidade de terapia intensiva neonatal e infantil.

Foram convidados 51 enfermeiros. Destes 15 expressaram concordância em participar da pesquisa. O prazo de retorno era de 15 dias. O período de coleta ocorreu entre julho e agosto de 2022.

Em seguida, foi realizada a coleta de dados. Os juízes foram convidados por *email* cadastrado na rede (LinkedIn e Plataforma Lattes), sendo encaminhada Carta Convite (APÊNDICE A) para o esclarecimento do motivo do contato e apresentação da proposta, bem como o *link* para acesso ao instrumento a ser validado. Aos que aceitaram participar da pesquisa, foi enviado um *email* contendo o Temo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Cabe destacar que o instrumento foi disponibilizado através da plataforma Google Forms.

Foi enviado formulário do Google Forms contendo na primeira parte informações para caracterização dos juízes, com os seguintes itens: nome completo, instituição de graduação, ano de formação, área de atuação, local de trabalho, cidade onde atua, qualificação profissional, tempo de experiência em UTI e participação em grupo/projetos de pesquisa na área e, na segunda parte, as orientações para preenchimento do instrumento e os itens a serem avaliados para compor a tecnologia gerencial de enfermagem para os familiares dos pacientes internados em UTI. Assim, com os dados coletados, foi possível a determinação da análise do conteúdo.

O processo de validação do conteúdo é o exame sistemático do conteúdo da tecnologia, com o objetivo de verificar se realmente constitui uma amostra representativa do construto que se deseja abordar (MOREIRA, 2018).

Os itens foram avaliados através de uma escala Likert de 3 pontos, sendo permitido assinalar uma das opções entre: “Discordo”, “Indiferente ou Neutro” e “Concordo”, além de espaço reservado para sugestões e alterações dos itens propostos (APÊNDICE C).

A validação do conteúdo da tecnologia ocorreu quanto ao objetivo, à clareza, à linguagem e à relevância dos itens, através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

O IVC mede o grau em que o instrumento é válido em relação ao conteúdo, constituindo um dos procedimentos principais a serem considerados por pesquisadores e profissionais da área de saúde interessados em utilizar medidas e instrumentos confiáveis e apropriados para determinada população (POLIT; BECK, 2019; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O IVC é uma medida de proporção de concordância sobre os itens avaliados. Para cálculo de concordância nesta pesquisa utilizou-se a fórmula: IVC = Número de respostas “3” (concordo) / Número total de respostas, sendo considerado como intervalo de confiança de 95%. A concordância esperada dos juízes com adequação do item foi de 0,80 (ideal) e foi considerado um erro amostral aceitável de 15% entre os juízes (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI; 2015). Para análise de dados, os resultados foram organizados em uma planilha eletrônica, no programa Excel® versão 2007.

Cabe ressaltar que o instrumento utilizado para coleta de dados foi avaliado por um pré-teste com 5 juízes experientes na área de terapia intensiva do Brasil. A amostra foi obtida por conveniência mediante busca aleatória de juízes com experiência em terapia intensiva.

4.4.3 Etapa 3: Elaboração de tecnologia gerencial para atender as necessidades dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva

A tecnologia foi desenvolvida com base nas necessidades identificadas na Etapa 1, fundamentada pelo referencial da filosofia do CCF juntamente com as contribuições dos juízes após validação do conteúdo (Etapa 2).

As tecnologias assistenciais em saúde são aquelas que incluem a construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais e clientela, constituindo-se num conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para prestação de uma

assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões (NIETSCHE; BACKES; COLOMÉ, 2005).

A enfermagem pode subsidiar suas ações utilizando os conceitos da filosofia de CCF, que se constitui numa vertente de cuidado ao paciente e família na qual a família é reconhecida como parte fundamental do cuidado em saúde, e tem como objetivo estimular o vínculo da família com o paciente, assegurando a sua participação no planejamento das ações em saúde (FELIPIN *et al.,* 2018).

O atendimento centrado no paciente e na família é uma abordagem para o planejamento, a entrega e a avaliação dos cuidados de saúde que se baseiam em parcerias mutuamente benéficas entre profissionais, pacientes e famílias, de tal maneira que todos os envolvidos sejam reconhecidos como receptores de cuidado, independentemente da sua idade, reduzindo não somente a ansiedade dos membros da família, mas igualmente aumentando a satisfação do paciente com o cuidado (FELIPIN *et al.,* 2018).

Um exemplo de tecnologia muito utilizado na área da saúde são os protocolos. Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência ou cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões referentes à assistência em saúde. Pode conter previsão das ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, que a enfermagem desempenha de maneira independente ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde. Um protocolo é composto vários procedimentos (PIMENTA *et al.,* 2017).

O uso dos protocolos serve como mecanismo para estabelecimento de uma conduta uniforme entre os membros da equipe de saúde. A sua elaboração deve ir além de uma proposição apenas normativa, devendo ser construído pelos atores envolvidos, levando em consideração os aspectos éticos e legais necessários e aos preceitos da prática baseada em evidência, em consonância com as normas e regulamentos do SUS (PIMENTA *et al.,* 2017; KRAUZER *et al.,* 2018; TELES *et al.,* 2018).

São apontadas como vantagens da utilização de protocolos na assistência: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade das ações de cuidados, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão, maior facilidade para incorporação de novas tecnologias, inovação no cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência no controle de custos (PIMENTA *et al.,* 2017).

A criação de um protocolo específico, criado para o contexto ao qual se destina, qualifica o cuidado de enfermagem e contribui para sistematização do cuidado (SANTOS *et al.,* 2020).

A incorporação de um protocolo da unidade que utilize o referencial do CCF pode nortear as ações de enfermagem com a intenção de melhorar a qualidade da assistência prestada, já que a aplicação sistemática de conhecimentos científicos através de procedimentos e técnicas facilitam o processo de melhoria no desenvolvimento do cuidado (NIETSCHE; BACKES; COLOMÉ, 2005).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob protocolo nº 4.434.477 e aprovado sob o CAAE nº 40430720.5.0000.5060, seguindo as normas preconizadas pelas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que se referem à realização de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012; 2016).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta pesquisa serão apresentados em forma de produções, descritas a seguir.

- Produto 1 - Proposta de Artigo 1 : Identificação das necessidades de cuidado dos familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva.

- Produto 2 - Proposta de Artigo 2: Construção de Protocolo de Cuidados à família em Unidade de Terapia Intensiva fundamentado no Cuidado Centrado na Família.

- Produto 3 - Protocolo institucional de Cuidados aos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva fundamentado no Cuidado Centrado na Família.

5.1 PRODUTO 1

PROPOSTA DE ARTIGO 1

Título: Identificação das necessidades de cuidado dos familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva.

Title: Identification of care needs of Family members of patients at Intensive Care Units.

RESUMO

Objetivo: Identificar as necessidades dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Revisão integrativa para responder à questão norteadora: Quais as necessidades dos familiares dos pacientes em unidade de terapia intensiva? Realizada no período de 2011 a 2021, nas bases de dados PUBMED, BDENF, CINAHL e WEB OF SCIENCE, nos idiomas inglês,

português e espanhol, excluindo-se artigos de revisão, artigos fora da temática, artigos repetidos e artigos não disponíveis na íntegra. **Resultados:** Foram selecionados para compor a revisão 24 artigos. As necessidades mais apontadas pelos estudos foram: informação, comunicação, orientação, confiança, proximidade, segurança, garantia, apoio emocional, apoio espiritual, horário flexível de visita, envolvimento no cuidado ao paciente e conforto. **Conclusão:** O conhecimento das necessidades dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva é importante para a construção de estratégias institucionais e profissionais que possam ser adotadas a fim de atendê-las, contribuindo de forma positiva para a família e para recuperação do paciente.
Descritores: Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde; Família; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: To identify the needs of family members of patients hospitalized in an intensive care unit. **Method:** Integrative review to answer the guiding question: What are the needs of family members of patients in an intensive care unit? Held from 2011 to 2021, in the PUBMED, BDENF, CINAHL and WEB OF SCIENCE databases, in English, Portuguese and Spanish, excluding review articles, non-thematic articles, repeated articles and articles not available in full. **Results**: 24 articles were selected to compose the review. The needs most pointed out by the studies were: information, communication, guidance, trust, proximity, security, assurance, emotional support, spiritual support, flexible visiting hours, involvement in patient care and comfort. **Conclusion:** knowledge of the needs of family members of patients hospitalized in the intensive care unit is important for the creation of institutional and professional strategies to be adopted to meet them, contributing positively to the family and to the patient's recovery.
Descriptors: Needs Assessment; Family; Intensive Care Units.

Introdução

A unidade de terapia intensiva (UTI) consiste no ambiente hospitalar com sistema organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e suporte orgânico avançados para manter a vida

durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica[1].

Por se tratar do ambiente hospitalar para o qual o paciente é encaminhando em condições clínicas complexas e muitas vezes com risco iminente de morte, o processo de internação na UTI pode ocorrer de maneira inesperada e abrupta, o que pode alterar toda a configuração familiar. Assim, a família é submetida a novos arranjos e transformações no seu cotidiano[2-4].

O período da internação tornar-se um momento de imensa carga emocional e de pressão para os familiares, o que torna a UTI um ambiente estressante e que desencadeia abalos emocionais e psicológicos nesses familiares[4].

Diante dessas mudanças e do impacto psicológico na vida dos familiares em decorrência da internação em UTI, faz-se necessária a adoção por parte de toda equipe da UTI de medidas que possam estreitar o vínculo com os familiares e promover um ambiente de cuidado, desmitificando a correlação com a morte que a UTI desperta[3].

O atendimento humanizado de toda equipe multiprofissional, não só ao paciente, mas também aos familiares, quebrou o estigma de que a UTI é um local de morte[4].

Quando os profissionais reconhecem e compreendem as necessidades e os sentimentos dos familiares, conseguem realizar uma assistência mais humanizada e qualificada, influenciando da melhor forma para entendimento da importância de internação na UTI naquele momento[2].

Este estudo possui o objetivo de identificar as necessidades dos familiares dos pacientes em UTI.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Este tipo de estudo tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente[5].

Para elaboração da revisão percorremos seis etapas distintas: formulação da questão norteadora, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos

estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão[6].

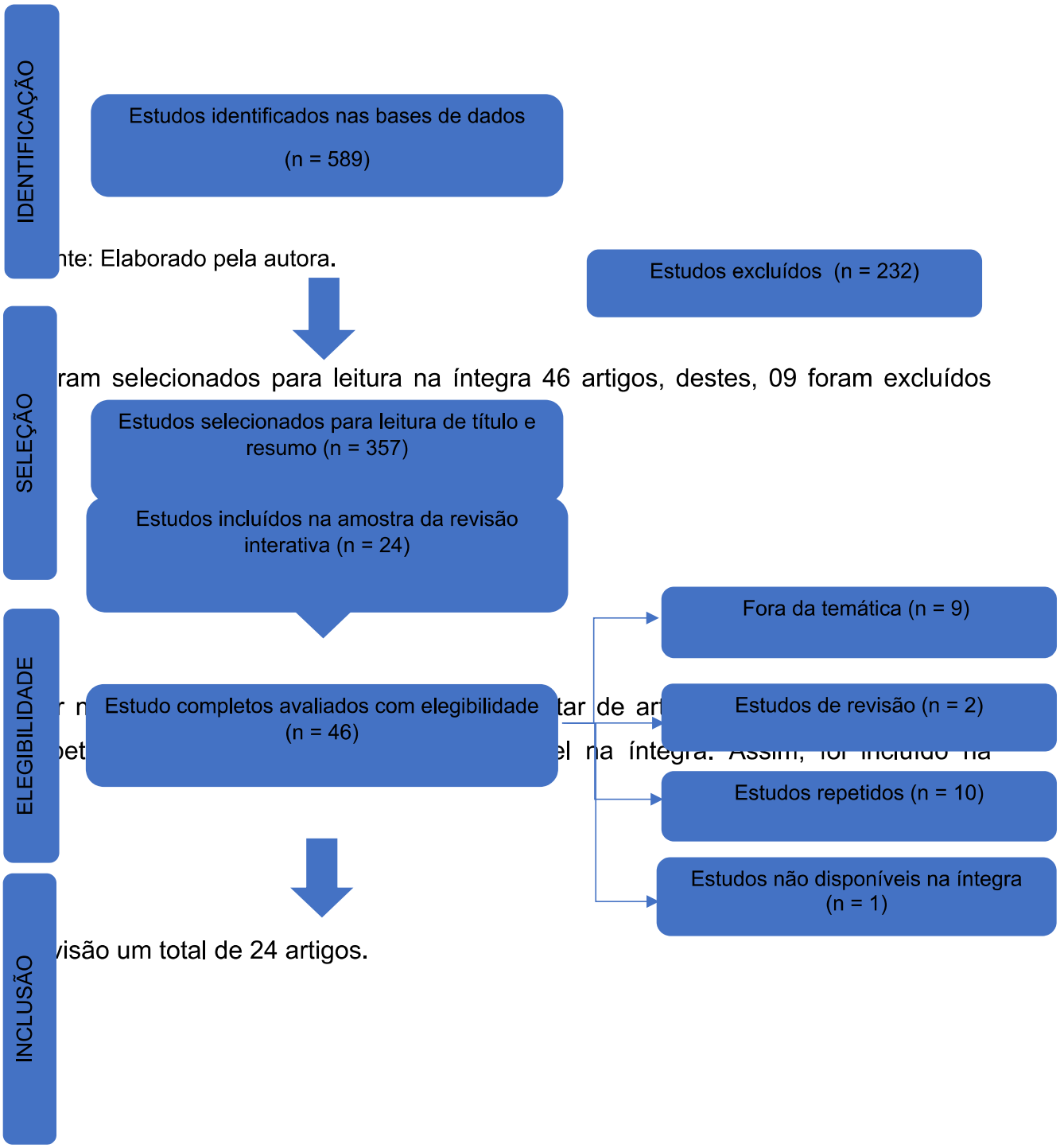
A identificação das necessidades dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva ocorreu utilizando-se a seguinte questão norteadora: Quais as necessidades dos familiares dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva?

Foram consultadas as bases de dados: Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (Medline), (PUBMED), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), CINAHL e WEB OF SCIENCE.

Após consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram selecionados os seguintes descritores do assunto: “Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde”; “Família” e “Unidades de Terapia Intensiva”, com os respectivos termos MESH: “Needs Assessment”, “Family” e “Intensive Care Units”. Os descritores foram pesquisados isoladamente e em cruzamentos. Os termos adotados foram combinados por meio do operador booleano AND.

Foram selecionados os artigos publicados na íntegra, no recorte temporal de 2011 a 2021, nos idiomas português, inglês e espanhol e que respondessem à questão de pesquisa. Foram excluídos os artigos que não abordavam o tema proposto, que não foram desenvolvidos no ambiente de terapia intensiva adulto e artigos de revisão. A busca foi realizada de agosto a setembro de 2021. Foram encontrados 398 artigos, destes 46 foram selecionados para leitura na íntegra e, ao final, por atender os critérios de inclusão, 24 artigos foram selecionados para compor revisão integrativa, conforme fluxograma descrito na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma Prisma (Adaptado) do processo de busca e seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa.



nte: Elaborado pela autora.

ram selecionados para leitura na íntegra 46 artigos, destes, 09 foram excluídos

tar de art

el na íntegra. Assim, foi incluído na

visão um total de 24 artigos.

Resultados

Os dados foram coletados de um formulário contendo os seguintes itens: base de dados, autor, ano de publicação, título e necessidades dos familiares em unidade de terapia intensiva adulto.

Para organização das informações a serem extraídas dos artigos, foi preenchido um quadro sinóptico (Quadro 1), contemplando as seguintes informações: título do artigo e periódico, autores, ano de publicação, língua e necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI.

Quadro 1: Necessidades dos familiares encontradas nos artigos da revisão integrativa.

Título do artigo	Autor	Ano de publicação	Idioma	Necessidades dos familiares
1 - Needs of family members of patients with cardiovascular diseases under intensive care	LENTSCK *et al.*	2019	Inglês	Confiança quanto a melhora do paciente, informação sobre o estado de saúde do paciente e a forma como é passada para a família. Segurança e proximidade. Menor importância para suporte e conforto (estrutura física do hospital).
2 – The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit	ALSHARARI, A	2021	Inglês	Segurança, proximidade, confiança.
3 - Analisis de las necessidades de la família del paciente crítivo y la opinion de los profesionales de la unidade cuidados intensivos	VALLEJO *et al.,*	2016	Espanhol	Informações recebidas, a proximidade com o paciente, a segurança no atendimento, o apoio recebido e o conforto.
4 - Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingressados em Unidade de Cuidados Intensivos	BUENO *et al.*	2017	Espanhol	Informações sobre prognóstico e a gravidade do paciente, medidas a serem tomadas.

5 - A phenomenological study on the lived experiences of families of ICU patients, Addis Ababa, Ethiopia	HABTAMU, K.; YEHALI, K.; GIZE, A.	2020	Inglês	Inclusão de familiares durante a avaliação de enfermagem de pacientes internados em UTI e apoio informativo aos familiares.
6 - State anxiety, uncertainty in illness, and needs of family members of critically ill patients and their experiences with family-centered multidisciplinary rounds: A mixed model study.	KANG, J.; CHO, J.Y., CHOI, S.	2020	Inglês	Informação, garantia e proximidade. Padronização de rodadas multidisciplinares centradas na família.
7 - The needs of families of trauma intensive care patients: A mixed methods study.	MITCHELL, M. *et al.,*	2019	Inglês	Segurança, informação, proximidade, conforto. Orientação, cuidados (proteção do paciente e da família). Horário de visita flexível.
8 - Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study.	AL-MUTAIR, A. S. *et al.*	2013	Inglês	Informação, garantia, apoio spiritual, proximidade, práticas flexíveis de vista, envolvimento no cuidado e apoio.
9 - Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit: supporting families at the end of life.	GUTIERREZ, K.M.	2012	Inglês	Informação, apoio emocional e conforto. Comunicação de forma holística.
10 - Intensive care nurses' knowledge of critical care Family needs.	BUCKLEY, P.; ADREWS, T.	2011	Inglês	Melhorar as informações escritas fornecidas aos familiares; envolver a família nos cuidados dos pacientes.
11- Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva.	BATISTA *et al.*	2019	Português	Suporte emocional; maiores esclarecimentos sobre a assistência prestada ao paciente.

12 - Needs of patients' Family members in an intensive care unit with continuous visitation.	JACOB, M. *et al.*	2016	Inglês	Informações sobre o paciente, visitar o paciente, conversar com um médico a cada dia, ter a certeza de que o melhor atendimento está sendo prestado ao paciente.
13 - Needs on the significant others of critically in patients in eleven intensive care units in four private hospitals in Gauteng.	HLAHATSI, N.L. *et al.,*	2017	Inglês	Sala de visitas, cumprimento pelos profissionais de saúde, apresentação dos profissionais que cuidam do ente querido, ser atualizado diariamente sobre o quadro clínico do paciente; ser informado quando o quadro clínico mudou; linguagem compreensível; estar envolvido nos cuidados aos familiares; horário de vista adequado e flexível, informações sobre o que era permitido no setor; necessidades espirituais; espaço reservado para notícias dos entes queridos.
14 - Needs of relatives of Surgical Patients: perceptions of relatives and Medical Staff.	ZAKEN, Z.B.; MAOZ, E.; RAIZMAN, E.	2018	Inglês	Garantia, redução de ansiedade e informação.
15 - A survey of next of kin needs of trauma patients admitted to Intensive Care Units in South Africa.	CHIPPS, J.; BRYSIEWICZ, P.	2017	Inglês	Garantia e informação
16 - Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit.	KHALAILA, R.	2012	Inglês	Informação, apoio emocional, conforto e proximidade com o paciente
17 - Qualitative analysis of na intensive care unit family satisfaction survey.	HENRICH, N.J *et al.*	2011	Inglês	Frequência das comunicações, sala de espera

18 - The needs of Family members of intensive care unit patients: A grounded theory study.	BEER, J.; BRYSIEWICZ, P.	2016	Inglês	Compartilhamento de informações; proximidade, apoio emocional, recursos físicos ambientais, sensibilidade quanto a cultura
19 - Perceptions and needs of relatives of patients hospitalized in an intensive care unit.	CAMPONOGARA *et al.*	2013	Inglês	Melhorar o processo de comunicação com a equipe, orientação e aumento no tempo de visita.
20 - Perceived Needs in Family Carengives of Adults Hospitalized in an Intensive Care Unit of a Private Health Providing Institution in Vilavicencio, Colombia.	LOPEZ, C.R.G.; RAMOS, E.S.	2014	Espanhol	Segurança, informação, proximidade
21 - Perception of relatives of patients admitted in Intensive Care Units with regard to the practice of Physical Therapy and identification of their needs.	NETO, A.B.A. *et al.*	2012	Português	Conhecimento, informação, apoio emocional, acesso aos pacientes e aos profissionais; saber sobre o progresso do familiar; ter a certeza que o familiar estar recebendo o melhor tratamento; banheiro próximo à sala de espera, dias e horários de visitas flexíveis.
22 - Association between cmfort and need of ICU patients family members: A cross-sectional study	MENEGUIN, S. *et al.*	2018	Inglês	A necessidade considerada mais importante foi a Proximidade com a garantia de visitas à UTI.
23 - Hearing the unheard: Amplifying the voices of relatives with critically-ill patients in intensive care unit	PERPETUA, L. B. M.	2020	Inglês	Aplicou o CCFNI. Garantia, proximidade e conforto foram as três necessidades mais importante. Comunicação e informação adequada sobre plano de tratamento e desfecho do quadro do paciente. Espaço físico para descanso, guarda de pertences e privacidade para os acompanhantes.

24 - Exploring the needs of family members of patients in the intensive care units hospital in Kigali, Rwanda	MUNYIGINYA,P.; BRYSIEWICZ,P.	2014	Inglês	Aplicou o CCFNI e identificou-se as necessidades mais importantes: segurança, conforto, informação, proximidade e apoio, nesta ordem de importância. Para necessidade de conforto: ter sala de espera próximo a UTI e com moveis confortáveis; informação: informação precisa sobre tratamento, resultados esperados e o profissional que estava cuidando dos pacientes; necessidade de visita: horários flexíveis e ser contactado em casa se houver mudança do quadro clínico do paciente; suporte: preparo para primeira visita do familiar, iniciar a visita no horário, presença de alguém para ajudar com problemas financeiros e religioso disponível.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à língua de publicação dos artigos, 19 artigos (79,2%) foram publicados em língua inglesa, 3 (12,5%) em espanhol e somente 2 (8,3%) em português. Esse dado reflete o quanto a temática trabalhada nos países de língua inglesa, sobretudo países da Europa, e pouco abordado em países da que utilizam o português como língua dominante.

Avaliando-se o ano de publicação, 2 artigos (8,3%) foram publicados em 2011, 3 (12,5%) em 2012, 2 (8,3%) em 2013, 2 (8,3%) em 2014, 3 (12,5%) em 2016, 3 (12,5%) em 2017, 2 (8,3%) em 2018, 3 (12,5%) em 2019, 3 (12,5%) em 2020 e 1 (4,2%) em 2021. As produções se concentraram entre os anos de 2016 e 2020, porém, no ano de 2015, não foi encontrada nenhuma publicação relacionada à temática em questão.

Na maioria dos artigos, foram aplicadas as escalas Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) e Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI).

O CCFNI é um instrumento na forma de escala Likert de quatro pontos, onde: 1 “Sem importância”, 2 “Pouco importante”, 3 “Importante” e 4 “Muito importante”. A pontuação pode ser obtida determinando-se quais as necessidades de maior importância para a família, através da classificação de cada uma, ou através da soma de todos os itens para obtenção de um score total do instrumento, ou ainda através da soma de cada uma das cinco dimensões[7,8].

Em 1991, Leske avaliou a escala que teve suas dimensões divididas de acordo com as necessidades de suporte, conforto, informação, proximidade e segurança.

O Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI) é um instrumento derivado do Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), adaptado e validado por Castro (1999), que avalia a importância das necessidades de familiares de pacientes em UTI e a satisfação com o seu atendimento[9]. Ambos têm abordagem similar, porém a mesma necessidade pode ocupar dimensões diferentes em cada escala.

Discussão

Durante a fase inicial de seleção dos artigos foi eliminado do estudo um número expressivo de artigos, pois abordavam o ambiente de neonatologia e pediatria, não se encaixando nos critérios de inclusão da pesquisa.

Verificou-se que a necessidade de informação aparece como uma das necessidades de maior demanda apontada pelas famílias que participaram dos estudos. A necessidade de informação engloba desde informações referentes à rotina da unidade até as informações relativas ao quadro clínico do paciente. As famílias apontaram a necessidade de serem informadas constantemente sobre diagnóstico, evolução, prognóstico e tratamento implementado, bem como mudanças no quadro clínico do paciente[10-15].

As necessidades de comunicação e orientação também tiveram destaque dentre as necessidades encontradas. Foi apontado o anseio por uma comunicação holística. A comunicação holística é aquela que vai além da simples transmissão de informações. É preciso utilizar a comunicação como uma modalidade terapêutica e

utilizá-la com compaixão, sensibilidade e cuidado pode fornecer as informações, o apoio emocional e o conforto de que as famílias precisam[16].

Uma relação comunicativa eficaz e coesa entre o familiar e o profissional de saúde ajuda a manter o familiar integrado e consciente das decisões que poderão ser tomadas em relação ao paciente, e torna-se imprescindível para a humanização da relação profissional-família[17,18].

Confiança na equipe de saúde, no tratamento implementado; segurança no serviço de saúde e proximidade com o serviço de saúde e com o paciente também são aspectos atrelados ao processo de comunicação. A comunicação em saúde, quando utilizada de maneira adequada, se mostrou uma excelente ferramenta de cuidado, pois promove maior interação entre a equipe e o ser assistido[17].

O ambiente da UTI deve ser percebido pela família como um lugar onde se sentem seguros, acolhidos e confiantes, com amplo acesso e direito à informação de maneira geral[19].

A necessidade de apoio se apresentou de forma variada. Foi verificada a necessidade de apoio emocional, espiritual, cultural e financeiro[12,19,20].

Do ponto de vista das famílias, a demonstração de empatia, respeito e sensibilidade, bem como permitir ou oferecer apoio emocional, fazem parte das intervenções de enfermagem para atender a necessidade de apoio emocional e espiritual dos familiares[21]. Se os membros da família entendem e sabem o que esperar, eles tendem a ser cooperativos e menos ansiosos[22].

A necessidade de participação nos cuidados do paciente também foi evidenciada nos estudos e, para que essa necessidade seja atendida, faz-se necessária uma postura aberta para o diálogo e à troca de conhecimentos por parte dos profissionais. Dessa forma, o familiar não deve ser tratado apenas como receptor de informações[19]. Os familiares, quando amparados e acolhidos pela equipe multidisciplinar, podem contribuir para a recuperação do paciente[23].

Com menor importância estava a necessidade relacionada ao conforto. Ou seja, as famílias valorizavam mais o processo de comunicação em detrimento da existência de uma estrutura física exemplar, sem desvalorizar a importância desta. Muitas UTIs necessitam de espaço dedicados para profissionais utilizarem para discussão de

assuntos particulares com os familiares. Muitos familiares não se sentem à vontade para receber más notícias na presença de estranhos[22].

Considerações finais

Este estudo demonstrou que, através de um processo de comunicação e informação efetivo, humanizado e verdadeiro, pode-se alcançar a família e torná-la mais engajada e informada, capaz de incentivar o processo de melhora do paciente e tomar decisões importantes com maior tranquilidade.

As necessidades encontradas podem ser identificadas como necessidades estruturais, necessidades de suporte e necessidades organizacionais. Exigem das instituições um projeto de melhoria que mude a visão em relação à presença da família na UTI. É preciso preparar a instituição, os profissionais e os familiares para que o vínculo entre UTI e família seja estreitado.

A partir desse contexto, observa-se a relevância deste estudo, pois as necessidades dos familiares são pouco abordadas no ambiente de terapia intensiva adulto. Além disso, poucos artigos explicaram o que é feito para o atendimento das necessidades dos familiares, mesmo demonstrando que fatores sociais, culturais e institucionais influenciam no atendimento dessas necessidades e que o atendimento das necessidades está diretamente relacionado ao grau de satisfação e estresse dos usuários dos sistemas de saúde.

Portanto, este estudo desperta para necessidade da realização de novos estudos que identifiquem as necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI adulto e o que está sendo desenvolvido para atendimento dessas necessidades.

Referências

1. AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Portaria nº 2271/2020. Define as unidades de terapia intensiva e as unidades de cuidados intermediários. D.O.U. 23 de abril de 2020;seção I:90.

2. Reis LCC, Gabarra LM, Moré CLOO. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. Temas psicol. Ribeirão Preto, 2016;24(3).

3. Reis EB, Branco JEB, Silva CSS, Torres RSC, Borges JOP, Moraes AD, Barbosa JS, Vasconcelos EV. “Se tem batimento, tem vida”: vivências em torno da hospitalização na visão de familiares de pacientes internados no CTI. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2019;11(16):e1175. DOI: 10.25248/reas.e1175.2019

4. Ripardo WJM, Silva SR, Cardoso DM, Cárdenas AMC, Mello MVFA. A família mediante hospitalizações em unidade de terapia intensiva. Enferm Foco, 2021;12(1):86-92. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.4055

5. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. Rev.Min. Enferm. jan mar 2014;18(1).

6. Mendes KDS, Silveira RCC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto e Contexto Enferm, Florianópolis, 2008;17(4):758-764.

7. Molter NC, Leske JS. Critical Care Family Needs Inventory, 1983.

8. Ribetti AMO. Necessidades da família em cuidados paliativos: Adaptação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory e a sua relação com a ansiedade, depressão e estresse. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2017.

9. Moerschberger MS, Zimath SC. Necessidades e estressores vivenciados por familiares de pacientes politraumatizados internados em Unidade de Terapia Intensiva. Revista SBPH, jun 2017;20(1).

10. Almeida Neto AB, Evangelista DTO, Tsuda FC, Piccinin MJ, Roquejani AC, Kosour C. Perception of relatives of patients admitted in Intensive Care Units with regard to the practice of Physical Therapy and identification of their needs. Fisiot. Pesqui., Dec 2012;19(4):332-338. DOI: 10.1590/S1809-29502012000400007.

11. Lopez CRG, Ramos ES. Perceived Needs in Family Carengives of Adults Hospitalized in an Intensive Care Unit of a Private Health Providing Institution in Vilavicencio, Colombia. Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo, 2014;16(2):81–94. DOI: 10.11144/Javeriana.IE16-2.pncf

12. Sánches Vallejo A, Fernández D, Pérez Gutiérrez A, Fernández Fernández M. Análisis de las necessidades de la família del paciente crítico y la opinion de los profesionales de la unidade cuidados intensivos. Med. Intensiva, 2016;40(9):527-540.

13. Jacob M, Horton C, Rance-Ashley S, Field T, Patterson R, Johnson C, Saunders H, Shelton T, Miller J, Frobos C. Needs of patients’ Family members in an intensive care unit with continuous visitation. Am J Crit Care. 2016;25(2):118–125. DOI: 10.4037/ajcc2016258

14. Velasco Bueno JM, Alonso-Ovies A, Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C. Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingressados em Unidade de Cuidados Intensivos. Med. Intensiva. 2017; 42(6):337-345.

15. Perpetua MBL. Hearing the unheard: Amplifying the voices of relatives with critically-ill patients in intensive care unit. Enfermería Clínica, 2020;30(Suppl 1):1-4.

16. Gutierrez KM. Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit: supporting families at the end of life. Critical Care Nursing Quarterly, 2012;35(3):299-313.

17. Vasconcelos EV, Freitas KO, Torres RSC, Silva SED, Baia RSM, Araújo JS, Cunha JO, Filgueira GP. Importância da comunicação: familiares de pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. Revista Conexão UEPG, 2016;12(2):196-207.

18. Silva MR, Martins PMH, Argenta MI, Hoffmann ACOS, Bastiani J. Orientações do enfermeiro aos familiares durante a visita em unidade de terapia intensiva. Rev Elet Estácio Saude, 2018;7(1).

19. BATISTA, V.C. *et al.* Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. pesqui. cuid. fundam., jan 2019;11(2esp):540-546.

20. Habtamu K, Yehali K, Gize A. A phenomenological study on the lived experiences of families of ICU patients, Addis Ababa, Ethiopia. PLoS ONE, 2020;15(12).

21. Cabete DSG, Fonte CS, Matos MMS, Patrica HM, Silva ARR, Silva VFVA. Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. Referência, mar 2019;serIV(20):129-138.

22. Hlahatsi NL, Lingela M, Cwayi B, Mabona LLP, Gomes VPR. Needs on the significant others of critically in patients in eleven intensive care units in foue private hospitais in Gauteng. Professional Nursing Today, 2017;21(23):2017.

23. Neves JL, Schwartz E, Spagnolo LML, Lise F, Bazzan JS. Família, tomada de decisão e apoio dos profissionais nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. Journal of Nursing and Health, 2022;12(3). DOI: 10.15210/JONAH.V12I3.20895

5.2 PRODUTO 2

PROPOSTA DE ARTIGO 2

Título: Tecnologia assistencial para cuidado de enfermagem a familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.

Title: Assistive technology for nursing care to the family of patients admitted to the Intensive Care Unit.

Resumo

Objetivo: Desenvolver um tecnologia para o cuidado ~~de~~ a familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Método**: Estudo metodológico com produção tecnológica, fundamentado na filosofia do Cuidado Centrado na Família e na Política Nacional de Humanização. Desenvolvido em três etapas: 1) Identificação das necessidades de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva; 2) Validação do conteúdo da tecnologia gerencial por 15 juízes com expertise em terapia intensiva utilizando o Índice de Validade de Conteúdo; 3) Construção de Protocolo de Cuidados a família de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Resultados:** A validação do conteúdo da tecnologia teve um Índice de Validade de Conteúdo médio de 0,87. Participaram do estudo 15 juízes com expertise em terapia intensiva com pelo menos um representante de cada região do país. Foram excluídos do leque de conteúdos da tecnologia nove intervenções, por não atingirem um Índice de Validade de Conteúdo maior que 0,80. Após o processo de validação, as necessidades e intervenções validadas foram organizadas em um quadro que foi incluído como consulta para os enfermeiros no protocolo. **Conclusão:** O protocolo desenvolvido tem em sua composição: dois fluxogramas de cuidado, uma ficha de admissão da família na Unidade de Terapia Intensiva, um quadro de orientação com as intervenções necessárias para atendimento das necessidades dos familiares dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva e um projeto de ambientação para melhorar o acolhimento das famílias na sala de espera, bem como ofertar um ambiente onde os processos de trabalho da enfermagem junto a família pudessem ser humanizados. O protocolo criado visa fortalecer o cuidado de enfermagem e participação da família em Unidade de Terapia Intensiva.

Descritores: Enfermagem; Tecnologias em Saúde; Unidades de Terapia Intensiva; Família.

Abstract

Objective: To develop technology for the care of family members of patients admitted to an Intensive Care Unit. **Method:** This is a methodological study with

technological production, based on the philosophy of Family Centered Care and the National Humanization Policy. Developed in three stages: 1) Identification of the needs of family members of patients hospitalized in Intensive Care Unit; 2) Validation of the content of the managerial technology by 15 judges with expertise in intensive care using the Content Validity Index; 3) Construction of Care Protocol for the family of patients hospitalized in Intensive Care Unit. **Results:** The content validation of the technology had a mean Content Validity Index of 0.87. Fifteen judges with expertise in intensive care with at least one representative from each region of the country participated in the study. Nine interventions were excluded from the content range of the technology, as they did not reach a Content Validity Index higher than 0.80. After the validation process, the validated needs and interventions were organized in a table that was included as a query for the nurses in the protocol. **Conclusion:** The developed protocol has in its composition: two care flowcharts, a family admission form in the Intensive Care Unit, an orientation chart with the necessary interventions to meet the needs of the family members of patients in the Intensive Care Unit and an environment project to improve the welcoming of the families in the waiting room, as well as to offer an environment where the nursing work processes with the family could be humanized. The protocol created aims to strengthen nursing care and family participation in the Intensive Care Unit.

Descriptors: Nursing; Health Technologies; Intensive Care Units; Family.

Introdução

A hospitalização do paciente gera várias mudanças em sua rotina e de seus familiares (COSTA, 2022). A compreensão das repercussões do processo de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sob a perspectiva da família revelou a interrupção ou diminuição das atividades profissionais, sociais e de lazer; necessidade de adequação da rotina para os horários de visita; redução da fome e/ou do apetite (REIS, GABARRA, MORÉ, 2016; RIPARDO *et al.,* 2021).

Nesse processo de transição situacional vivenciada, face ao processo saúde-doença do familiar, as necessidades que a família manifesta e as expectativas que ela coloca nos profissionais e nos serviços de saúde dependerão do que é proposto e adquirido no contexto de cuidados (MENDES, 2018). Assim, é necessário que os profissionais de saúde considerem também a família como objeto de cuidado (COSTA, 2021).

Estudo realizado para conhecer a experiencia vivida da família frente à interação enfermeiro-família e o modo com o cuidado centrado na família é percebido pela família na experiência vivida de doença crítica revelou que, para a família, a interação com a equipe de saúde reveste-se de enorme significado pela

possibilidade de transmitirem seus medos e preocupações além da partilha de conhecimento. Desejam construir proximidade e sentirem-se envolvidos nos cuidados e nas decisões associadas a eles (MENDES, 2018).

O modelo de Cuidado Centrado na Família (CCF) redefine os relacionamentos entre usuários e os profissionais de saúde. Nessa abordagem, os profissionais que têm sua prática embasada no CCF reconhecem o papel vital que as famílias possuem frente à saúde e ao bem-estar do paciente e veem o cuidado como uma ação que integra profissional, paciente e família (DAVIDSON, 2017; COSTA, 2022).

O CCF é mais frequentemente realizado nos setores de pediatria, uma vez que os pais permanecem ao lado da criança 24 horas por dia. Entretanto, pode e deve ser aplicado para as demais especialidades e públicos, como adolescentes, adultos e idosos (COSTA, 2022).

O Modelo do CCF está fundamentado em quatro pressupostos centrais: (a) respeito e dignidade, em que a equipe de saúde ouve o paciente e sua família, de forma a acolher suas perspectivas e escolhas; (b) compartilhamento de informações, incluindo-se pacientes e familiares nos cuidados prestados pela equipe de saúde; (c) participação nos cuidados, envolvendo a família nos cuidados prestados ao paciente, tornando-a capaz de ajudar em seu gerenciamento; e (d) colaboração, participação da instituição e políticas de saúdes viabilizando o CCF com o intuito de facilitar os cuidados prestados e promover a educação dos profissionais (MARQUES, 2014).

O enfermeiro da UTI ao permanecer ao lado do paciente crítico de forma ininterrupta e autônoma, pode ser o profissional protagonista na aproximação do cuidado que desenvolve e os princípios básicos do CCF.

Porém, é necessário que o gerenciamento da assistência aconteça de forma que o enfermeiro tenha condições de exercer o cuidado a família, o que confere mais humanização aos receptores das ações, pois o indivíduo é visto de forma integral, assegurando que os cuidados não sejam voltados apenas para a doença (SANTOS; NASCIMENTO, 2020).

Desta forma, é preciso repensar o processo de trabalho do enfermeiro junto à família na UTI, oferecendo-lhe ferramentas capazes de possibilitar condições favoráveis

para organização e fortalecimento do cuidado à família de forma efetiva, sem deixar de priorizar o cuidado ao doente crítico.

O presente estudo teve como objetivos construir e validar uma tecnologia gerencial para o cuidado de enfermagem a familiares de pacientes internados em UTI embasada pela Política Nacional de Humanização e pela filosofia do CCF.

Método

Trata-se de estudo metodológico ~~aplicado~~, composto por quatro etapas: 1) Identificação das necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI; 2) Elaboração de quadro de necessidades e intervenções de enfermagem junto à família em UTI; 3) Validação do conteúdo do Protocolo de Cuidados de enfermagem à família em UTI; e 4) Construção do Protocolo de Cuidados de enfermagem à família em UTI.

Na primeira etapa, foi realizada uma revisão integrativa de literatura ~~seguindo a seguinte~~ partindo da seguinte questão norteadora: Quais as necessidades dos familiares dos pacientes em unidade de terapia intensiva? Foram utilizados os seguintes Descritores em Saúde (DeCs) e seus respectivos termos Medical Subject Headings (MESH), nas bases de dados PUBMED, BDENF, CINAHL e WEB OF SCIENCE, no período de 2011 a 2021, incluindo artigos originais nos idiomas inglês, português e espanhol.

Após a identificação das necessidades dos familiares, elaborou-se um quadro com intervenções de enfermagem junto à família em UTI.

Na terceira etapa foi realizada a validação do conteúdo da tecnologia por juízes enfermeiros que atuam em UTI de diversas regiões do Brasil.

Os itens foram avaliados através de uma escala Likert de 3 pontos, sendo permitido assinalar uma das opções entre: “Discordo”, “Indiferente ou Neutro” e “Concordo”, além de espaço reservado para sugestões e alterações dos itens propostos. A validação do conteúdo da tecnologia ocorreu quanto ao objetivo, à clareza, à linguagem e à relevância dos itens, através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

O IVC é uma medida de proporção de concordância sobre os itens avaliados. Para cálculo de concordância nesta pesquisa utilizou-se a fórmula: IVC = Número de respostas “3” (concordo) / Número total de respostas, sendo considerado como intervalo de confiança 95%. A concordância esperada dos juízes com adequação do item de 0,80 (ideal) e um erro amostral aceitável de 15% entre os juízes (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI; 2015). Para análise de dados, os resultados foram organizados em uma planilha eletrônica, no programa Excel® versão 2007.

A seleção dos juízes para participar da validação ocorreu através de estratégias de buscas nas redes profissionais e Plataforma Lattes. Os juízes foram convidados através do *email* cadastrado nessas redes (LinkedIn e Plataforma Lattes), sendo encaminhada uma carta convite para o esclarecimento do motivo do contato e apresentação da proposta, bem como *link* para acesso ao instrumento a ser validado e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra foi obtida por conveniência mediante busca aleatória de juízes com experiência em terapia intensiva.

Na quarta etapa, foi elaborado um protocolo de cuidados a família de pacientes internados em UTI fundamentado na filosofia do Cuidado Centrado na Família e da Política Nacional de Humanização.

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Certificação de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) 40430720.5.0000.5060.

Resultados e discussão

Na revisão de literatura realizada na primeira etapa, foi possível identificar 22 necessidades dos familiares dos pacientes internados em UTI, as saber: Flexibilização do horário de visita/aumento do tempo de visita; Comunicação; Acesso aos recursos humanos, Inclusão da família durante avaliação de enfermagem; Padronização de rodadas multidisciplinares centradas na família; Sala de espera; Envolvimento no cuidado ao paciente; Apoio/Suporte informativo; Orientação; Atualização constante sobre o diagnóstico, tratamentos, prognóstico, estado clínico do paciente; Conversar com o médico durante a visita; Esclarecimento sobre

assistência prestada; Orientação sobre rotinas da unidade; Confiança na equipe de saúde; Segurança; Proximidade; Conforto; Garantia; e Proteção.

As intervenções de enfermagem foram elaboradas pelas pesquisadoras, levando em consideração a expertise na área e os princípios da filosofia do Cuidado Centrado na Família e a Política Nacional de Humanização.

A ~~segunda~~ terceira etapa foi marcada pela validação de conteúdo para construção de uma tecnologia gerencial para cuidado à família na UTI. Antes de iniciar o processo de validação, o instrumento elaborado passou por um pré-teste com cinco enfermeiros com expertise na área. Após o pré-teste, foram realizadas alterações que as pesquisadoras julgaram pertinentes e só após esta etapa foi submetido ao processo de validação.

Esta etapa contou com a participação de 15 juízes com expertise na área de terapia intensiva de diversas regiões do Brasil.

Quanto à caracterização dos juízes, o ano de conclusão da graduação variou entre 1999 e 2019, sendo que 53% se concentraram entre os anos de 2010 e 2020. Teve pelo menos um juiz de cada região do Brasil. Quanto à experiência profissional em anos, variou entre 2 e 20 anos, sendo 80% entre dois e dez anos. Em relação à qualificação profissional, 80% dos juízes tinham especialização e 20% tinham mestrado, sendo que 60% participavam de grupo de pesquisa na área de atuação (Tabela 1).

Tabela 1- Variáveis de caracterização dos juízes participantes.

Variável	Número	Porcentagem
Ano de graduação	N	%
1999-2009	7	47
2010-2020	8	53
Região da graduação		
Sul	1	7
Sudeste	7	47
Centro- Oeste	1	7
Nordeste	5	33
Norte	1	7
Experiência como enfermeiro em UTI (anos)		
1-10	12	80

11-20	3	20
Qualificação profissional		
Especialização	12	80
Mestrado	3	20
Participação em grupo de pesquisa na área de atuação		
Sim	9	60
Não	6	40

Fonte: dados da pesquisa.

Foram submetidos a validação um total de 21 necessidades e 40 intervenções quanto aos domínios de “objetivo”, “clareza”, “linguagem” e “relevância”, conforme exposto no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição do índice de validade de conteúdo para as intervenções de enfermagem propostas para as necessidades de familiares de pacientes em UTI. Vitória, ES, Brasil, 2022.

Necessidades	Objetivo	Clareza	Linguagem	Relevância	Média ponderada
1 - Informação	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2 - Confiança na equipe de saúde	0,87	0,73	0,73	0,80	**0,78**
3 - Apoio/suporte emocional	1,0	1,0	0,93	1,0	0,98
4 - Segurança	0,80	0,80	0,87	0,87	0,84
5 - Proximidade com o serviço de saúde	0,66	0,73	0,73	0,73	**0,70**
6 - Flexibilização do horário de visita	0,87	1,0	1,0	1,0	0,97
7 - Conforto	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
8 - Comunicação	0,80	0,87	0,87	0,87	0,85
9 - Acesso aos recursos humanos	0,93	0,93	0,87	0,93	0,92
10 - Inclusão da família durante avaliação de enfermagem	0,47	0,60	0,60	0,60	**0,57**
11 - Padronização de rodada multidisciplinar	0,60	0,60	0,73	0,73	**0,67**

centradas na família					
12 - Garantia	0,73	0,73	0,73	0,73	**0,73**
13 - Proteção	0,73	0,80	0,80	0,80	**0,78**
14 - Necessidades Culturais e Espirituais	1,0	0,93	1,0	1,0	0,98
15 - Sala de espera	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
16 - Envolvimento no cuidado ao paciente	1,0	1,0	1,0		1,0
17 - Apoio/suporte informativo	0,80	0,87	0,87	0,80	0,84
18 - Orientação	0,93	1,0	1,0	0,93	0,97
19 - Atualização constante sobre diagnóstico, tratamento, prognóstico, estado clínico do paciente	1,0	0,93	0,93	1,0	0,97
20 - Esclarecimento sobre assistência prestada	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87
21 - Orientação sobre rotinas da unidade	0,87	0,93	0,93	0,93	0,92
				IVC Médio	0,87

Fonte: dados da pesquisa.
*IVC: Índice de Validade de Conteúdo

Após a validação do conteúdo para construção da tecnologia pelos enfermeiros, dos 39 itens propostos, 28 atingiram a média ponderada acima de 0,80 e muito próximo de 1,0. Os itens que não atingiram esse percentual foram analisados pelas pesquisadoras, sendo excluídos ou reformulados e reagrupados nos itens com semelhança considerando-se o conceito.

As sugestões foram analisadas e as que foram acatadas pelas pesquisadoras serviram de base para reformulação do quadro de necessidades e intervenções expostas no Quadro 2.

Quadro 2. Necessidades dos familiares de pacientes em UTI e intervenções de enfermagem.

NECESSIDADES	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO CONCEITO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
1 - Informação	Segundo o dicionário Houaiss, o termo informação tem entre outras acepções, as seguintes: a) comunicação ou recepção de um conhecimento ou juízo; b) o conhecimento obtido por meio de investigação ou instrução; esclarecimento, explicação, indicação, comunicação, informe; (DICIONARIO FIOCRUZ, 2021). Processo pelo qual os profissionais de saúde comunicam e compartilham informações completas e imparciais com pacientes e familiares de maneiras afirmativas e úteis. Pacientes e familiares recebem informações oportunas, completas e precisas para participarem efetivamente do cuidado e da tomada de decisões (IPFCC, 2020). Ao desenvolver o processo de passagem de informações alguns aspectos precisam ser levados em considerações: quem recebe a informação, quais informações serão fornecidas e qual o entendimento foi alcançado? A seguir, lançar mão de metodologia além da linguagem verbal. Pode-se utilizar: cartilhas, panfletos, meios disponíveis na mídia. Observando qual o método para cada receptor.	**- Fornecer informações de forma clara e concisa;** **- Adequar a linguagem conforme grau de entendimento do familiar;** **- Desenvolver ou utilizar material didático/informativo disponível na unidade;** Compreender o que se passa com seu familiar permite que ele tenha melhor adaptação e se prepare para os acontecimentos futuros. O modo como são acolhidos e como lhes é transmitida a informação lhes permite encontrar tranquilidade junto a equipe de saúde (MENDES, 2016).
2 - Apoio/suporte emocional	Tudo que serve para amparar, firmar, sustentar; arrimo, esteio, fundamento; Proteção ou ajuda que uma pessoa dá a outra; amparo, auxílio, socorro (MICHAELIS, ONLINE). Acompanhamento psicológico na tentativa de amenizar o sofrimento, a angústia e a solidão no momento de intenso desgaste emocional (FERREIRA; MENDES, 2013).	**- Certificar-se que o ambiente deve permanecer limpo, livre de barulho;** **- Promover privacidade;** **-Manter o familiar informado acerca do suporte social que a instituição oferece; INCLUIR** **- Realizar escuta ativa;** Os programas de educação da família devem ser incluídos como parte do atendimento, uma vez que esses programas demonstraram efeitos benéficos para a família, reduzindo a ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, enquanto melhora a satisfação com o cuidado (DAVIDSON *et al.,* 2017; MOERSCHBERGER, ZIMATH, 2017).

3 - Segurança	Condição marcada por uma sensação de paz e tranquilidade; Condição ou estado do que está livre de danos ou riscos (MICHAELLIS ONLINE, 2021). Constitui o domínio 11 da NANDA, e consiste em estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; preservação contra perdas; proteção da segurança e da ausência de perigos (NANDA, 2020).	**- Informar para a família acerca do tratamento prestado e quais medidas adotadas para assegurar o melhor tratamento do paciente;** A segurança representa o conforto relacionado com a confiança dos familiares na competência técnico-científica da equipe de saúde, bem como com a competência humanista dos profissionais da instituição hospitalar (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2015).
4 - Flexibilização do horário de visita/aumento do tempo de visita	Pode ser alcançado quando um processo estruturado e baseado no perfil do paciente e da estrutura física e de recursos humanos da instituição. A progressiva flexibilização dos horários de visitação em UTIs ao redor do mundo tem se demonstrado segura e benéfica tanto para pacientes como para seus familiares. Diversos hospitais brasileiros já aderiram ao modelo de visitação familiar ampliada com o objetivo de tornar o atendimento mais humanizado e centrado nas necessidades do paciente e sua família (HOSPITAL MOINHO DE VENTOS, 2021). A visita ampliada deve ser organizada em cada unidade conforme as particularidades do serviço, levando em consideração a opinião dos profissionais do setor visando elaborar estratégias para manter a organização da rotina na unidade e não sobrecarregar o trabalho dos servidores (GABARRA; FERREIRA; LOMBARDI, 2020). O projeto "Visita aberta" promove acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio (PNHOSP,2013). A Após implementação do projeto de visita ampliada observou-se que as famílias demonstraram alívio dos sintomas de ansiedade, e o aumento da segurança e confiança na equipe proporcionados pela proximidade de contato e possibilidade de obter informações recorrentes acerca do paciente (GABARRA; FERREIRA; LOMBARDI, 2020). O processo de inserção da família com horário de visita maior que o de rotina necessita de uma mudança de estrutura física e cultural junto aos recursos humanos. O passo que for dado com esse objetivo já se torna um ganho para o binômio família-paciente.	**- Flexibilizar os horários de visita conforme estrutura do serviço;** **- Informar através de guias e folhetos e/ ou cartaz os casos que enquadram nos critérios estabelecidos previamente para flexibilização do horário e visita estendida;** A maior presença da família favorece alguns eixos de melhoria, entre eles a maior participação da família nos cuidados ao paciente (AMIB, 2019).

5 - Conforto	Bem-estar; comodidade material; aconchego (MICHAELLI ONLINE, 2021). Quando a sensação de bem-estar é perdida, assim como prevê o diagnóstico de conforto prejudicado que pode ser aplicado a um indivíduo com controle situacional insuficiente, privacidade insuficiente e recursos insuficientes, tudo isso evidenciado por descontentamento com a situação individual, incapacidade de relaxar e alteração no padrão de sono. Poderia ser também adequado a um indivíduo com recursos insuficientes para combater o problema que enfrenta, e que passa por sintomas de sofrimento, medo, ansiedade (NANDA, 2020).	**- Acolher os familiares desde admissão;** **- Promover um espaço reservado para dar notícias e passagem de informações;** O conforto está relacionado à infraestrutura hospitalar em termos de espaço físico para acomodação e atendimento das necessidades dos familiares no hospital, à flexibilização das normas e rotinas hospitalares em função das demandas da família, especialmente as relacionadas à visita e ao acesso a informações para a família ficar ciente sobre a condição de saúde de seu membro (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2015). Em relação aos profissionais de saúde, a família percebe que o conforto advém da relação terapêutica construída, no acolhimento caloroso, na tranquilidade transmitida e no acompanhamento contínuo (MENDES, 2019).
6 - Comunicação	Ato que envolve a transmissão e a recepção de mensagens entre o transmissor e o receptor, através da linguagem oral, escrita ou gestual, por meio de sistemas convencionados de signos e símbolos (MICHAELLI ONLINE, 2021). Resultado de um grande estudo sobre a família no contexto da hospitalização, indicou a importância atribuída pelos familiares de pacientes à comunicação estabelecida com a equipe de saúde, o que representa um ponto que deve ser considerado pelos profissionais que atuam no ambiente hospitalar (AZEVEDO; CREPALDI; MORE, 2016). A comunicação pode acontecer de forma verbal e não-verbal e é considerado um fator essencial no estabelecimento de relações interpessoais. Inicialmente o relacionamento pode ser bilateral, posteriormente, como as necessidades do paciente são abordadas, passa envolver diversos indivíduos, entre eles o médico, outros profissionais de saúde e a família (HORTA, 2011).	**- Promover a comunicação entre a família-paciente-equipe de saúde;** **- Promover espaço físico adequado para a passagem das informações à família;** **- Criar e instituir protocolo e rotina de para passagem de informações à família;** **- Ofertar canal de comunicação em horários amplos a fim de que a família tenha disponível sempre que necessário informações sobre o paciente;** Comunicar é o meio de transmitir informações, e comunicação no processo de humanização se refere ao processo de relação dos envolvidos na relação saúde-doença (FREITAS, 2018). Uma comunicação efetiva entre as equipes estabelece

		objetivos comuns a serem atingidos e auxilia na participação do paciente e família diante das estratégias traçadas. Manter as famílias envolvidas com essa demanda indicará uma assistência eficiente e transparente (BATISTA; NEVES,2017).
7 - Acesso aos recursos humanos	Os familiares buscam a interação entre si e com os membros da equipe assistencial pata ter consciência da situação atual e se preparar progressivamente o futuro (MENDES, 2019).	**- Facilitar o acesso aos recursos humanos responsáveis pelos cuidados aos pacientes;** **- Apresentar-se diariamente à família;** O bom relacionamento entre a equipe, o paciente e a família contribuem para avaliação positiva para a situação vivida (NUNES, 2017).
8 - Necessidades culturais e espirituais	Direito a receber visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros (BRASIL, 2012). Refere-se ao respeito, compreensão e aceitação das atitudes, valores e crenças dos familiares dos pacientes internados (BEER; BRYSIEWICZ, 2019).	- **Conhecer os aspectos culturais e espirituais de cada família;** **- Permitir conforme norma institucional a entrada de objetos que sejam significativos para exercício da crença religiosa do paciente e família;** É imprescindível que o profissional enfermeiro esteja sensível às diferenças sociais e às variadas culturas dos familiares, pois elas reproduzem o funcionamento e a saúde da família (CHAVES *et al.,* 2017).
9 - Sala de espera	As famílias que se encontram na sala de espera da UTI estão passando por uma série de experiências negativas, como desespero, angústia, tristeza, necessitando de um cuidado holístico e humanizado (RODRIGUEZ; VELANDIA; LEIVA, 2016). Dentre o processo de trabalho dos profissionais da unidade de terapia intensiva está a promoção de ambiência acolhedora (BRASIL, 2010); pode-se inferir que a sala de espera vai além da estrutura física, requer dos profissionais acolhimento com a oportunidade de promover um momento para repasse de informações, escuta de dúvidas e expectativas dos familiares.	**- Dispor de organização e programação para a sala de espera junto aos familiares;** **- Realizar acolhimento;** Enquanto estrutura física é o local destinado ao acolhimento dos familiares que aguardam informações ou são preparados para o momento da visita do ente querido (FREITAS, 2018); Estudo realizado por Schimidt *et al.,* 2018 constatou a necessidade de investimento na realização de salas de espera e grupos

		de convivência com familiares, para que eles possam compartilhar experiências e angústia, se revelando como um sistema de cooperação que propicia apoio necessário ao familiar para superar as dificuldades do processo de internação e aproximar os familiares dos profissionais.
10 - Envolvimento no cuidado ao paciente	Os familiares, acompanhantes e o próprio paciente devem participar de sua assistência, estando cientes de seus direitos e deveres como usuário dos serviços de saúde; compreendendo os riscos associados com a assistência; escolhendo o profissional de saúde devidamente especializado; prestando informações corretas sobre sua saúde; e uma vez aceito o tratamento, seguindo as instruções dos profissionais e participando das decisões de assistência e terapêuticas (BRASIL, 2017). Incentivo à participação da família na atenção ao paciente, quando pertinente (BRASIL, 2010).	**- Informar a família a opção de participar dos cuidados aos pacientes;** **-Acolher a família nos cuidados ao paciente no nível que lhe for desejável;** **- Orientar a família acerca dos cuidados que ela pode desenvolver/colaborar;** Incentivar os familiares como parceiros críticos e ativos nas práticas junto aos profissionais de saúde, no sentido de garantir a execução de práticas seguras, vem se mostrando como uma estratégia importante e promissora para promoção da saúde e segurança do paciente (SOUSA *et al.,* 2017). A família facilmente começa a conhecer detalhadamente o paciente e percebe quanto pode ser útil reconhecendo as enfermeiras com as quais mantém um diálogo rico e saudável (MENDES, 2019).
11 - Apoio/ Suporte informativo	Refere-se a todo aparato informativo que a família precisa ter acesso durante a internação na unidade. Vai desde as informações transmitidas verbalmente até todos os recursos materiais utilizados. O desconhecimento dos visitantes sobre os materiais e equipamentos é fator presente, porém desconhecer a função e utilidade desses equipamentos e materiais não significou que os familiares ignorassem a presença destes aparelhos (SANTOS, 2016).	**- Fornecer apoio e suporte informativo através de cartazes, folders, cartilhas, murais e outros dispositivos disponíveis no setor;** É natural a família necessitar de informações, assim se torna fundamental o conteúdo da informação, a forma como foi transmitida, assim como, a quantidade e pertinência (MENDES, 2016).
12 - Orientação	Conforme legislação específica, todos os profissionais que atuam na unidade de cuidados intensivos devem fornecer orientações aos familiares e aos pacientes,	**- Fornecer orientações sobre a UTI e rotinas para os familiares desde a admissão até alta;**

	quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta (BRASIL, 2010). Refere-se a troca de dados ou fatos necessários sobre o estado de saúde do doente, proporcionando aumento do conhecimento entre profissionais de saúde e familiares. Pode ser ofertado de diversas formas, panfleto, cartilha, site, aplicativo de mensagens. Quando os familiares recebem informações sobre o estado do doente, tratamento, prognóstico ou resultado, os seus conhecimentos aumentam, permitindo para melhor lidar com a doença crítica de um ente querido. O conhecimento sobre o ambiente tecnológico da unidade de terapia intensiva também faz parte da troca de conhecimentos (BEER; BRYSIEWICZ, 2019).	**- Informar quais cuidados de enfermagem estão sendo realizados diariamente;** Todos as pacientes têm direito a informação de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseados nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento com direito a recusa, atestado na presença de testemunha" (Art. IX da Carta dos direitos dos usuários do SUS, 2012). Conhecer a percepção da família sobre a assistência de enfermagem é essencial para que ocorram ações mais acolhedoras que auxiliem esses familiares no enfrentamento da hospitalização de um familiar na UTI (TAVARES, 2018).
13 - Atualização constante sobre o diagnóstico, tratamentos, prognóstico, estado clínico do paciente.	Está entre os direitos dos usuários do SUS, receber informações claras, objetivas, completas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, hipóteses diagnósticas, exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive seus benefícios e riscos, urgência, duração e alternativas de solução (BRASIL, 2017).	**- Informar periodicamente a família sobre os cuidados de enfermagem que estão sendo implementados;** **- Retirar dúvidas ou solicitar ao profissional médico os esclarecimentos de dúvidas dos familiares;** Os familiares reconhecem ter conhecimento e estar ciente do prognóstico e dos resultados esperados tem ajudado significativamente a se situar no cotidiano e adquiri confiança (MENDES, 2019).
14 - Esclarecimento sobre assistência prestada	Refere-se a troca de dados ou fatos necessários sobre o estado de saúde do doente, proporcionando aumento do conhecimento entre profissionais de saúde e familiares. Pode ser ofertado de diversas formas, panfleto, cartilha, site, aplicativo de mensagens. Quando os familiares recebem informações sobre o estado do doente, tratamento, prognóstico ou resultado, os seus conhecimentos aumentam, permitindo para melhor lidar com a doença crítica de um ente querido. O conhecimento sobre o ambiente tecnológico da unidade de terapia intensiva também faz parte da troca de conhecimentos (BEER; BRYSIEWICZ, 2019).	**- Informar quais cuidados de enfermagem estão sendo realizados diariamente;** Conhecer a percepção da família sobre a assistência de enfermagem é essencial para que ocorram ações mais acolhedoras que auxiliem esses familiares no enfrentamento da hospitalização de um familiar na UTI (TAVARES, 2018).

Um total de nove intervenções foram descartadas por não alcançarem o IVC > 0,80 e pela falta de tempo hábil para serem trabalhadas numa nova rodada de validação junto aos juízes, configurando-se uma das limitações deste estudo.

Os itens validados foram utilizados para elaboração de um protocolo de cuidado a família de pacientes internados em UTI. A estrutura do protocolo seguiu a padronização do setor de qualidade da instituição hospitalar ao qual será destinado.

No protocolo construído, foi elaborado um fluxograma para admissão do familiar referência e outro para cuidado diário a família dos pacientes internados em UTI, ambos fundamentados pela filosofia do CCF, na qual o paciente escolhe quem o representa como família. Esta pessoa tem um relacionamento significativo com o paciente (DAVIDSON, 2017). Os fluxogramas podem contribuir para a atendimento das necessidades de “Apoio/suporte emocional”, “Conforto”, “Comunicação” e “Acesso aos recursos humanos”.

Segundo Mendes, o conforto vai além da estrutura física, ele advém relação terapêutica construída, no acolhimento caloroso, na tranquilidade transmitida e no acompanhamento contínuo (MENDES, 2019). Fortalecido por um processo de comunicação efetivo, no qual objetivos comuns a serem atingidos, auxiliando na participação do paciente e família (BATISTA; NEVES, 2017).

Além dos fluxogramas para organização do atendimento inicial e diário, foi criada uma ficha de admissão. Na ficha de admissão foram inseridos dados sociodemográficos e informações referentes a disponibilidade do familiar referência, a quem o enfermeiro deverá se reportar diariamente acerca dos cuidados de enfermagem e disponibilidade do familiar para visita estendida ou necessidade de flexibilização do horário de visita. A coleta dessas informações visa subsidiar o plano de cuidados do enfermeiro, dessa forma, o cuidado se torna humanizado e personalizado.

A ficha de admissão visa atender às seguintes necessidades: “Flexibilização do horário de visita/aumento do tempo de visita”, “Acesso aos recursos humanos”, “Necessidades Culturais e Espirituais”, “Envolvimento no cuidado dos pacientes”,

“Esclarecimento sobre assistência prestada”. O momento de preenchimento da ficha é um momento de aproximação do profissional junto ao familiar. O bom relacionamento entre a equipe, o paciente e a família contribuem para a avaliação positiva da situação vivida (NUNES, 2017). Para CHAVES *et al.* (2017), é imprescindível que o profissional enfermeiro seja sensível às diferenças sociais e às variadas culturas dos familiares, pois elas reproduzem o funcionamento e a saúde da família.

Acredita-se que a admissão da família torna-se uma carta de apresentação. Um momento no qual o enfermeiro prepara o familiar para o novo cenário e apreende dados para organização do cuidado que ele vai ofertar. Verificar qual a percepção da família sobre a assistência de enfermagem é essencial para que ocorram ações mais acolhedoras que auxiliem esses familiares no enfrentamento da hospitalização de um familiar na UTI (TAVARES; COELHO; LOPES, 2018).

O conhecimento da percepção da família sobre a assistência de enfermagem em UTI permitiu inferir que a família se sentiu mais segura e mais confortável quando há uma comunicação e efetiva com o profissional. Assim, a comunicação se torna uma excelente ferramenta de trabalho no cuidado em saúde (TAVARES; COELHO; LOPES, 2018).

Estudo realizado por Schimidt *et al.* (2018) constatou a necessidade de investimento na realização de salas de espera e grupos de convivência com familiares, para que eles possam compartilhar experiências e angústia, se revelando como um sistema de cooperação que propicia apoio necessário ao familiar para superar as dificuldades do processo de internação e aproximar os familiares dos profissionais.

Porém, para que o cuidado a família na UTI seja fortalecido e documentado é preciso que o enfermeiro intensivista tenha à sua disposição ferramentas capazes de emponderá-lo e facilitar a sua prática.

Diante desse contexto, diversas vantagens têm sido apontadas para o uso de protocolos na assistência, tais como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Além destas vantagens, os

protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado (PIMENTA *et al.,* 2017).

A utilização de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, reduzir a variabilidade das informações e condutas entre membros da equipe de saúde (PIMENTA *et al.,* 2017).

O processo de elaboração dos protocolos pode ser variado, porém não se deve esquecer que o protocolo deve satisfazer às necessidades daqueles a quem se destina, de forma que o cuidado a saúde seja mais efetivo (CATUNDA *et al.,* 2017).

Conclusão

Nota-se que as intervenções não validadas podem estar atreladas à necessidade de reflexão acerca da presença da família na UTI e à forma como as instituições se preparam e preparam seus profissionais para isso. Não basta somente incentivar a presença da família, haja os benefícios que já comprovados na literatura. É preciso se estruturar e proporcionar condições favoráveis para esse movimento. Esse processo exige uma preparação do profissional e do familiar.

Acredita-se que o processo de validação junto a juízes de diversas regiões do Brasil foi de extrema importância para a priorização das necessidades mais latentes dos familiares dos pacientes na UTI visto sob a ótica ampliada do enfermeiro intensivista.

As tecnologias em saúde que subsidiam a prática, organizam e empoderam o enfermeiro e contribuem de forma definitiva para a melhoria do cuidado. Do mesmo modo, nos convidam a refletir a prática do ponto de vista da utilização de tecnologias leves, a exemplo da comunicação, tão importante para processo de cuidar e humanizar.

Assim, fazem-se necessário estudos futuros sobre o processo implementação do protocolo de cuidados a família de pacientes em UTI e como ele pode facilitar a organização dos cuidados do enfermeiro e fortalecimento de práticas mais humanizadas por parte dos enfermeiros.

Referências

ALEXANDRE, N.M.C.; COLLUCI, M.Z.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

BATISTA, M.A.O.; NEVES, M.N. Visita multidisciplinar a beira-leito. In: VIANA, R.A.P.P; TORRE, M. **Enfermagem em Terapia Intensiva:** práticas integrativas. Baureri: Manole, 2017.

CATUNDA, H. L. O. et al. Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto Contexto Enferm.** vol. 26, n. 2, 2017, 2017, e00650016.

CHAVES, R.G.R. et al. Importância da família no processo de cuidados: atitudes de enfermeiros no contexto da terapia intensiva. **Rev enferm UFPE online**., Recife, vol. 11, n. 12, p. 4989-98, dec. 2017.

COSTA, S. O. Procedimentos de enfermagem. E o cuidado centrado no paciente e família. **Senac.** SP, 1ª ed, 2022.

DAVIDSON, J.; et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric and Adult Intensive Care Unit**. Critical Care Medicine**. Vol. 45, n. 8, p. 1352–1358, Aug 2017.

FREITAS, E. O. **Terapia intensiva:** práticas na atuação de enfermagem. São Paulo: Érica, 2018.

MARQUES, J.R. **Quais as necessidades básicas do ser humano?** Disponível em: https://www.ibccoaching.com.br/portal/quais-sao-as-necessidades-basicas-do-ser-humano/. Acesso em 14 de dezembro de 2022.

MENDES, A. A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. **Investigação Qualitativa em Saúde.** Vol. 2, 2018.

MENDES, A.P. Transição saúde-doença crítica na família. Intervenção de enfermagem na experiência vivida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Vol. 72, n. 1, p. 163-170, 2019.

NUNES, M.E.P. Percepção de familiares sobre visitas a pacientes e regras em unidade de terapia intensiva. **Arquivo Ciência Saúde**, vol. 24, n. 3, jul-set 2017, p. 84-88.

PIMENTA, C.A. M. et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP, 2017.

REIS, L. C. C.; GABARRA, L. M.; MORÉ, C.L.O.O. As repercussões do processo de internação em UTI Adulto na Perspectiva de Familiares. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia –** 2016, Vol. 24, nº 3, 815-828.

RIPARDO, W.J. et al. A família mediante hospitalizações em unidade de terapia intensiva. **Enfermagem Foco**, vol. 12, n. 1, p. 86-92, 2021.

SANTOS, G.G.; NASCIMENTO, J.J.S.N. Benefícios da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo de Conhecimento**. Ano 5, ed. 8, vol. 7, pp.16-28, 2020.

TAVARES, M.M. M., COELHO, P.T G., LOPES, T. M. R. Perception of the family on nursing assistance in an adult intensive therapy unit. **Rev Enferm UFPI.** Vol. 8, n. 1, p. 17-22, Jan-Mar 2018.

5.3 PRODUTO 3

PROTOCOLO

Título: PROTOCOLO DE CUIDADOS À FAMÍLIA DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Equipe técnica: Vanessa Sena de Almeida, Profa. Dra. Karla de Melo Batista; Profa. Dra. Maria Elda de Oliveira Bringuente; Profa. Dra. Leila Massaroni; Profa. Dra. Áquila Lopes Gouvea

Introdução: Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, composto por detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de cuidado, podendo prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento com o uso de intervenções educacionais, de tratamento com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais, farmacológicas, que a enfermagem desempenha de maneira independente ou compartilhada com outros profissionais (PIMENTA *et al.*, 2017). A utilização de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, reduzir a variabilidade das informações e condutas entre membros da equipe de saúde (PIMENTA *et al.,* 2017).

Descrição do produto: Trata-se de um protocolo de enfermagem para cuidado à família dos pacientes internados em UTI fundamentado na filosofia do Cuidado Centrado na Família, e na Política Nacional de Humanização. O protocolo foi desenvolvido em quatro etapas: 1) Revisão integrativa de literatura para identificação das necessidades dos familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva; 2) Construção de um quadro de intervenções de enfermagem para cada necessidade identificada; 3) Realização de pré avaliação de conteúdo por cinco juízes com expertise na área de terapia intensiva e adequação do instrumento; e 4) Validação do conteúdo do protocolo por 15 juízes com expertise na área de terapia intensiva utilizando-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), considerando o índice de concordância dos juízes maior que 0,80.

Tipo e natureza da produção técnica: Tecnologia gerencial sob forma de protocolo de cuidados.

Meio de divulgação: ( ) impresso ( ) meio magnético ( ) meio digital ( ) filme ( ) hipertexto (x) outro

Finalidade do produto: Uniformizar as práticas de cuidado de enfermagem à família dos pacientes internados em UTI de modo a atender as necessidades dos familiares e organizar o fluxo de trabalho do enfermeiro junto a esse público que também é alvo dos cuidados de enfermagem.

Contribuições e possíveis impactos à prática profissional: O protocolo de cuidado à família de pacientes internados em UTI foi elaborado para servir como uma ferramenta de organização do processo de uma prática que já existe dentre o leque de atividades do enfermeiro intensivista. O cuidado a família é importantíssimo e não tem como ser dissociado do cuidado ao paciente durante a internação dele na UTI. A família vivencia um momento de tensão e estresse a partir do momento que o familiar é internado na UTI (WOINAROVICZ; MOREIRA, 2020). A tecnologia proposta agrega os conceitos definidores de tecnologias leves e tecnologias duras, pois vai desde a melhoria do acolhimento e gestão do processo de trabalho do enfermeiro a utilização de normas e estruturas organizadas (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2022).

Registro do produto: Junto ao setor de qualidade da instituição.

A fim de organizar o cuidado do enfermeiro à família dos pacientes internados na UTI, foi elaborado um protocolo pela autora, contendo dois fluxogramas de cuidado, uma ficha de admissão e um projeto de ambientação da sala de espera para UTI.

Para representar os processos contidos num protocolo de forma clara e concisa, a enfermagem por utilizar uma ferramenta denominada fluxograma (PIMENTA *et al.,* 2017).

Segundo Peinado e Graeml (2007); Pimenta *et al.* (2017) e Silveira (2022), fluxograma é a representação gráfica que utiliza símbolos gráficos para descrever passo a passo a natureza e o fluxo desse processo, com o objetivo de mostrar de forma descomplicada o fluxo das informações e elementos evidenciando a sequência operacional que caracteriza o trabalho que está sendo executado. É utilizado para atender diversas necessidades, dentre elas, melhorar a compreensão

do processo de trabalho, mostrar como o trabalho deve ser feito e/ou criar um padrão de trabalho ou uma norma de procedimento.

As principais vantagens da utilização de fluxograma com guias visuais para cuidado de enfermagem são: apresentar visão global do processo; uso de simbologia simples com padronização da comunicação; identificar ciclos de retrabalho e conflitos de processo; definição clara dos limites de atuação, das ações a serem executadas e dos responsáveis (PIMENTA *et al.,* 2017).

A organização do serviço é uma medida imprescindível para gestão clínica e do cuidado, e a utilização do fluxograma é uma ferramenta que além de corroborar para organização dos serviços, contribui para a autoavaliação e reflexão profissional acerca de suas habilidades, possibilitando, assim, repensar e ressignificar o processo de trabalho, o que pode resultar em ganhos para todos; profissionais, usuários e serviço (RODRIGUES *et al.,* 2019).

Os fluxogramas elaborados, apêndices A e B do “Protocolo de Cuidados à Família de pacientes internados na UTI adulto” têm por objetivo realizar organizar o processo de trabalho do enfermeiro de modo que ele dentre todas as demandas da atuação do enfermeiro na UTI, seja capaz de realizar e documentar o cuidado à família de pacientes internados em UTI. Foi desenvolvido com base nas necessidades encontradas na literatura e nas intervenções validadas junto aos juízes participantes do processo de validação.

Assim, ficou dividido em acolhimento inicial da família, identificação do familiar referência para os próximos desdobramentos que acontecem após a admissão do paciente na UTI, identificação inicial das necessidades e principais intervenções de enfermagem junto à família, conforme quadro (Apêndice D), encaminhamento da família para que o familiar tenha acesso as rotinas de visitação e acesso à UTI.

Além do fluxograma para cuidado inicial, também foi elaborado um fluxograma de cuidado diário à família dos pacientes internados em UTI. Assim é possível dar continuidade no atendimento das necessidades da família identificadas na admissão e ao longo do processo de internação.

Os fluxogramas propostos, neste trabalho, apresentam-se como ferramentas com característica gerencial e assistencial, necessário para que todos os enfermeiros possam proceder de igual maneira ao acolher e cuidar da família dos pacientes na

UTI, o que poderá facilitar maior engajamento da família durante o tratamento e melhora do paciente.

Além dos fluxogramas, foi construída uma “Ficha de admissão do familiar referência na UTI” (Apêndice C). Esta ficha é composta por dados sociodemográficos e informações importantes para o cuidado de enfermagem.

As informações sociodemográficas que foram incluídas na ficha de admissão do familiar referência são necessárias para delinear o perfil sociodemográfico do familiar que atuará como ator na tomada de decisão em relação ao tratamento e demais desfechos do paciente. Este indivíduo é indicado pelo paciente, conforme filosofia do CCF, dado seu grau de proximidade e cuidado com o paciente.

A caracterização demográfica permite o levantamento de dados como: idade, sexo, escolaridade, situação conjugal e vínculo empregatício. Variáveis dessa natureza foram associadas a percepção do impacto da doença e adoção de crenças inadequadas (ANJOS *et al.,* 2016).

Nesta pesquisa, o perfil do familiar pode interferir na forma como é conduzida todo o processo de comunicação com a família sobre diagnóstico, tratamentos e desfecho antes da alta da UTI, condução do apoio que envolvam aspectos religiosos e culturais.

O item que se refere à escolaridade foi colocado na ficha por se relacionar com a capacidade do familiar compreender o processo de saúde-doença do paciente internado na UTI. Essa capacidade é definida no conceito de Letramento em Saúde (LS). Este é definido como competências para acessar, compreender, avaliar e usar informações e serviços de saúde na tomada de decisões para promoção em saúde (ROCHA *et al.,* 2022).

No processo de internação do paciente na UTI a família é uma peça importantíssima para condução do tratamento e para que ela participe de forma ativa, tendo suas necessidades satisfeitas e, nesse processo, a abordagem ao fornecimento de informações pode ajudar ou dificultar a compreensão, o processamento e o uso das informações pelas pessoas (LIU *et al.,* 2020).

Um item se refere à disponibilidade de participar da visita diária e da visita estendida. Esse item é importante, pois a presença do familiar junto ao paciente é extremamente valiosa. A flexibilização dos horários de visitação em UTIs ao redor do

mundo tem se demonstrado segura e benéfica tanto para os pacientes quanto para seus familiares. Algumas UTIs brasileiras já aderiram ao modelo de visitação familiar ampliada com o objetivo de tornar o atendimento mais humanizado e centrado nas necessidades do paciente e da família (UTIVISITAS, 2022).

Um quadro de necessidades e intervenções de enfermagem foi elaborado após realização de revisão integrativa diante das necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI identificadas e do processo de validação das intervenções realizado junto aos juízes com expertise no assunto. Após a validação, as necessidades tiveram que ser divididas por grupos para evitar a repetição de intervenções que poderiam servir para mais de uma necessidade. Ficaram divididas em necessidades organizacionais, ou seja, as que dependem da organização da unidade e do processo de trabalho do enfermeiro; necessidades sociais, as que envolvem problemas existentes nos relacionamentos com a equipe e com o serviço, que segundo a Pirâmide de Maslow, são aquelas relacionadas com o relacionamento entre as pessoas (MARQUES, 2020).

1. ÁREA RESPONSÁVEL

Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

2. ABRANGÊNCIA

Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

3. SUMÁRIO

1 ÁREA RESPONSÁVEL 1
2 ABRANGÊNCIA 1
3 SUMÁRIO 1
4 SIGLAS E CONCEITOS 2
5 OBJETIVOS 2
6 JUSTIFICATIVA 2
7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO 3
8 CONCEITO 3
8.1 Política Nacional de Humanização 3
8.2 Cuidado Centrado na Família 4
9 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES 4
10 HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO* 5
11 EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS* 5
12 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO* 5
13 CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO* 5
14 CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA* 5
15 CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA* 5

16 FLUXOGRAMAS 5
17 MONITORAMENTO 5
18 REFERÊNCIAS 6
19 HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO 8
APÊNDICE A 9
APÊNDICE B 10
APÊNDICE C 11
APÊNDICE D 12

4. SIGLAS E CONCEITOS

NA - Não se aplica

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

CCF- Cuidado Centrado na Família

PNH- Política Nacional de Humanização

SUS- Sistema Único de Saúde

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

5. OBJETIVOS

Padronizar os cuidados de enfermagem à família de pacientes internados na UTI Adulto do Hospital em estudo, bem como auxiliar o enfermeiro na identificação das necessidades dos familiares e intervenções para atendimento dessas necessidades.

6. JUSTIFICATIVA

O processo de internação na UTI gera estresse e grandes mudanças na dinâmica familiar (REIS, GABARRA, MORÉ, 2016). Para minimizar as consequências do estresse gerado ao familiar durante o período de internação na unidade de terapia intensiva, é necessário atendimento humanizado, aconselhamento e apoio psicológico, que pode ser realizado quando buscamos entender suas necessidades, considerando a família uma extensão dos pacientes (BARTH, 2016).

É preciso receber a família de forma humanizada, trazê-la para o centro das decisões e proporcionar atender anseios do paciente.

Dessa forma, torna-se fundamental a existência de um protocolo que busque direcionar o enfermeiro para o atendimento das necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI e fortalecer a relação família-profissional-UTI, proporcionando para todos os envolvidos um ambiente mais acolhedor e humanizado.

7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Como critério de inclusão, insere os familiares dos pacientes adultos internados na UTI adulto do hospital em estudo. Exclui-se familiares de pacientes pediátricos e neonatos.

8. CONCEITO

A UTI, de forma mais objetiva, é um ambiente complexo e que deve ser preparada para atender a qualquer momento pacientes com instabilidades hemodinâmicas, ou intercorrências, as quais requerem conhecimentos específicos e grande habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo hábil (MOURA; SOUSA; KROENKE, 2022). De forma mais subjetiva, a UTI é vista como um ambiente que gera mitos, sensações e sentimentos contraditórios, tais como angústia, medo, tristeza, dor e sofrimento, segurança e insegurança, tanto nos pacientes e familiares, quanto nos profissionais (BACKES; ERDNANN; BUSCHER, 2015).

O processo de internação na UTI acarreta várias mudanças no contexto familiar. Toda a configuração familiar passa por reajustes e transformações em seu cotidiano devido a mudanças de ambiente e rotina que o hospital oferece (RIPARDO *et al.,* 2021).

Assim, diante das características do ambiente da UTI e do significado do processo de internação nesse setor, é de extrema importância que a assistência prestada aos familiares aconteça de forma contínua e humanizada.

8.1 Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o objetivo de pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças no modo de gerir e cuidar (BRASIL, 2013).

A PNH visa estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que, muitas vezes, produzem atitudes desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. A inclusão dos usuários e suas redes sócio-familiares no processo de cuidado é um poderoso recurso para ampliação do cuidado de si (BRASIL, 2022).

8.2 Cuidado Centrado na Família

O Cuidado Centrado na Família (CCF) constitui uma abordagem aos cuidados de saúde que respeita e responde às necessidades e valores de cada família é caracterizado por uma relação entre profissionais de saúde e família, em que ambas as partes se comprometem a compartilhar a responsabilidade pela saúde do paciente (SHIELDS, 2015; DAVIDSON, 2017).

No cerne da filosofia de cuidado proposta pelo CCF, encontram-se ações pautadas no cuidado que a equipe de saúde pode proporcionar aos familiares dos pacientes da UTI e que são fortemente embasados por ações que se aproximam da humanização.

Humanizar envolve, além a filosofia de cuidado adotado pela instituição, envolve condições de trabalho adequadas, comunicação e infraestrutura acolhedora. Requer uma abordagem planejada e cuidadosa por parte das instituições de saúde, de modo que possam promover melhorias notáveis para todos os envolvidos no processo de cuidado (BUENO; CALLE, 2020).

9. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Segundo a Resolução nº 358/2009 do CONFEN, a família também faz parte de todas as etapas do Processo de Enfermagem e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O cuidado de enfermagem aqui preconizado deve envolver não só a pessoa (paciente), mas sua família ou coletividade humana.

Conforme o Código de Ética de Enfermagem, é imprescindível cuidar da família. Para isso, é necessário que a enfermagem retome sua posição ética frente ao paciente, considerando o código de ética de enfermagem, o qual refere a enfermagem como ciência, arte e prática social que proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade.

O cuidado à família também faz parte dos itens que compõem a RDC nº 7 de fevereiro de 2010. Na seção V, que discorre sobre os Processos de Trabalho, consta que devem ser fornecidas à família orientações, quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta, bem como assegurar a participação da família na atenção ao paciente.

Assim, cabe ao enfermeiro proceder com a admissão do paciente e o familiar referência conforme conceito da filosofia de Cuidado Centrado na Família, a qual considera família a pessoa que o paciente escolher, independente de vínculo consanguíneo. Logo em seguida, identificar as necessidades iniciais da família em questão e selecionar as possíveis intervenções de enfermagem junto à família. Diariamente verificar se as necessidades estão sendo atendidas com os cuidados de enfermagem.

10. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO*

- NA

11. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS*

- NA

12. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO*

- NA

13. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO*

- NA

14. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA*

- NA

15. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA*

- NA

16. FLUXOGRAMAS

- Anexos/Apêndices

17. MONITORAMENTO

- Proporção da quantidade de fichas de admissão de familiares dos pacientes admitidos na UTI e quantidades de pacientes admitidos na UTI.

18. REFERÊNCIAS

BARTH, A.A. et al. Estressores em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. Vol. 28, n. 3, 2016, p. 323-329.

BRASIL**.** Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC N° 07 de 24 de fevereiro de 2010**. Diário Oficial da União, DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Rede Humaniza SUS**. Brasília. 2022. Acesso em 10 de dezembro de 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e programas/humanizasus.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: 2013.

REIS, L. C. C.; GABARRA, L. M.; MORÉ, C.L.O.O. As repercussões do processo de internação em UTI Adulto na Perspectiva de Familiares. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, Vol. 24, nº 3, 2016, p. 815-828.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358/2009**: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de enfermagem. Brasília, 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Brasília, 2017.

MOURA, S.T.G.; SOUSA, S.B.; KROENKE, A. Perfil de reinternação em UTI: tomada de decisão em organizações complexas. **Caderno de Saúde Coletiva**, vol.30, nº 1, 2022.

BACKES, M.T.S; ERDMANN, A.L.; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Americanda de Enfermagem**. vol. 23, n. 3, 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0568.2570

RIPARDO, W.J., et al. A família mediante whospitalizações em unidade de terapia intensiva. **Enfermagem Foco**, vol. 12, n. 1, p. 86-92, 2021.

SHIELDS, L. What is "family-centered care"? **European Journal for Person Centered Healtheare**, vol. 3, 2015, p. 139-144.

DAVIDSON, J. et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric and Adult Intensive Care Unit**. Critical Care Medicine**. Vol. 45, n. 8, p. 1352–1358, Aug 2017.

BUENO, J.M.V.; CALLE, G.H.L. Humanizing Intensive Care. From Theory to practice. **Crit Care Nurs Clin N**. vol. 32, 2020, p. 135-147.

SILVEIRA, C. B. **Fluxograma de processo**- Aprenda com um exemplo prático. Disponível em: https://www.citisystems.com.br/fluxograma/. Acesso em 14 de dezembro de 2022.

VERZANI. **Fluxograma de processos**: por que utilizar em ambiente hospitalar? Disponível em: https://www.verzani.com.br/blog/fluxograma-de-processos/. Acesso em 14 de dezembro de 2022.

RODRIGUES, R.P. et al. Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária em Saúde. **Revista Saúde em Debate**. Vol. 43, n. 6, 2019.

PEINADO, J.; GRAEML, A.R. **Administração da produção:** operações Industriais e de serviços. Curitiba: UnicenP, 2007.

ANJOS, D.B.M. et al. Influence of sociodemographic and clinical characteristics at the impact of valvular heart disease. **Rev. Bras Enferm**. vol. 69, n. 1, 2016, p. 33-39.

UTIVISTAS. **A importância do familiar na UTI.** Disponível em: https://www.utivisitas.com.br/. Acesso em 14 de dezembro de 2022.

ROCHA, F.C. et al. Competências do pessoal de saúde para a prática da alfabetização em saúde no Brasil: uma pesquisa de consenso Delphi. **PLoS ONE**, 2022. vol. 17, n. 7, e0271361.

LIU, C. et al. Qual é o significado da alfabetização em saúde? Revisão sistemática e síntese qualitativa. **Fam Med Com Saúde**. vol. 8, 2020, e000351. DOI: 10.1136/fmch-2020-000351.

MARQUES, J.R. **Quais as necessidades básicas do ser humano?** Disponível em: https://www.ibccoaching.com.br/portal/quais-sao-as-necessidades-basicas-do-ser-humano/. Acesso em 14 de dezembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização:** o que é, como implementar. Brasília, 2010.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **Ambiência**. Dicas em saúde. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html. Acesso em 14 de dezembro de 2022.

CARVALHO, A.P.A. **Introdução à arquitetura hospitalar**. Salvador: UFBA, FA, GEA-Hosp, 2014.

SCHRAIBER, L.B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M.D. **Tecnologias em saúde.** Dicionário de educação profissional em saúde. FioCruz, 2022. Disponível em: http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html. Acesso em 14 de dezembro de 2022.

WOINAROVICZ, B.P.; MOREIRA, M.C. Estratégias de enfrentamento de familiares de pacientes em UTI: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. SBPH**, vol. 23 n. 2. São Paulo, 2020.

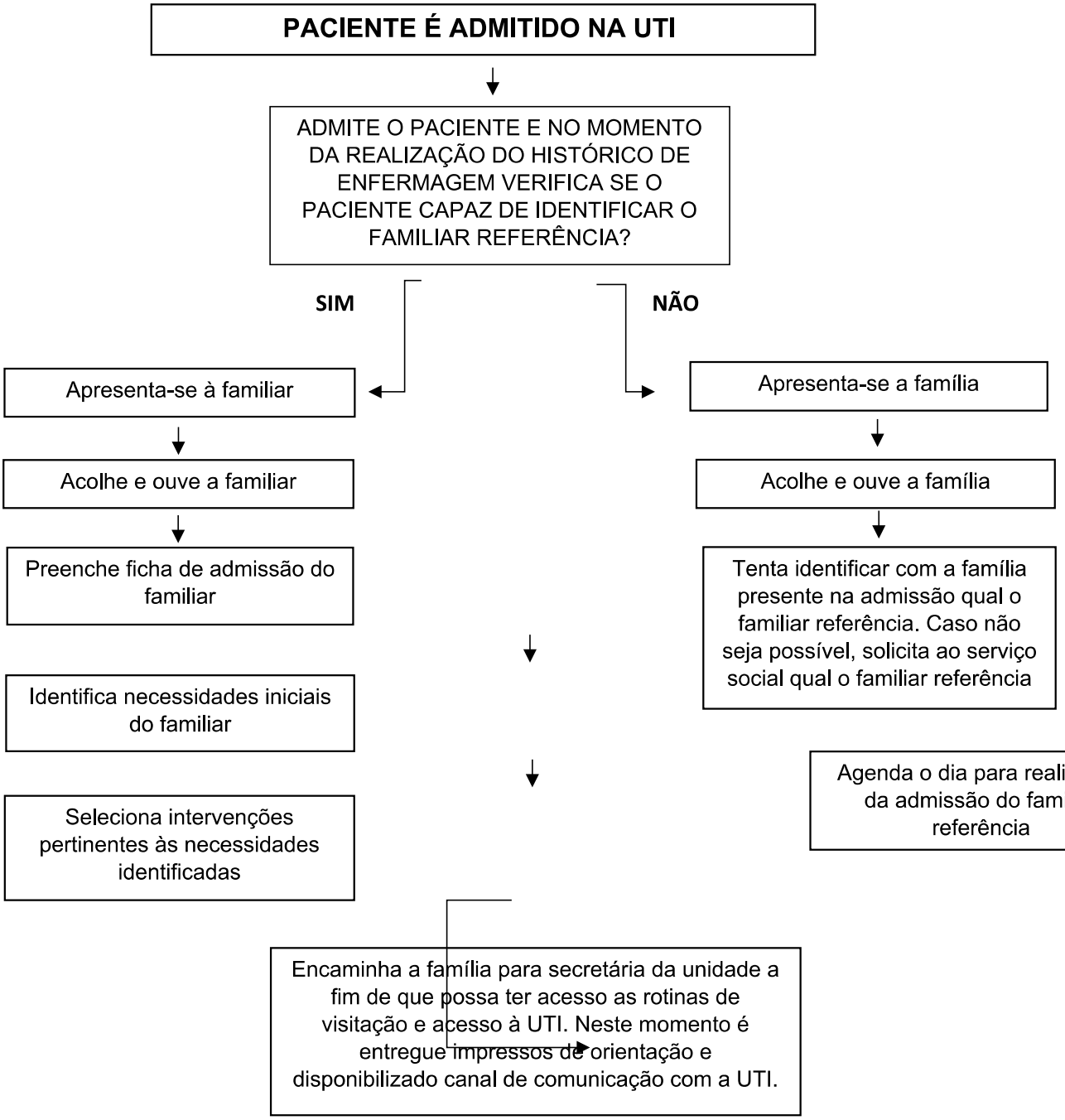
19. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	ELABORAÇÃO/REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1.0	Vanessa Sena de Almeida Profª Drª Karla de Melo Batista (UFES) Profª Drª Aquila Lopes Gouveia (HCFMUSP) Profª. Drª Maria Edla de Oliveira Brinquente (UFES) Profª Drª Leila Massaroni (UFES)	01/12/2022	Se Revisão: Descrever breve resumo do que foi modificado.

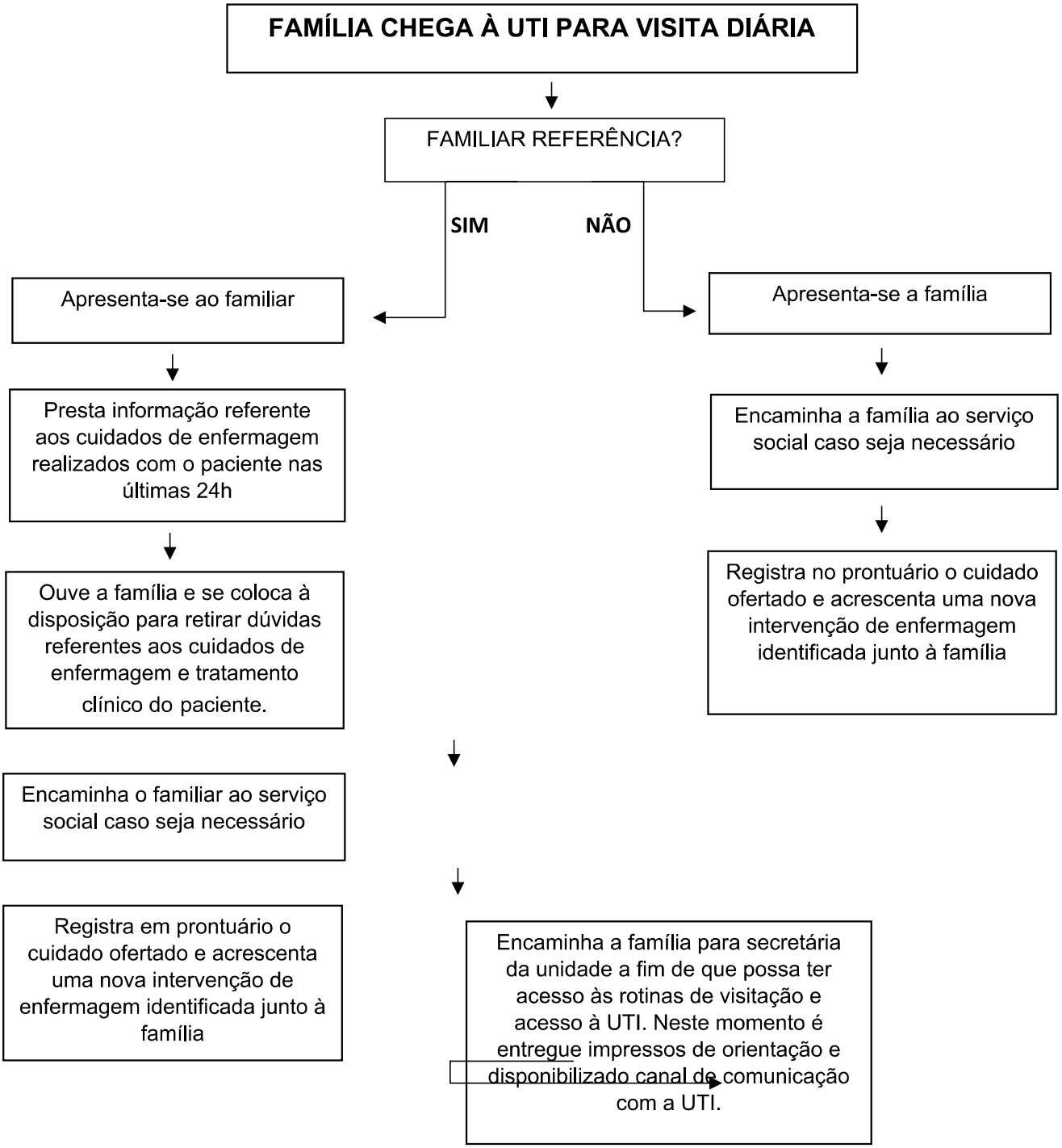
Vanessa Sena de Almeida Profª Drª Karla de Melo Batista (UFES) Profª Drª Aquila Lopes Gouveia (HCFMUSP) Profª. Drª Maria Edla de Oliveira Brinquente (UFES) Profª Drª Leila Massaroni (UFES)	**Data: 01/12/2022**
Análise (Chefe do setor/Unidade) XXX **Chefe do Setor XXX**	**Data: ___/___/_____**
Validação XXX	**Data: ___/___/_____**
Aprovação (Nome, função, assinatura das Gerências Envolvidas) XXX	**Data: ___/___/_____**

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

APÊNDICE A- FLUXOGRAMA DE ADMISSÃO DA FAMÍLIA NA UTI ADULTO



APÊNDICE B- FLUXOGRAMA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DIÁRIO À FAMÍLIA NA UTI ADULTO



APÊNDICE C- FICHA DE ADMISSÃO DO FAMILIAR REFERÊNCIA NA UTI

FICHA DE ADMISSÃO DO FAMILIAR REFERÊNCIA NA UTI

NOME:

SEXO:

DADE:

ESTADO CIVIL:

TELEFONE:

ENDEREÇO:

ESCOLARIDADE/ANOS DE ESTUDO:

OCUPAÇÃO:

RELIGIÃO:

PROBLEMAS DE SAÚDE? ( ) SIM NÃO ( ) QUAIS? _____

VÍNCULO COM O PACIENTE:

CONSEGUE REALIZAR VISITA NO HORÁRIO DA INSTITUIÇÃO? ( ) SIM ( ) NÃO

TEM DISPONILIBILIDADE PARA VISITA ESTENDIDA? ( ) SIM ( ) NÃO

NECESSIDADES DA FAMÍLIA-

INTERVENÇÕES PROPOSTAS-

OBSERVAÇÕES:

DATA:

ENFº RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

APÊNDICE D- QUADRO 4: NECESSIDADES DOS FAMILIARES E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

NECESSIDADES	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO CONCEITO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
1 - Informação	Segundo o dicionário Houaiss, o termo informação tem entre outras acepções, as seguintes: a) comunicação ou recepção de um conhecimento ou juízo; b) o conhecimento obtido por meio de investigação ou instrução; esclarecimento, explicação, indicação, comunicação, informe; (DICIONARIO FIOCRUZ, 2021). Processo pelo qual os profissionais de saúde comunicam e compartilham informações completas e imparciais com pacientes e familiares de maneiras afirmativas e úteis. Pacientes e familiares recebem informações oportunas, completas e precisas para participarem efetivamente do cuidado e da tomada de decisões (IPFCC, 2020). Ao desenvolver o processo de passagem de informações alguns aspectos precisam ser levados em considerações: quem recebe a informação, quais informações serão fornecidas e qual o entendimento foi alcançado? A seguir, lançar mão de metodologia além da linguagem verbal. Pode-se utilizar: cartilhas, panfletos, meios disponíveis na mídia. Observando qual o método para cada receptor.	**- Fornecer informações de forma clara e concisa;** **- Adequar a linguagem conforme grau de entendimento do familiar;** **- Desenvolver ou utilizar material didático/informativo disponível na unidade;** Compreender o que se passa com seu familiar permite que ele tenha melhor adaptação e se prepare para os acontecimentos futuros. O modo como são acolhidos e como lhes é transmitida a informação lhes permite encontrar tranquilidade junto a equipe de saúde (MENDES, 2016).
2 - Apoio/suporte emocional	Tudo que serve para amparar, firmar, sustentar; arrimo, esteio, fundamento; Proteção ou ajuda que uma pessoa dá a outra; amparo, auxílio, socorro (MICHAELIS, ONLINE). Acompanhamento psicológico na tentativa de amenizar o sofrimento, a angústia e a solidão no momento de intenso desgaste emocional (FERREIRA; MENDES, 2013).	**- Certificar-se que o ambiente deve permanecer limpo, livre de barulho;** **- Promover privacidade;** **-Manter o familiar informado acerca do suporte social que a instituição oferece; INCLUIR** **- Realizar escuta ativa;** Os programas de educação da família devem ser incluídos como parte do atendimento, uma vez que esses programas demonstraram efeitos benéficos para a família, reduzindo a ansiedade, depressão, estresse pós-

		traumático, enquanto melhora a satisfação com o cuidado (DAVIDSON *et al.,* 2017; MOERSCHBERGER, ZIMATH, 2017).
3 - Segurança	Condição marcada por uma sensação de paz e tranquilidade; Condição ou estado do que está livre de danos ou riscos (MICHAELLIS ONLINE, 2021). Constitui o domínio 11 da NANDA, e consiste em estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; preservação contra perdas; proteção da segurança e da ausência de perigos (NANDA, 2020).	**- Informar para a família acerca do tratamento prestado e quais medidas adotadas para assegurar o melhor tratamento do paciente;** A segurança representa o conforto relacionado com a confiança dos familiares na competência técnico-científica da equipe de saúde, bem como com a competência humanista dos profissionais da instituição hospitalar (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2015).
4 - Flexibilização do horário de visita/aumento do tempo de visita	Pode ser alcançado quando um processo estruturado e baseado no perfil do paciente e da estrutura física e de recursos humanos da instituição. A progressiva flexibilização dos horários de visitação em UTIs ao redor do mundo tem se demonstrado segura e benéfica tanto para pacientes como para seus familiares. Diversos hospitais brasileiros já aderiram ao modelo de visitação familiar ampliada com o objetivo de tornar o atendimento mais humanizado e centrado nas necessidades do paciente e sua família (HOSPITAL MOINHO DE VENTOS, 2021). A visita ampliada deve ser organizada em cada unidade conforme as particularidades do serviço, levando em consideração a opinião dos profissionais do setor visando elaborar estratégias para manter a organização da rotina na unidade e não sobrecarregar o trabalho dos servidores (GABARRA; FERREIRA; LOMBARDI, 2020). O projeto "Visita aberta" promove acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio (PNHOSP,2013). A Após implementação do projeto de visita ampliada observou-se que as famílias demonstraram alívio dos sintomas de	**- Flexibilizar os horários de visita conforme estrutura do serviço;** **- Informar através de guias e folhetos e/ ou cartaz os casos que enquadram nos critérios estabelecidos previamente para flexibilização do horário e visita estendida;** A maior presença da família favorece alguns eixos de melhoria, entre eles a maior participação da família nos cuidados ao paciente (AMIB, 2019).

	ansiedade, e o aumento da segurança e confiança na equipe proporcionados pela proximidade de contato e possibilidade de obter informações recorrentes acerca do paciente (GABARRA; FERREIRA; LOMBARDI, 2020). O processo de inserção da família com horário de visita maior que o de rotina necessita de uma mudança de estrutura física e cultural junto aos recursos humanos. O passo que for dado com esse objetivo já se torna um ganho para o binômio família- paciente.	
5 - Conforto	Bem-estar; comodidade material; aconchego (MICHAELLI ONLINE, 2021). Quando a sensação de bem-estar é perdida, assim como prevê o diagnóstico de conforto prejudicado que pode ser aplicado a um indivíduo com controle situacional insuficiente, privacidade insuficiente e recursos insuficientes, tudo isso evidenciado por descontentamento com a situação individual, incapacidade de relaxar e alteração no padrão de sono. Poderia ser também adequado a um indivíduo com recursos insuficientes para combater o problema que enfrenta, e que passa por sintomas de sofrimento, medo, ansiedade (NANDA, 2020).	**- Acolher os familiares desde admissão;** **- Promover um espaço reservado para dar notícias e passagem de informações;** O conforto está relacionado à infraestrutura hospitalar em termos de espaço físico para acomodação e atendimento das necessidades dos familiares no hospital, à flexibilização das normas e rotinas hospitalares em função das demandas da família, especialmente as relacionadas à visita e ao acesso a informações para a família ficar ciente sobre a condição de saúde de seu membro (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2015). Em relação aos profissionais de saúde, a família percebe que o conforto advém da relação terapêutica construída, no acolhimento caloroso, na tranquilidade transmitida e no acompanhamento contínuo (MENDES, 2019).
6 - Comunicação	Ato que envolve a transmissão e a recepção de mensagens entre o transmissor e o receptor, através da linguagem oral, escrita ou gestual, por meio de sistemas convencionados de signos e símbolos (MICHAELLI ONLINE, 2021). Resultado de um grande estudo sobre a família no contexto da hospitalização, indicou a importância atribuída pelos familiares de pacientes à comunicação estabelecida com a	**- Promover a comunicação entre a família-paciente-equipe de saúde;** **- Promover espaço físico adequado para a passagem das informações à família;** **- Criar e instituir protocolo e rotina de para passagem de informações à família;**

	equipe de saúde, o que representa um ponto que deve ser considerado pelos profissionais que atuam no ambiente hospitalar (AZEVEDO; CREPALDI; MORE, 2016). A comunicação pode acontecer de forma verbal e não-verbal e é considerado um fator essencial no estabelecimento de relações interpessoais. Inicialmente o relacionamento pode ser bilateral, posteriormente, como as necessidades do paciente são abordadas, passa envolver diversos indivíduos, entre eles o médico, outros profissionais de saúde e a família (HORTA, 2011).	**- Ofertar canal de comunicação em horários amplos a fim de que a família tenha disponível sempre que necessário informações sobre o paciente;** Comunicar é o meio de transmitir informações, e comunicação no processo de humanização se refere ao processo de relação dos envolvidos na relação saúde-doença (FREITAS, 2018). Uma comunicação efetiva entre as equipes estabelece objetivos comuns a serem atingidos e auxilia na participação do paciente e família diante das estratégias traçadas. Manter as famílias envolvidas com essa demanda indicará uma assistência eficiente e transparente (BATISTA; NEVES,2017). ,
7 - Acesso aos recursos humanos	Os familiares buscam a interação entre si e com os membros da equipe assistencial pata ter consciência da situação atual e se preparar progressivamente o futuro (MENDES, 2019).	**- Facilitar o acesso aos recursos humanos responsáveis pelos cuidados aos pacientes;** **- Apresentar-se diariamente à família;** O bom relacionamento entre a equipe, o paciente e a família contribuem para avaliação positiva para a situação vivida (NUNES, 2017).
8 - Necessidades culturais e espirituais	Direito a receber visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros (BRASIL, 2012). Refere-se ao respeito, compreensão e aceitação das atitudes, valores e crenças dos familiares dos pacientes internados (BEER; BRYSIEWICZ, 2019).	- **Conhecer os aspectos culturais e espirituais de cada família;** **- Permitir conforme norma institucional a entrada de objetos que sejam significativos para exercício da crença religiosa do paciente e família;** É imprescindível que o

		profissional enfermeiro esteja sensível às diferenças sociais e às variadas culturas dos familiares, pois elas reproduzem o funcionamento e a saúde da família (CHAVES *et al.,* 2017).
9 - Sala de espera	As famílias que se encontram na sala de espera da UTI estão passando por uma série de experiências negativas, como desespero, angústia, tristeza, necessitando de um cuidado holístico e humanizado (RODRIGUEZ; VELANDIA; LEIVA, 2016). Dentre o processo de trabalho dos profissionais da unidade de terapia intensiva está a promoção de ambiência acolhedora (BRASIL, 2010); pode-se inferir que a sala de espera vai além da estrutura física, requer dos profissionais acolhimento com a oportunidade de promover um momento para repasse de informações, escuta de dúvidas e expectativas dos familiares.	**- Dispor de organização e programação para a sala de espera junto aos familiares;** **- Realizar acolhimento;** Enquanto estrutura física é o local destinado ao acolhimento dos familiares que aguardam informações ou são preparados para o momento da visita do ente querido (FREITAS, 2018); Estudo realizado por Schimidt *et al.,* 2018 constatou a necessidade de investimento na realização de salas de espera e grupos de convivência com familiares, para que eles possam compartilhar experiências e angústia, se revelando como um sistema de cooperação que propicia apoio necessário ao familiar para superar as dificuldades do processo de internação e aproximar os familiares dos profissionais.
10 - Envolvimento no cuidado ao paciente	Os familiares, acompanhantes e o próprio paciente devem participar de sua assistência, estando cientes de seus direitos e deveres como usuário dos serviços de saúde; compreendendo os riscos associados com a assistência; escolhendo o profissional de saúde devidamente especializado; prestando informações corretas sobre sua saúde; e uma vez aceito o tratamento, seguindo as instruções dos profissionais e participando das decisões de assistência e terapêuticas (BRASIL, 2017). Incentivo à participação da família na atenção ao paciente, quando pertinente (BRASIL, 2010).	**- Informar a família a opção de participar dos cuidados aos pacientes;** **-Acolher a família nos cuidados ao paciente no nível que lhe for desejável;** **- Orientar a família acerca dos cuidados que ela pode desenvolver/colaborar;** Incentivar os familiares como parceiros críticos e ativos nas práticas junto aos profissionais de saúde, no sentido de garantir a execução de práticas seguras, vem se mostrando

		como uma estratégia importante e promissora para promoção da saúde e segurança do paciente (SOUSA *et al.*, 2017). A família facilmente começa a conhecer detalhadamente o paciente e percebe quanto pode ser útil reconhecendo as enfermeiras com as quais mantém um diálogo rico e saudável (MENDES, 2019).
11 - Apoio/ Suporte informativo	Refere-se a todo aparato informativo que a família precisa ter acesso durante a internação na unidade. Vai desde as informações transmitidas verbalmente até todos os recursos materiais utilizados. O desconhecimento dos visitantes sobre os materiais e equipamentos é fator presente, porém desconhecer a função e utilidade desses equipamentos e materiais não significou que os familiares ignorassem a presença destes aparelhos (SANTOS, 2016).	**- Fornecer apoio e suporte informativo através de cartazes, folders, cartilhas, murais e outros dispositivos disponíveis no setor;** É natural a família necessitar de informações, assim se torna fundamental o conteúdo da informação, a forma como foi transmitida, assim como, a quantidade e pertinência (MENDES, 2016).
12 - Orientação	Conforme legislação específica, todos os profissionais que atuam na unidade de cuidados intensivos devem fornecer orientações aos familiares e aos pacientes, quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta (BRASIL, 2010). Refere-se a troca de dados ou fatos necessários sobre o estado de saúde do doente, proporcionando aumento do conhecimento entre profissionais de saúde e familiares. Pode ser ofertado de diversas formas, panfleto, cartilha, site, aplicativo de mensagens. Quando os familiares recebem informações sobre o estado do doente, tratamento, prognóstico ou resultado, os seus conhecimentos aumentam, permitindo para melhor lidar com a doença crítica de um ente querido. O conhecimento sobre o ambiente tecnológico da unidade de terapia intensiva também faz parte da troca de conhecimentos (BEER; BRYSIEWICZ, 2019).	**- Fornecer orientações sobre a UTI e rotinas para os familiares desde a admissão até alta;** **- Informar quais cuidados de enfermagem estão sendo realizados diariamente;** Todos as pacientes têm direito a informação de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseados nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento com direito a recusa, atestado na presença de testemunha" (Art. IX da Carta dos direitos dos usuários do SUS, 2012). Conhecer a percepção da família sobre a assistência de enfermagem é essencial para que ocorram ações mais acolhedoras que auxiliem esses

		familiares no enfrentamento da hospitalização de um familiar na UTI (TAVARES, 2018).
13 - Atualização constante sobre o diagnóstico, tratamentos, prognóstico, estado clínico do paciente.	Está entre os direitos dos usuários do SUS, receber informações claras, objetivas, completas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, hipóteses diagnósticas, exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive seus benefícios e riscos, urgência, duração e alternativas de solução (BRASIL, 2017).	**- Informar periodicamente a família sobre os cuidados de enfermagem que estão sendo implementados;** **- Retirar dúvidas ou solicitar ao profissional médico os esclarecimentos de dúvidas dos familiares;** Os familiares reconhecem ter conhecimento e estar ciente do prognóstico e dos resultados esperados tem ajudado significativamente a se situar no cotidiano e adquiri confiança (MENDES, 2019).
14 - Esclarecimento sobre assistência prestada	Refere-se a troca de dados ou fatos necessários sobre o estado de saúde do doente, proporcionando aumento do conhecimento entre profissionais de saúde e familiares. Pode ser ofertado de diversas formas, panfleto, cartilha, site, aplicativo de mensagens. Quando os familiares recebem informações sobre o estado do doente, tratamento, prognóstico ou resultado, os seus conhecimentos aumentam, permitindo para melhor lidar com a doença crítica de um ente querido. O conhecimento sobre o ambiente tecnológico da unidade de terapia intensiva também faz parte da troca de conhecimentos (BEER; BRYSIEWICZ, 2019).	**- Informar quais cuidados de enfermagem estão sendo realizados diariamente;** Conhecer a percepção da família sobre a assistência de enfermagem é essencial para que ocorram ações mais acolhedoras que auxiliem esses familiares no enfrentamento da hospitalização de um familiar na UTI (TAVARES, 2018).

Este produto segue registrado sob o número 712145893.

5.4 PRODUTO 4

PLANTA FÍSICA

Título: PLANTA BAIXA – PROPOSTA DE SALA DE ESPERA UTI ADULTO

Equipe técnica: Vanessa Sena de Almeida, Profa. Dra. Karla de Melo Batista; Profa. Dra. Leila Massaroni, Profa. Dra. Maria Elda de Oliveira Bringuente, Profa. Dra. Áquila Lopes Gouvea.

Introdução: No campo da arquitetura hospitalar, é possível conhecer a complexidade do funcionamento de um hospital e propor soluções que atendam às necessidades técnicas e de humanização, ou seja, o edifício construído precisa ser flexível e expansível para atender a todas as demandas das inovações tecnológicas e, sobretudo, ser mais humano. Nesse contexto, o conforto ambiental tem primazia, devido à sua grande influência nos processos de cura dos pacientes internados (MARTINS, 2004).

Descrição do produto: Trata-se de uma planta física de um projeto de ambiência da sala de espera da UTI fundamentado na filosofia do Cuidado Centrado na Família, e na Política Nacional de Humanização. A planta foi projetada levando-se em consideração a necessidade de um espaço favorável para melhorar o cuidado à família dos pacientes internados em UTI. Os itens quem compõem a planta foram inspirados nas necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI, avaliados após realização de uma revisão integrativa de literatura que identificou as necessidades dos familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva.

Tipo e natureza da produção técnica: Processo, Tecnologia e Produto/ Material não Patenteável

Meio de divulgação: (x) impresso ( ) meio magnético ( ) meio digital ( ) filme ( ) hipertexto ( ) outro

Finalidade do produto: Proporcionar um ambiente mais privativo e confortável para as práticas de cuidado de enfermagem e multiprofissional às famílias dos pacientes internados em UTI, assim como fortalecer à prática da sala de espera junto a esses familiares.

Contribuições e possíveis impactos à prática profissional: A planta ou projeto de ambiência foi elaborado para servir de base para a construção da sala de espera da UTIA do hospital em estudo, já que a instituição já informou que realizará obra de reforma da unidade em funcionamento atualmente. Além desse benefício, proporcionar ambiente confortável e humanizado para pacientes, famílias e profissionais de saúde.

Registro do produto: Junto ao setor de qualidade e infraestrutura do hospital

Para entender à necessidade do projeto proposto, partiremos do conceito de Ambiência na saúde, que compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para atenção acolhedora, resolutiva e humana (BVS, 2009). Ultrapassa a composição técnica, simples e formal dos ambientes, considerando as situações que são construídas, em determinados espaços e em determinado tempo, e vivenciadas por um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais (BRASIL, 2010).

A PNH tem como uma das suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Partindo-se da ideia de transversalidade e indissociabilidade do cuidado e da gestão, de projetos cogeridos de ambiência como um dispositivo capaz de contribuir com mudanças também nas relações de trabalho (BVS, 2009).

Essa compreensão de ambiência como diretriz é norteada por três eixos principais relacionados ao espaço (BRASIL, 2010), descritos a seguir.

1. Espaço que visa confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários), que valorize os elementos do ambiente que interagem com as pessoas (cor, cheiro, som, iluminação) e garantia de conforto a todos.
2. Espaço que possibilita produções entre as pessoas, por meio de ação e reflexão sobre processos de trabalho.
3. Espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, e ao atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

A arquitetura na saúde contribui para a efetivação dessa diretriz ao projetar salas multifuncionais ou espaços que sejam contíguos e agrupados, em vez de apenas compartimentos com usos específicos que consolidam verdadeiros feudos nos espaços de saúde – a fragmentação do trabalho refletida na fragmentação do espaço (BRASIL, 2010).

Os fatores físicos que influenciam na humanização não podem deixar de serem observados. Boa sinalização, projeto paisagístico competente e esperas bem dimensionadas são essenciais para utilização funcional e correta dos espaços. As características específicas dos usuários dos ambientes estão ligadas, principalmente, à morbidade que possuem, ao seu estado psicológico e faixa etária. O profissional que planeja os espaços de saúde não pode deixar de considerar essas particularidades, procurando criar locais que garantam o relaxamento e o entretenimento (CARVALHO, 2014).

Portanto, a humanização dos espaços para a saúde significa fazer boa arquitetura, eficiente, bela e agradável. O bem-estar da pessoa deve estar em cada traço do arquiteto, reconhecendo que, quando se está mais frágil, a sensibilidade aumenta, juntamente com a necessidade de apoio, compreensão e ambientes dignamente projetados (CARVALHO, 2014).

Assim, o hospital do futuro, além de viabilidade econômico-financeira, deve atender aos requisitos de: expansibilidade, eficiência e, sobretudo, humanização. Nesse ponto, o conforto ambiental tem grande influência. Cada usuário requer condições ambientais especificas de qualidade do ambiente para o seu bem-estar (MARTINS, 2004). É necessário conhecer as características da população que irá utilizar o espaço e as atividades predominantes que essa população vai desenvolver, de forma a projetar o ambiente adequado (VASCONCELOS, 2004).

Os pacientes obtêm benefícios para seu estado físico e emocional a partir do contato frequente ou prolongado com a família, amigos e até mesmo quando fazem parte de um sistema que proporciona suporte social. O ambiente interior de um hospital pode ou não favorecer a esse tipo de suporte. Quando confortável, aconchegante, com a mobília organizada, promove a interação social e flexível de forma a possibilitar o rearranjo para grupos menores, o ambiente pode aumentar a interação entre

pacientes, familiares e pacientes-pacientes aumentando o suporte social (VASCONCELOS, 2004).

O papel da família na recuperação do doente é tão importante quanto o da própria equipe de saúde e, como se trata de visitantes, estes devem levar a melhor impressão do ambiente e tratamento dispensado (CARVALHO, 2014).

Nos dias atuais, o ambiente da UTI tem evoluído a fim de proporcionar descontração e bem-estar, fazendo deixar de existir salões fechados e dando lugar a áreas iluminadas naturalmente, se possível com janelas abrindo para visuais agradáveis, proporcionando aos usuários conscientes, acompanhantes e funcionários a observação natural das fases do dia, diminuindo a sensação de prisão e isolamento (CARVALHO, 2014).

Em relação ao manejo da cor, é preciso ressaltar seu significado. A cor é uma onda luminosa, um raio de luz branca que atravessa nossos olhos. É ainda uma produção de nosso cérebro, uma sensação visual, como se nós estivéssemos assistindo a uma gama de cores que se apresentasse aos nossos olhos, a todo instante, esculpida na natureza à nossa frente. Os olhos, portanto, são nossa “máquina fotográfica”, com a objetiva sempre pronta a impressionar um filme invisível em nosso cérebro. Se abrirmos conscientemente os olhos ao mundo que nos rodeia, veremos que vivemos mergulhados num cromatismo intenso (FARINA; PEREZ; BASTOS 2011).

A cromoterapia é um método que utiliza de cores com o objetivo de harmonizar o corpo, atuando em todos os seus níveis. Cada cor possui vibração específica e uma capacidade terapêutica que auxilia e promove saúde e o bem-estar de forma holística. A cromoterapia é reconhecida pela OMS como terapia complementar desde 1976 (IOP, 2023).

As cores influenciam o ser humano, e seus efeitos têm caráter tanto fisiológico como psicológico. Elas conseguem intervir em nossa vida, criando alegria ou tristeza, exaltação ou depressão, atividade ou passividade, calor ou frio, equilíbrio ou desequilíbrio, ordem ou desordem. Podem assumir sensações positivas ou negativas (FARINA; PEREZ; BASTOS, 2011). Daí a importância de uma seleção criteriosa ao ser utilizada, bem como sua adequação com o quesito luminosidade.

Quanto à iluminação, quando artificial, indispensável na maioria dos ambientes hospitalares, também influencia o equilíbrio fisiológico e psicológico dos usuários. Assim, um erro dispensável deve ser evitado ao pensar na iluminação depois da seleção das cores e dos materiais (MARTINS, 2004).

Em uma UTI, é essencial a existência de uma sala de entrevistas, na qual os profissionais de saúde possam conversar com acompanhantes, informando sobre a situação do doente, o que pode levar a estados emotivos delicados. Seu acesso deve permitir a privacidade do procedimento. Pequenos detalhes ambientais podem significar fatores de mudança de estado de ânimo, tanto de pacientes quanto acompanhantes e pessoal, influenciando diretamente na recuperação da saúde e bem-estar de todos os envolvidos (CARVALHO, 2014).

Alguns exemplos de estratégias de projetos que podem incentivar suporte social são: - acomodações confortáveis para familiares passarem a noite; - áreas de espera para visitantes com assentos móveis que permitam familiares e amigos de pacientes a se reunirem em grupo; - jardins externos ou locais de encontro que estimulem a interação social entre pacientes e visitantes e entre pacientes e outros pacientes; e - ambientes menores, com mobília confortável e arranjos flexíveis para as salas de visita e os quartos dos pacientes, evitando cadeiras lado a lado, encostadas às paredes ou fixas, pois elas reduzem a interação social (VASCONCELOS, 2004).

Com o projeto de ambiência desenvolvido, traduzi, através da planta física da sala de espera da UTI, como foi pensando o espaço para melhor atender às necessidades voltadas para conforto, privacidade, comunicação, orientação e sala de espera, bem como a flexibilização do horário de visita, o seu aumento, identificadas por meio de uma revisão integrativa de literatura.

Os itens para compor a sala foram os seguintes:

-Cadeiras ou sofá
-Bebedouro
-TV
-Quadro de avisos
-Oratório
-Ar-condicionado ou janelas

-Cores claras- paredes e mobiliário
-Telefone
-Revistas e livros
-Banheiro com acessibilidade
-Mesa pequena para reuniões
-Armário para pertences dos familiares

As cadeiras ou sofá precisam ser em número suficiente para acomodar pelo menos um visitante por familiar. Por se tratar de uma unidade composta por 16 leitos, ou sejam, uma unidade grande, não era viável a colocação de um número maior de cadeiras. Foi reservado um espaço também para que algum visitante que utilizasse cadeira de rodas pudesse realizar sua visita. Nessa lógica, também foi idealizada a construção de um banheiro com acessibilidade.

O oratório tem ao fundo do púlpito um vidro que não permite que as pessoas que estão fora do oratório, na recepção, vejam as pessoas no seu interior, mas permite a quem está dentro dele visualizar algum outro familiar que chegue. À frente da pessoa que está dentro do oratório há uma vista do jardim, para que as pessoas vejam que fora daquele espaço existe um mundo externo, além do processo de doença. Os móveis são na cor madeira-lenha e MDF, para aproximar com o ambiente do domicílio, formando um ambiente no qual a sensação não seja de unidade hospitalar.

Há um closet para guarda de pertences, principalmente para os familiares em visita estendida, e um jardim vertical para trazer o verde, a vida e a esperança dos vegetais. Também há um quadro de avisos, a fim de fortalecer a necessidade comunicação e informação. Outros componentes são um bebedouro, uma TV, revistas e jornais para promover entretenimento e conforto durante período que se aguarda início da visita e retorno de algum profissional.

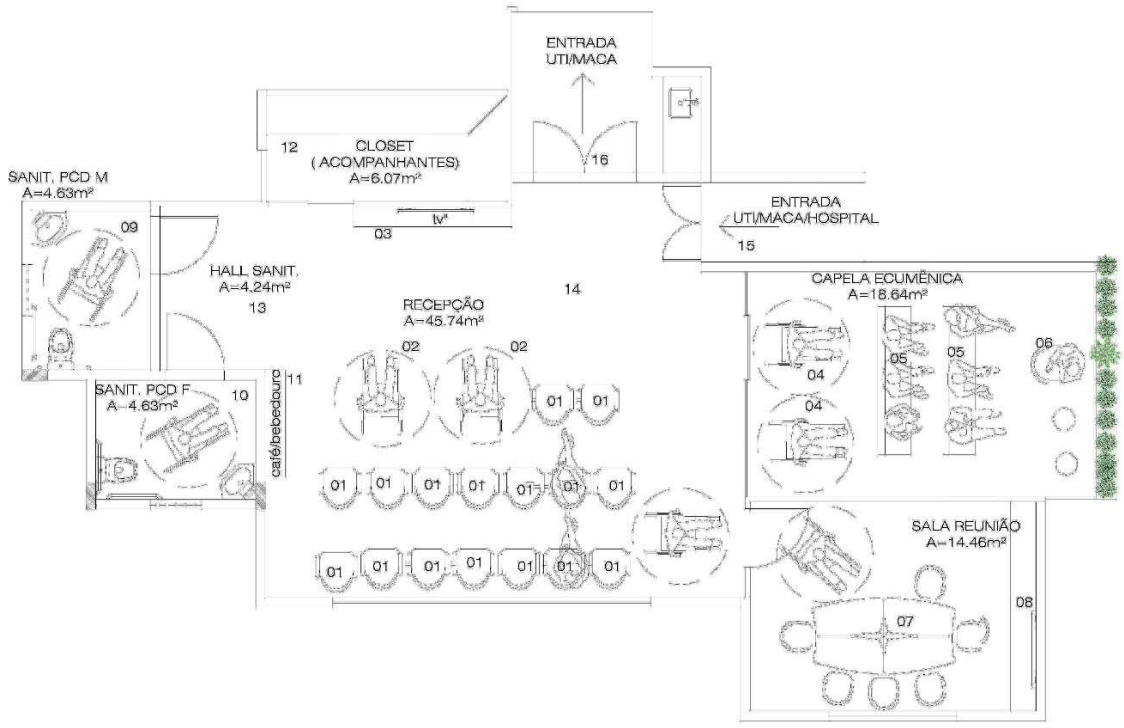
Quanto às cores utilizadas no piso: a cor lilás simboliza respeito, dignidade, devoção, piedade, sinceridade, espiritualidade, purificação e transformação; a cor azul ajuda a baixar a pressão arterial, acalma e traz clareza mental. Produz tranquilidade, ternura, afetuosidade, paz de espírito e segurança. Reduz o stress e a ansiedade, promovendo a saúde emocional. Favorece as atividades intelectuais e a meditação. Simboliza devoção, fé, aspirações elevadas, sinceridade, confiança e

tranquilidade. Já a cor bege é muito utilizada em ambientes, cortinas, tapetes, porque apesar de um tanto inerte, o bege promove a sensação de aconchego e conforto. O bege desperta e aquece.

O branco revela pureza, sinceridade e verdade; repele energias negativas e eleva as vibrações espirituais. Equilibra a aura e facilita o contato com os guias espirituais, promovendo o equilíbrio interior, a sensação de proteção. Também pode ser usado como coringa, para todos os propósitos, associando-se com eficiência com qualquer cor, remete a paz, sinceridade, pureza, verdade, inocência, calma. O verde traz paz, segurança, esperança em abundância e confiança e a cor rosa se relaciona também com o símbolo do coração. Expressa empatia e o companheirismo (SIGNIFICADO DAS CORES, 2023).

Todos esses são aspectos que estimulam a sensação de bem-estar, a aproximação com o ambiente da casa do paciente e familiar e que podem promover a comunicação e acolhimento e por essa razão foram utilizados para definição dos elementos para compor a sala de espera. A Figura 2 apresenta a planta baixa do projeto. As Figuras 3 a 15 mostram representações da maquete eletrônica feita para a proposta de projeto de ambiência da sala de espera para familiares dos pacientes internados na UTI.

Figura 2 - Planta baixa do projeto de sala de espera para familiares dos pacientes internados na UTI.



Fonte: Planta autoral feita em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas- (CAU-A255058-0). Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas- (CAU-A255058-0).

01 – 16 Cadeiras acompanhantes
02- 02 Espaços para acessibilidade
03- TV'' para informações
04- 02 Espaços para acessibilidade dentro do capela
05- Bancos para acompanhantes na capela
06- Púlpito dentro da capela
07- Mesa de reunião dentro da sala de reunião
08- Espaço para TV'' e informações
09- Sanitário PCD/acompanhantes Masculino
10- Sanitário PCD/acompanhantes Feminino
11- Espaço para café/bebedouro acompanhantes
12- Closet para colocar pertences dos acompanhantes
13- Hall de entrada para os sanitários
14- Recepção para acompanhantes e circulação em geral par aos espaços
15- Entrada dentro do hospital para UTI/MACA
16- Entrada para UTI/MACA

*PcD- Pessoa com Deficiência

Figura 3 – Interior do oratório com vista para a recepção.



Fonte: Maquete eletrônica feita pela autora em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas (CAU-A255058-0).

Figura 4 – Recepção com espaço para cadeirantes.



Fonte: Maquete eletrônica feita pela autora em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas (CAU-A255058-0).

Figura 5 – Recepção, outra vista.



Fonte: Maquete eletrônica feita pela autora em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas (CAU-A255058-0).

Figura 6 – Recepção, perspectiva mostrando vidro espelhado do oratório.



Fonte: Maquete eletrônica feita pela autora em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas (CAU-A255058-0).

Figura 7 – Recepção, outra perspectiva.



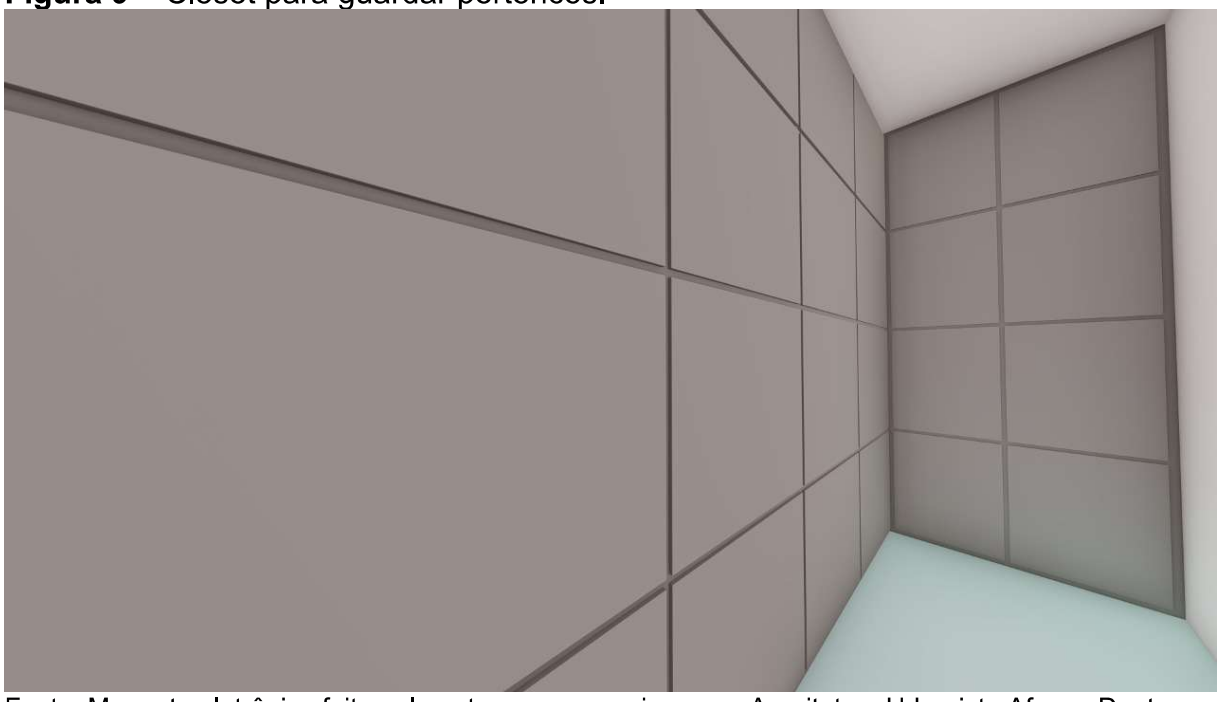
Fonte: Maquete eletrônica feita pela autora em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas (CAU-A255058-0).

Figura 8 – Sanitário para pessoa com deficiência masculino e feminino.



Fonte: Maquete eletrônica feita pela autora em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas (CAU-A255058-0).

Figura 9 – Closet para guardar pertences.



Fonte: Maquete eletrônica feita pela autora em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas (CAU-A255058-0).

Figura 10 – Sala de reuniões.



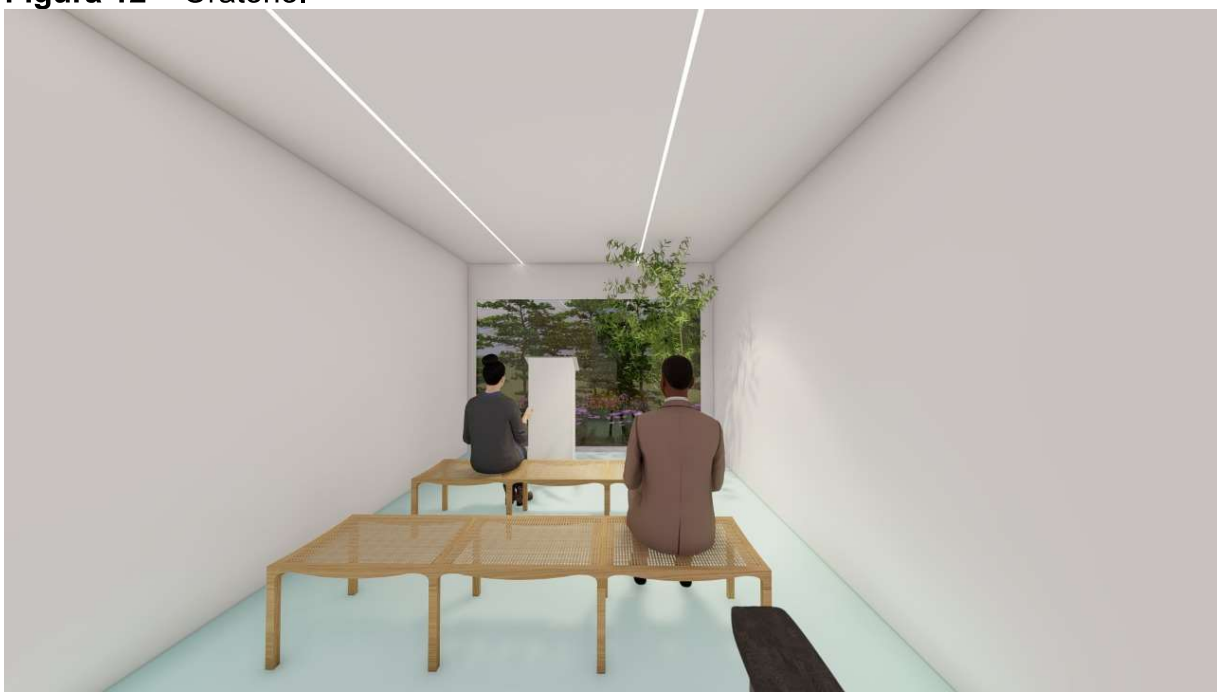
Fonte: Maquete eletrônica feita pela autora em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas (CAU-A255058-0).

Figura 11 – Sala de reuniões, outra perspectiva.



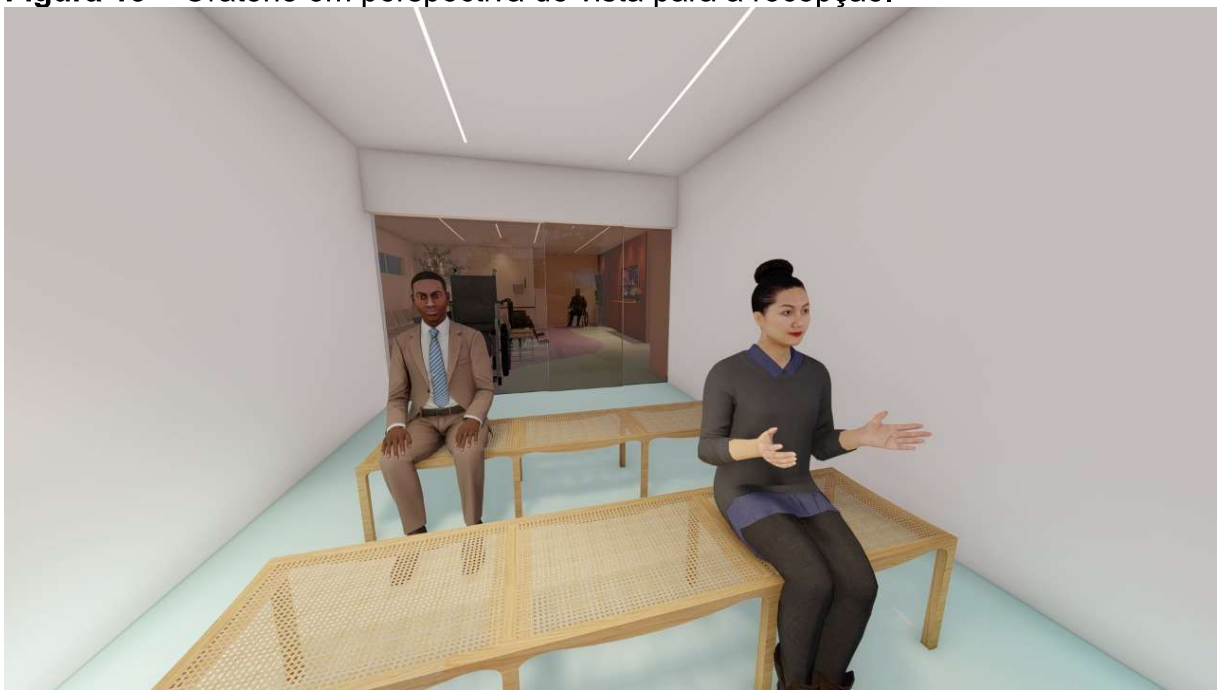
Fonte: Maquete eletrônica feita pela autora em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas (CAU-A255058-0).

Figura 12 – Oratório.



Fonte: Maquete eletrônica feita pela autora em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas (CAU-A255058-0).

Figura 13 – Oratório em perspectiva de vista para a recepção.



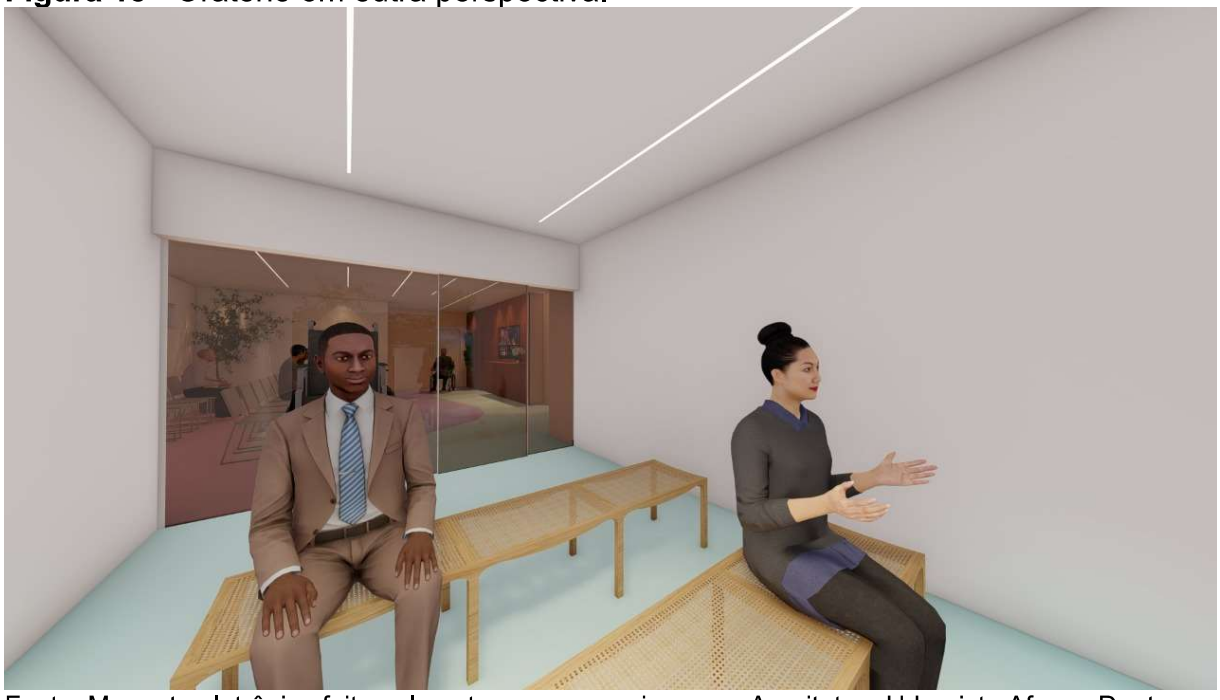
Fonte: Maquete eletrônica feita pela autora em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas (CAU-A255058-0).

Figura 14 – Oratório, destaque para vista exterior.



Fonte: Maquete eletrônica feita pela autora em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas (CAU-A255058-0).

Figura 15 - Oratório em outra perspectiva.



Fonte: Maquete eletrônica feita pela autora em parceria com o Arquiteto e Urbanista Afonso Dantas (CAU-A255058-0).

Este produto segue registrado sob o número 712145910.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização:** o que é, como implementar. Brasília, 2010.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **Ambiência**. Dicas em saúde. 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html>. Acesso em 14 de dezembro de 2022.

CARVALHO, A.P.A. **Introdução à arquitetura hospitalar**. Salvador: UFBA, FA, GEA-Hosp, 2014.

FARINA, M.; PEREZ, C.; BASTOS, D. **Psicodinâmica das cores em comunicação.** 6ª ed. São Paulo: Blucher, 2011.

IOP. Instituto de Oncologia do Paraná. **Cromoterapia:** como as cores ajudam a harmonizar o corpo. Disponível em: <https://iop.com.br/noticias/cromoterapia-como-as-cores-ajudam-a-harmonizar-o corpo>. Acesso em 19 de maio de 2023.

MARTINS, V.P. Humanização e o ambiente físico hospitalar. Congresso Nacional da ABDEH. IV Seminário de Engenharia Clínica. **Anais...** 2004.

SIGNIFICADO DAS CORES. **Significado do rosa.** Disponível em: https://www.significadodascores.com.br/significado-do-rosa.php. Acesso em: 17 de janeiro de 2023.

VASCONCELOS, R.T.B. **Humanização de ambientes hospitalares:** características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior. Dissertação (mestrado) Florianopólis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os familiares dos pacientes transferidos para unidade de cuidados intensivos sofrem alterações nas suas formas de organização familiar e experimentam sentimentos de medo, angústia e estresse nesse momento. Assim, passam a necessitar de cuidados para que esse período tenha menos impactos negativos sobre as suas vidas.

Conhecer as necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI é o ponto inicial para a criação de estratégias que sejam capazes de atendê-las. O cuidado oferecido pelo enfermeiro intensivista deve ser estendido ao familiar, já que os membros da família constituem uma extensão do paciente e são de grande importância no processo de recuperação do doente.

O emprego de tecnologias gerenciais fundamenta a prática e organiza a assistência, principalmente quando o processo de criação tem a participação dos executores do processo.

Além desta perspectiva, o presente trabalho nos chama a refletir como podemos implementar e fortalecer ações que promovam humanização na UTI e nas relações que criamos junto a pacientes e familiares? E quais recursos estamos utilizando para sistematizar o cuidado à família e incentivar sua presença na UTI?

O protocolo desenvolvido demonstrou o empenho dos enfermeiros em implementar melhorias ao cuidado dispensado ao familiar dos pacientes internados em UTI. Desse modo, faz-se necessário que a inserção da família na UTI faça parte de um projeto institucional que possibilitará aos profissionais condições necessárias para tanto.

A utilização do protocolo de cuidado de enfermagem visa fortalecer o vínculo família-UTI-profissional e oferecer ao enfermeiro uma ferramenta de trabalho de fácil

Assim, este trabalho pode ser utilizado como sugestão para estudos futuros de implementação, pois não foi possível aplicá-lo institucionalmente, devido às restrições impostas pela pandemia, já que, nesse período, a presença da família no ambiente hospitalar foi limitada.

REFERÊNCIAS

ALCON, L.G. et al. Os estressores do trabalho de enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Revista Científica Univiçosa**, vol. 8, n. 1, Viçosa, 2016.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. vol. 16, no. 7, July 2011.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLLUCI, M.Z.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 3, 2015, p. 925-936.

ALMUTAIR, A.S. et al. Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. **Nurse Critical Care**, vol. 19, n. 3, 2013, p. 135-144.

ALSHARARI, A.F. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. **Patient Prefer Adherence**. Vol. 13, 2019 Apr 2, p. 465-473. DOI: 10.2147/PPA.S197769. PMID: 31040650; PMCID: PMC6452792. 2019.

AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Grupo de Trabalhos de Certificação Projeto HU-CI. **Manual de boas práticas de humanização nas Unidades de Terapia Intensiva**: Projeto HU-CI, 2019. Disponível em: http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/. Acesso em 15 de novembro de 2021.

MICHAELIS ONLINE. **Apoio; Segurança; Proximidade.** Disponível em: https://treinamento24.com/library/lecture/read/19256-como-citar-dicionario-online-michaelis. Acesso em: 23 de outubro de 2021.

AU, S.S. et al. A multicenter observational study of family participation in ICU Rounds. **Critical Care Medicine**, vol. 20, n. 30, 2018, p. 1-8.

AZEVEDO, A.V.S.; CREPALDI, M.C.; MORE, C.L.O.O. A família no contexto da hospitalização: revisão sistemática. **Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro**, v. 16, n. 3, 2016, p. 772-799.

BARTH, A.A. et al. Estressores em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. Vol. 28, n. 3, 2016, p. 323-329.

BATISTA, M.A.O.; NEVES, M.N. Visita multidisciplinar a beira-leito. In: VIANA, R.A.P.P; TORRE, M. **Enfermagem em Terapia Intensiva:** práticas integrativas. Baureri: Manole, 2017.

BATISTA, V.C. et al. Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **J. res.: fundam. care**. Vol. 11, n. esp, 2019, p. 540-546.

BIONDI, R. **Florence Nightingale e a História da Medicina Intensiva**. Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2013. Disponível em: https://www.amib.org.br/historia/. Acesso em: 23 de setembro de 2021.

BORGES, F. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI- adulto de hospital universitário público. **Cogitare Enfermagem**, vol. 22, num. 2, e 50306, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 466 de 04 de junho de 1998**: Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivos e sua respectiva classificação. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 05 de junho de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.432 de 12 de agosto de 1998:** Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1998b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html. Acesso em 14 de novembro de 2021.

BRASIL. **Portaria n. 881 de 19 Jun. 2001**: Institui no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: 2001.

BRASIL. **Lei nº 11340**, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC N° 07 DE 24 de fevereiro de 2010**. Diário Oficial da União, DF: 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 2271 de 14 de fevereiro de 2020:** Define as unidades de terapia intensiva e unidade de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado. Diário Oficial da União, DF, 2020.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro. Portal de boas práticas. **Cuidado Centrado na Família**, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/cuidado-centrado-na-familia-ccf/> Acesso em: 10 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3990 de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 30 dez, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 06 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 895/2017**. Diário Oficial da União, D.F: 2017a.

BRASIL. Rede Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, 2017b. Disponível em: http://redehumanizasus.net/politica-naciona-de-humanização. Acesso em: 22 de novembro de 2020.

BRASIL. **Resolução Nº 466/ 2012**. Diário Oficial da União, D.F: 2012.

BRASIL. **Resolução nº 510/2016**. Diário Oficial da União, D.F: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização- Humaniza SUS.** Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus. Acesso em: 16 de maio de 2023.

BRINGUENTE, Maria Edla de Oliveira. **Estressores e sentimentos vivenciados por paciente**. Vitória: EDUFES, 2011.

BRILL, N.G. et al. Humanização do cuidado em unidade de terapia intensiva: potencialidades, desafios e estratégias. **Disciplinarum Scientia.** Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 21, n. 2, p. 113-125, 2020.

BRYSIEWICZ, P.; BEER, J. The needs of family members of intensive care unit patients: A grounded theory study. **South African Medical Journal**, vol. 32, n. 2, 2016, p. 44-49.

BRYSIEWICZ, P.; CHIPPS, J. A survey of next of kin needs of trauma patients admitted to Intensive Care Units in South Africa. **Intensive and Critical Care Nursing**, 2017.

BUCKLEY, P.; ADREWS, T., Intensive care nurses' knowledge of critical care Family needs. **Intensive Care Nurse.** Vol. 27, n. 5, 2011, p. 263-272.

BUENO, J.M.V. et al. Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingressados em Unidade de Cuidados Intensivos. **Med. Intensiva**. V. 42, n. 6, 2017, p. 337-345.

BUENO, J.M.V.; CALLE, G.H.L. Humanizing Intensive Care. From Theory to practice. **Crit Care Nurs Clin N**. vol. 32, 2020, p. 135-147.

CABETE, D.S.G. et al. Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. vol. IV, n. 20, 2019.

CAMPONOGARA, S. Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale. **Esc Anna Nery**, vol. 16, n. 1, jan-mar, 2012, p. 178-184.

CARNUT, L.; FAQUIM, Juliana. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **J Manag Prim Health Care**, vol. 5, n. 1, 2014, p. 62-70.

CARRIAS, F.M. S. Visita humanizada em uma unidade terapia intensiva: um olhar interdisciplinar. **Tempus, actas de saúde coletiva**, Brasília, vol. 11, n. 2, jan 2018, p. 103-112.

CHAVES, R.G.R. **Importância da família no processo de cuidados:** atitudes de enfermeiros no contexto da unidade de terapia intensiva. Dissertação [Mestrado]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2017.

CHAVES, RGR et al. Importância da família no processo de cuidados: atitudes de enfermeiros no contexto da terapia intensiva. **Rev enferm UFPE online**., Recife, vol. 11, n. 12, dec. 2017, p. 4989-98.

CLARK, A.P.; GUZZETA, C.E. A Paradigm Shift for Patient/Family-Centered Care in Intensive Care Units: Bring in the Family. **Critical Care Nurs,** Vol 37, No. 2, April 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. **Resolução COFEN nº564/2017**. Brasília. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Nota técnica sobre as Unidades de Terapia Intensiva**, 2020. Disponível em: URL to article: http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-tecnica-sobre-as-unidades-de-terapia-intensiva_77432.html. Acesso em 17 de novembro de 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358/2009**: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de

enfermagem. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

COOMBS, M. et al. Implementing the SCCM Family-Centered Care Guidelines in Critical Care Nursing Practice. **AACN**, vol. 28, n. 2, 2017.

CORRÊA et al. As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro de Unidade Neonatal. **Escola Anna Nery**, vol. 19, n. 4, out-dez 2015.

COSTA, S.O. Procedimentos de enfermagem e o cuidado centrado no paciente e na família. **Editora Senac**, 1ª edição, 2022.

CRUZ, A.C.; PEDREIRA, M.L.G. Cuidado Centrado no Paciente e Familia e Segurança do Paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente. **Rev. Bras de Enferm**, vol. 73, n. 6, 2020, e20190672.

DAVIDSON, J.; et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric and Adult Intensive Care Unit. **Critical Care Medicine**. Vol. 45, n. 8, Aug 2017, p. 1352–1358.

DAVIDSON, J.E.; ZIOOK, S. Implementing Family-Centered Care Through Facilitated Sensemaking. **AACN Advanced Critical Care**, Volume 28, Number 2, pp. 200-209, AACN 2017.

NANDA-I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I**: definições e classificação 2018-2020. GARCEZ, Regina Machado (Trad.). 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

DIAS, M.O. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica- O processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**, vol. 19, 2011, p. 139-156.

DICIONÁRIO de educação profissional em saúde. Rio de Janeiro. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, 2021. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes.html> Acesso em: 10 de setembro de 2021.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão de Qualidade**. Versão 03. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2022/anexos/manual_de_requisitos_do_pgquali_vf.pdf> Acesso em 06 de novembro de 2022.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Portaria SEI nº 23, 05 de novembro de 2018**. Boletim de serviço nº 488, 06 de novembro de 2018. Institui o Programa Ebserh Selo de Qualidade. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/boletim-de-

servico/sede/2018/boletim-de-servico-no-488-06-11-2018> Acesso em 06 de novembro de 2022.

FELIPIN, L.C.S et al. Cuidado centrado na família em unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica: visão do enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde,** vol. 17, n. 2, 2018.

FERREIRA, P.D.; MENDES, T. N. Família em UTI: a importância do Suporte Psicológico na iminência de morte. **Revista SBPH**, vol.16, n.1, Jun, 2013.

FIGUEIREDO, S. E. F.M.R.; BARBOSA, D.F.M.; RODRIGUES, W.T. S. Humanização no setor hospitalar: uma prática a ser revisada. **Cadernos de Publicações Univag**. n.08, 2018.

FREITAS, E. O. **Terapia intensiva:** práticas na atuação de enfermagem. São Paulo: Érica, 2018.

FREITAS, K.S.; MENEZES, I.G.; MUSSI, F.C. Validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde. 660 **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** vol. 23, n. 4, jul-ago 2015, p. 660-8 DOI: 10.1590/0104-1169.0180.2601.

GABARRA, L. M.; FERREIRA, C.L.B.; LOMBARDI, P.A. Implementação da Visita Familiar Ampliada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário. **VITALLE- Revista de Ciências da Saúde**, vol. 32, n. 2, 2020, p. 131-139. DOI: 10.14295/vittalle.v32i2.9686.

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos:** enfoque multiprofissional. São Paulo: Riedel, 2014.

GOMES, A.M. Desenvolvimento histórico da prática assistencial em cuidados intensivos no Brasil. In: VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y.; ZANEI, S.S.V. **Enfermagem em terapia intensiva**: práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed, 2020.

GUTIERREZ, K.M. Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit: supporting families at the end of life. **Critical Care Nursing Quarterly**. Vol. 35, n. 3, 2012, p. 299-313.

HABTAMU, K.; YEHALI, K.; GIZE, A. A phenomenological study on the lived experiences of families of ICU patients, Addis Ababa, Ethiopia. **PLoS ONE**, vol. 15, n. 12, 2020.

HENRICH, N. et al. Qualitative analysis of na intensive care unit family satisfaction survey. **Crit Care Med**, vol. 39, n. 5, 2011, p. 1000-5.

HLAHATSI, N.L. et al. Needs on the significant others of critically in patients in eleven intensive care units in foue private hospitais in Gauteng. **Professional Nursing Today,** Vol. 21, n. 23, 2017

HORTA, W. **Processo de Enfermagem**. 1ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011.

JACOB, M. et al. Needs of patients' Family members in an intensive care unit with continuous visitation. **Am J. Crit Care**, vol. 25, n. 2, 2016, p. 118-25.

JOLLEY, J.; SHIELDS, L. The Evolution of Family-Centered Care. **Journal of Pediatric Nursing**, vol. 24, n. 2, 2009.

KANG, J.; CHO, J.Y., CHOI, S. State anxiety, uncertainty in illness, and needs of family members of critically ill patients and their experiences with family-centered multidisciplinary rounds: A mixed model study. **PLoS One,** vol. 15, n. 6, 2020, e0234296.

KHALAILA, R. Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. **J. Adv. Nur**, vol. 69, n. 5, 2012, p. 1172-82.

KRAUZER, I. M. et al. A construção de protocolos assistenciais no trabalho de enfermagem. **REME- Revista Mineira de Enfermagem.** vol. 22, 2018, e-1087. Disponível em: http://reme.org.br/artigo/detalhes/1225. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

LENTISCK, M.H. et al. Needs of family members of patients with cardiovascular diseases under intensive care. **Rev. Rene.** Vol. 20, 2019, e40705.

LOPEZ, C.R.G.; RAMOS, E.S. Perceived Needs in Family Carengives of Adults Hospitalized in an Intensive Care Unit of a Private Health Providing Institution in Vilavicencio, Colombia. **Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo**, vol.16, n. 2, 2014, p. 81–94. DOI: 10.11144/Javeriana.IE16-2.pncf.

MALUF, C.A.D.; MALUF, A.C.R.F.D. **Curso de direito de família.** 3 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

MALUF, C.A.D.; MALUF, A.C.R.F.D. **Curso de direito de família.** 4 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

MANDETA, M.A.; M.M.F.G., BALIEIRO. A pandemia da COVID-19 e suas implicações para o cuidado centrado no paciente e família em unidade pediátrica hospitalar. **Rev Soc Bras Enferm Ped**. v.20, Especial COVID-19, p 77-84, 2020.

MARSHALL, J.C. et al. What is an Intensive Care Unit (ICU): A Report of the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine.

Journal of Critical Care. Vol. 37, feb 2017, p. 270-276. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.07.01.

MARTINEZ, M.E.D; AGUILAR, M.G.C. Diretrizes para admissão, triagem e alta. In: VIANA, R.A.P.P; TORRE, M. **Enfermagem em Terapia Intensiva:** práticas integrativas. Baureri: Manole, 2017.

MENDES, A.P. Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. **Texto e Contexto- Enfermagem.** vol. 25, n. 1, 2016.

MENDES, A.P. Transição saúde-doença crítica na família. Intervenção de enfermagem na experiência vivida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 72, n. 1, p. 163-170, 2019.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCC; GALVÃO, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MENEZES, P. **Família**: conceito, evolução e tipos. Disponível em: https://www.todamateria.com.br/familia-conceito-tipos/. Acesso em 11 de janeiro de 2023.

MESSIAS, A.A. et al. **Manual de Cuidados Paliativos.** São Paulo: Hospital Sírio Libanês/Ministério da Saúde, 2020.

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

MITCHEL, M. et al. The needs of families of trauma intensive care patients: A mixed methods study. **Intensive Critical Care Nurse**, vol. 50, 2019, p. 11-20.

MOERSCHBERGER, M.S.; ZIMATH, S.C. Necessidades e estressores vivenciados por familiares de pacientes politraumatizados internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista SBPH**, vol. 20, n. 1, Jun, 2017.

MOLTER, N.C.; LESKE, J.S. **Critical Care Family Needs Inventory**, 1983.

MOREIRA, T.M. et al. **Tecnologias para a promoção e o cuidado em saúde**. Fortaleza: EDUECE, 2018. Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/TECNOLOGIAS_PARA_A_PROMOCAO_E_O_CUIDADO_EM_SAUDE.pdf> Acesso em 17 de novembro de 2021.

NASCIMENTO, E.A. et al. As dificuldades da equipe de enfermagem frente à assistência humanizada na unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.1, p.17262-17272jan. 2021.

NETO, A.B.A. et al. Perception of relatives of patients admitted in Intensive Care Units with regard to the practice of Physical Therapy and identification of their needs. **Fisiot. Pesqui.** Vol. 19, n. 4, 2012, p. 332-338.

NEVES, J.L. et al. Avaliação da satisfação de familiares de pacientes atendidos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.** vol. 27, n. 2, 2018, e18000162018.

NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino Americana**. Vol. 13, n. 3, Jun 2005.

NUNES, M. E.P. Percepção de familiares sobre visitas a pacientes e regras em unidade de terapia intensiva. **Arquivo Ciência Saúde**, vol. 24, n. 3, 2017 jul-set, p. 84-88.

OLIVEIRA, I.R.S. et al. Uma síntese da evolução da legislação em unidade de terapia intensiva no Brasil. **Rev. Saberes, Rolim de Moura**, vol. 11, n. 1, Out 2019.

OTTO, S.C.; NUNES, T.N.; BRAGA, L.R.M. Quadro psicoeducativo: orientações a familiares em visita à Unidade de Terapia Intensiva. **Revista SBPH**, vol. 23, n. 2, 2020, p. 102-112.

PARK, M. et al. Patient and family centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. **International Journal of Nursing Studies.** Vol. 87, p. 69-83, November 2018.

PASSOS, S.S.S. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro. Vol. 23, n. 3, mai/jun 2015, p. 368-74.

PELAZZA, BB. Visita de Enfermagem e dúvidas manifestadas pela família em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, vol. 28, n. 1, 2015, p. 60-65.

PEREIRA, M.C.C., et al. Saberes e práticas do enfermeiro na unidade de terapia intensiva**. Rev enferm UFPE online**., Recife, vol. 13, n. 1, Jan 2019, p. 70-8.

PERES, M.A.A., et al. O modelo teórico de enfermagem de Florence Nightingale: uma transmissão de conhecimento. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. 42, n. esp, 2021.

PIMENTA, C.A. M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, D. **O que é família?** São Paulo: Brasiliense, 2017.

REIS, L. C. C.; GABARRA, L. M.; MORÉ, C.L.O.O. As repercussões do processo de internação em UTI Adulto na Perspectiva de Familiares. **Trends in Psychology/Temas em Psicologia**, Vol. 24, nº 3, 2016, p. 815-828.

RIBETTI, A.M.O. **Necessidades da família em cuidados paliativos:** Adaptação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory e a sua relação com a ansiedade, depressão e estresse. Dissertação [mestrado]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2017.

RODRIGUES, B.C. et al. Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Rene**, vol. 20, 2019, e39767.

RODRIGUES, L.M.B.; VELANDIA, M.F.A.; LEIVA, Z.O.C. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. **Revista Cuidarte**, vol. 7, n. 2, 2016, p. 1297-1309.

SANTOS, E.S. et al. Acolhimento e processo educativo em saúde a familiares de pacientes internados em uti adulto. **Cienc Cuid Saude**, vol. 15, n. 4, Out/Dez 2016, p. 639-646.

SANTOS, G.G.; NASCIMENTO, J.J.S.N. Benefícios da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo de Conhecimento**. Ano 05, ed. 08, vol. 07, pp.16-28, 2020.

SANTOS, N.O. et al. Construção e validação de protocolo assistencial de enfermagem com intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 73, n. 3, 2020.

SANTOS, R.O.M.; ROMANO, V.F.; ENGSTROM, E.M.; Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 2018, e280206.

SCHIMIT, A.F.C. et al. Intervenções desenvolvidas pela enfermagem com familiares de paciente crítico. **Arq. Cienc. Saúde**, vol. 25, n. 1, 2018, p. 18-23.

SELENA et al. A multicenter observational study of family participation in ICU rounds. **Critical Care Medicine Journal**, vol. 20, n. 30, 2018.

SHIELDS, L. What is “family-centered care”? **European Journal for Person Centered Healtheare**, vol. 3, 2015, p. 139-144.

SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. M. T; PUGGINA, A. C. G. Humanização em UTI. In: PADILHA, K. G. et al. (Orgs.) **Enfermagem em UTI:** cuidando do paciente crítico. Barueri: Manole, 2010.

SOUSA, F.C.P. et al. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, vol. 26, n. 3, 2017, e1180016.

SOUZA, T.V. et al. Modelos teóricos utilizados por enfermeiros para avaliação da família: reflexão teórica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol. 12, n. 4, 2020, e2614.

SUAREZ, F.C.M.; FARIAS, R.C.P. Novos arranjos familiares na contemporaneidade frente ao texto religioso: uma análise sobre o discurso em "defesa" da família. **Rev. Interm. em Cult. e Soc.**, São Luis, vol. 2, n. 1, 2016, p. 83-108.

TAVARES, M.M. M., COELHO, P.T G., LOPES, T. M. R. Perception of the family on nursing assistance in an adult intensive therapy unit. **Rev Enferm UFPI.**, vol. 8, n. 1, Jan-Mar 2018, p. 17-22.

TELES, M. A. et al. Protocolo para transporte intra-hospitalar de pacientes de Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Walter Cantídio. **Revista de Medicina UFC.** Vol. 58, n. 4, 2018, p. 83-89. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/38679/1/2018_art_mateles.pdf. Acesso em 17 de novembro de 2021.

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

VALLEJO, A.S. et al. Analis de las necessidades de la família del paciente crítico y la opinion de los profesionales de la unidade cuidados intensivos. **Med. Intensiva**, Vol. 40, n. 9, 2016, p. 527-540.

ZAKEN, Z.B.; MAOZ, E.; RAIZMAN, E. Needs of relatives of Surgical Patients: perceptions of relatives and Medical Staff. **Medsurg Nursing**, vol. 27, ed. 2, 2018, p. 110-116.

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIA PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: Vanessa Sena de Almeida

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40430720.5.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.443.082

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico aplicado, com produção de tecnológica, desenvolvido em quatro etapas: 1) Identificação das necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva; 2) Validação do conteúdo da tecnologia, com relação as necessidades identificadas em familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva; 3) Elaboração da tecnologia assistencial para familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva, fundamentada com base no referencial da filosofia do Cuidado Centrado na Família (CCF) e da Política Nacional de Humanização 4) Validação da tecnologia assistencial por técnica
Delphi.

Os participantes serão contatados e selecionados por meio do seu endereço
eletrônico (e-mail) disponibilizado na rede social de trabalho LinkedIn e na Plataforma
Lattes.
O estudo não será realizado em ambiente hospitalar e o participante/juiz não será abordado em seu local de trabalho.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver e validar tecnologia para a assistência de enfermagem a familiares de pacientes

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

internados em unidade de terapia intensiva

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Devido os participantes contribuírem com suas experiências para responder ao formulário de coleta de dados para o desenvolvimento das tecnologias voltadas a assistências de familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva, há risco de desconforto do participante ou riscos relacionados de natureza psicológica, cultural ou social, decorrentes de trazer à memória experiências ou situações vividas que possam causar

constrangimentos. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização da coleta de dados e da validação do conteúdo, além da garantia da privacidade. Em momento algum o direito de preservação da identidade dos participantes será infringido. Desta forma, o participante não será julgado por suas respostas e considerações."

"Benefícios:

Os benefícios relacionados a participação da pesquisa será a contribuição para o desenvolvimento de uma nova tecnologia na ampliação dos conhecimentos na temática. Podendo contribuir para uma assistência de enfermagem mais qualificada e humana, podendo colaborar como intervenção no medo e ansiedade vivenciados pelos familiares."

Os riscos e benefícios estão de acordo com a Resolução do CNS 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante cientificamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Orçamento e cronograma - apresentados

TCLE - adequado

folha de rosto - adequada

Projeto detalhado e informações básicas- adequadas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1670712.pdf	04/12/2020 03:56:50		Aceito
Outros	CARTACONVITE.pdf	04/12/2020 03:55:55	Vanessa Sena de Almeida	Aceito
Outros	Roteiro.pdf	04/12/2020 03:35:28	Vanessa Sena de Almeida	Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	04/12/2020 03:34:37	Vanessa Sena de Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetobrochura.pdf	04/12/2020 03:32:07	Vanessa Sena de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/12/2020 03:31:17	Vanessa Sena de Almeida	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	25/11/2020 20:10:10	Vanessa Sena de Almeida	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	25/11/2020 20:09:12	Vanessa Sena de Almeida	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Completa.pdf	25/11/2020 19:36:24	Vanessa Sena de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

VITORIA, 07 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PREZADO JUIZ PARTICIPANTE DA PESQUISA,

O(A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada Tecnologia gerencial de enfermagem para familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva sob responsabilidade da Enfermeira Vanessa Sena de Almeida, Mestranda do Prorgrama de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo.

JUSTIFICATIVA

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor direcionado ao cuidado ao paciente em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos e, ininterruptos da equipe de saúde, inclusive a equipe de enfermagem. Além da monitorização contínua, equipamentos e equipe multidisciplinar especializada. Entretanto, a assistência de enfermagem não pode estar apenas centrada no paciente, seus familiares também devem ser alvo do cuidado, respeitando-se as suas necessidades nesta realidade de saúde tão complexa.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

Desenvolver e validar uma tecnologia gerencial para assistência à familiares de pacientes internados em UTI.

PROCEDIMENTOS

Trata-se de um estudo metodológico, para a construção de uma tecnologia gerencial para familiares de pacientes internados na UTI.

A sua participação será mediante preenchimento do instrumento de validação do conteúdo da tecnologia, via Google Docs, o qual será acessado por meio de um link a ser encaminhado para o seu email.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

Será necessário aproximadamente 40 min do seu tempo. Sendo possível a realização no local que melhor julgar.

RISCOS E DESCONFORTOS

Devido os participantes contribuírem com suas experiências para responder ao formulário de validação para o desenvolvimento das tecnologias voltadas a assistência de familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva, há risco de desconforto do participante ou riscos relacionados de natureza psicológica, cultural ou social, decorrentes de trazer à memória experiências ou situações vividas que possam causar constrangimentos. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização da validação do conteúdo, além da garantia da privacidade. Em momento algum o direito de preservação da identidade dos participantes será infringido. Desta forma, o participante não será julgado por suas respostas e considerações. Este risco será minimizado pelo manuseio desse material exclusivamente pela pesquisadora principal do estudo.

BENEFÍCIOS

Os benefícios relacionados a participação da pesquisa será a contribuição para o desenvolvimento de uma nova tecnologia na ampliação dos conhecimentos na temática, contribuir para uma assistência de enfermagem mais qualificada e humana, podendo colaborar como intervenção no medo e ansiedade vivenciados pelos familiares.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Considerando o desenho e os riscos do estudo, será assegurado ao participante da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação psicológica caso ocorra quaisquer desconfortos relacionados a pesquisa e/ou de qualquer dano decorrentes desta pesquisa vigente.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO

Você não é obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o (a) Sr. (a) não mais será contatado (a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será fornecida a você. A sua privacidade e identidade será preservada, desta forma você não será julgado pelas suas respostas.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO

Considerando que sua participação não envolve custos, este estudo não prevê ressarcimento financeiro ao participante.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO

Esta pesquisa garante indenização frente, exclusivamente, aos riscos inerentes à mesma.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa eu devo contatar a pesquisadora Vanessa Sena de Almeida, no telefone (27) 99692-4646, e-mail vanni_sena@hotmail.com, no endereço Rua Elesbão Linhares, 183, Praia do Canto, Vitória/ES. Para relatar algum problema sobre a pesquisa, o (a) Sr. (a) também pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa da UFES, no endereço Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil, no telefone: **(27) 3335-7211**. Email: cep.ufes@hotmail.com

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

_____

Participante da pesquisa/ Responsável Legal

VITÓRIA,_____de_____de 2022.

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa "**TECNOLOGIA GERENCIAL DE ENFERMAGEM PARA FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**", eu, Vanessa Sena de Almeida, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3, da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador:

_____

VANESSA SENA DE ALMEIDA

Mestranda em Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFES

APÊNDICE B: CARTA CONVITE PARA JUIZES E ESPECIALISTA ENFERMEIROS

Prezado (a) Sr. (a),

Eu, Vanessa Sena de Almeida, enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Espírito Santo, estou realizando uma pesquisa intitulada: **Tecnologia gerencial de enfermagem para familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva.**

Diante do reconhecimento de sua experiencia profissional, convidamos V. S.ª a avaliar e emitir seu parecer sobre a primeira versão do conteúdo que constituirá o protocolo de cuidados, respondendo a um instrumento para avaliação do conteúdo que consta no material enviado, a fim de atingir o objetivo do estudo.

O material foi construído pela pesquisadora através de um estudo metodológico e sua expertise em terapia intensiva. O seu conteúdo foi baseado sobre o referencial filosófico do Cuidado Centrado na Família.

Nesta avaliação do instrumento de orientações, solicito sua colaboração para leitura, visualização do material do protocolo e preenchimento de instrumento de avaliação. Após a avaliação da versão inicial, serão observadas todas as considerações fornecidas pelo grupo de Juízes durante esse processo avaliativo e posteriormente a organização da versão final do protocolo.

Solicito por gentileza que a avaliação seja realizada no prazo de no máximo 15 dias, para que eu possa atender aos prazos de execução da pesquisa.

Desde já, agradeço a sua disponibilidade em participar da pesquisa e compartilhar experiência e conhecimento para emissão de sua opinião sobre o conteúdo do protocolo.

Aguardo a sua resposta e estou a sua disposição para qualquer esclarecimento! Cordialmente, Vanessa Sena de Almeida.

APÊNDICE C- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ESPECIALISTA Nº___

PARTE 1-INFORMAÇÕES GERAIS

Nome: Área de atuação:

Universidade onde se graduou: Ano que formou:

Local de trabalho: Cidade/ Estado:

Qualificação profissional:

( ) Especialização

( ) Mestrado

( ) Doutorado

( ) Outros

Participa de grupo/ projetos de pesquisa na sua área de atuação?

Anos de experiência profissional em UTI?

PARTE 2- ORIENTAÇÕES PARA AS ETAPAS DE PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Prezado especialista, gostaria que o (a) senhor (a) avaliasse o presente instrumento. Leia atentamente o conteúdo do instrumento, em seguida, analise o material marcando com um X, a resposta que melhor representa a sua opinião sobre cada item. Suas opções de resposta são: discordo totalmente, discordo, concordo, concordo totalmente.

Dessa forma, ao escolher a opção concordo totalmente, o (a) senhor (a) concordará inteiramente com a afirmativa realizada acerca do conteúdo apresentado. Ao marcar a afirmativa discordo totalmente o (a) senhor (a) discordará totalmente do que foi dito. Nos casos em que o (a) senhor (a) não concorde e nem discorde da afirmação, ou ainda, quando achar que ela não se aplica ao processo, pode optar pela opção, nem apropriado e nem inadequado.

Caso o (a) senhor (a) julgue o item como “discordo” ou “discordo totalmente”, por gentileza, escreva a sua justificativa no espaço em branco, reservado logo após o instrumento.

Não existem respostas certas ou erradas. O mais importante é a sua opinião.

Por favor responda a todos os itens.

PARTE 3- ANÁLISE DO CONTEÚDO PARA DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA GERENCIAL

1- Intervenções de enfermagem para a necessidade Informação.

- ✓ Fornecer informações de forma clara e concisa, utilizando palavras de fácil entendimento e checar se a família compreendeu a informação;
- ✓ Desenvolver ou utilizar material didático/informativo disponível na unidade;
- ✓ Manter o familiar informado acerca do suporte social que a instituição oferece;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

2- Intervenções de enfermagem para a necessidade Confiança na equipe de saúde.

- ✓ Estabelecer vínculo com a família, conhecendo seus valores, preferências e crenças.

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

3- Intervenções de enfermagem para a necessidade de Apoio/ suporte emocional.

- ✓ Certificar-se que o ambiente deve permanecer limpo e com barulho reduzido;
- ✓ Incentivar privacidade;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

4- Intervenções de enfermagem para a necessidade de Segurança

- ✓ Informar para a família acerca do tratamento prestado e quais medidas adotadas para assegurar o melhor tratamento do paciente;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

5- Intervenções de enfermagem para a necessidade de Proximidade com o serviço de saúde

- ✓ Ofertar canal de comunicação em horários amplos a fim de que a família tenha disponível sempre que necessário informações sobre o paciente;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

6- **Intervenções de enfermagem para a necessidade de Flexibilização do horário de visita/aumento do tempo de visita**

- ✓ Flexibilizar os horários de visita conforme estrutura do serviço;
- ✓ Informar através de guias e folhetos e/ ou cartaz os casos que enquadram nos critérios estabelecidos previamente para flexibilização do horário e visita estendida;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

7- Intervenções de enfermagem para a necessidade de Conforto

- ✓ Acolher os familiares desde admissão;
- ✓ Promover um espaço reservado para dar notícias e passagem de informações;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

8- Intervenções de enfermagem para a necessidade de Comunicação

- ✓ Promover a comunicação entre a família-paciente-equipe de saúde;
- ✓ Promover espaço físico adequado para a passagem das informações à família;
- ✓ Criar e instituir protocolo e rotina de para passagem de informações à família;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo para a realização dessas orientações para necessidade.	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

9- Intervenções de enfermagem para a necessidade de Acesso aos recursos humanos da unidade

- ✓ Facilitar o acesso aos recursos humanos responsáveis pelos cuidados aos pacientes;
- ✓ Apresentar-se diariamente à família;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

10- Intervenções de enfermagem para a necessidade Inclusão da família durante avaliação de enfermagem

- ✓ Incluir nas tomadas de decisões de enfermagem;
- ✓ Informar os principais cuidados selecionados conforme diagnósticos de enfermagem selecionados;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

11-Intervenções de enfermagem para a necessidade de Padronização de rodadas multidisciplinares centradas na família

- ✓ Padronizar a participação da família nas rodadas multidisciplinares;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade cuidado corporal.	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

12-**Intervenções de enfermagem para a necessidade de Garantia**

- ✓ Informar a família o tratamento que está sendo prestado;
- ✓ Retirar dúvidas sobre diagnóstico, tratamento e prognósticos;
- ✓ Inserir a família na tomada de decisão acerca do tratamento prestado;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

13- Intervenções de enfermagem para a necessidade de Proteção da família

- ✓ Promover proteção e bem-estar da família;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade.	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

14-Intervenções de enfermagem para as Necessidades culturais e espirituais

- ✓ Conhecer os aspectos culturais e espirituais de cada família;
- ✓ Permitir conforme norma institucional a entrada de objetos que sejam significativos para exercício da crença religiosa do paciente e família;
- ✓ Permitir conforme norma institucional a entrada de líder religioso (padre, pastor, outros);

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

15-Intervenções de enfermagem para a necessidade de Sala de Espera

- ✓ Dispor de organização e programação para a sala de espera junto aos familiares;
- ✓ Dispor de mecanismo que promova diálogo e identificação de necessidades humanas básicas afetadas dos familiares;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade.	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

16-**Intervenções de enfermagem para a necessidade de Envolvimento no cuidado ao paciente**

- ✓ Informar a família a opção de participar dos cuidados aos pacientes;
- ✓ Acolher a família nos cuidados ao paciente no nível que lhe for desejável;
- ✓ Orientar a família acerca dos cuidados que ela pode desenvolver/colaborar;
- ✓ Ouvir o familiar quanto a percepção da atuação dele no cuidado ao paciente;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

17-Intervenções de enfermagem para necessidade de Apoio/ Suporte informativo

- ✓ Fornecer apoio e suporte informativo;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

18- Intervenções de enfermagem para a necessidade de Orientação

- ✓ Fornecer orientações sobre a UTI e rotinas para os familiares desde a admissão até alta;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

19-**Intervenções de enfermagem para a necessidade de Atualização constante sobre o diagnóstico, tratamentos, prognóstico, estado clínico do paciente.**

- ✓ Informar periodicamente a família sobre os cuidados de enfermagem que estão sendo implementados;
- ✓ Retirar ou solicitar aos profissionais da equipe multiprofissional que esclareçam dúvidas do familiar quanto a assistência prestada;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

20- **Intervenções de enfermagem para a necessidade de Esclarecimento sobre assistência prestada**

- ✓ Informar quais cuidados de enfermagem estão sendo realizados diariamente;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

21-Intervenções de enfermagem para a necessidade de Orientação sobre rotinas da unidade

- ✓ Orientar a família acerca das rotinas da unidade: horário de visita, número de visitantes, horário de boletim médico e de enfermagem, quais os profissionais de apoio a família podem contar, quais pertences podem ser deixados na unidade;

ITENS AVALIADOS	1) DISCORDO TOTALMENTE	2) DISCORDO	3) INDIFERENTE (OU NEUTRO)	4) CONCORDO	5) CONCORDO TOTALMENTE
Quanto ao objetivo do item para atendimento dessa necessidade	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à clareza do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à linguagem	( )	( )	( )	( )	( )
Quanto à relevância do conteúdo	( )	( )	( )	( )	( )
Sugestões/ alterações:					

Participante da pesquisa

Vanessa Sena de Almeida

Mestranda em Enfermagem PPGENF– UFES