

Maria Helena Rosário Rodrigues

Vulnerabilidade ao Stress em Familiares de Doentes Críticos

Relatório Final (Vol. II)

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (1.^a edição)

Estudo efectuado sob a orientação da

Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes



Novembro de 2011

AGRADECIMENTOS

No *terminus* deste ciclo de aprendizagem gostaria de particularizar os agradecimentos a todos aqueles que, de forma mais ou menos directa, fizeram parte deste projecto ajudando-me a ultrapassar as dificuldades surgidas, tornando mais simples as vivências nas diferentes etapas, contribuindo para que este estudo se tornasse uma realidade.

À Professora Doutora Madalena Cunha, professora da Escola Superior de Saúde Viseu, queria expressar o meu sincero agradecimento pelo apoio, orientação e disponibilidade que sempre me dispensou, contribuindo para o meu enriquecimento e conhecimento da metodologia de investigação, ajudando a diminuir as incertezas acerca do processo investigativo, constituindo-se uma fonte de rigor e exigência. Pela sua orientação, pela confiança depositada, pelas críticas e pelas sugestões, pela aprendizagem constante ao longo da concretização deste projecto.

À minha família pelo quanto despendeu e por tudo o que me deu para que aqui chegasse. Em especial à minha mãe e aos meus filhos, Ana Sofia e Luís Miguel, pela partilha, apoio, compreensão e carinho que me transmitiram, durante este período de tempo.

A todos os meus amigos por sê-lo, pela oportunidade de partilha, de crescimento e por parte daquilo que sou. Especialmente à Anabela, à Cristina, à Filomena, à Lila, ao Octávio e ao Fernando Pina, que sempre se disponibilizaram, pelo incentivo, pela paciência e pelo carinho.

Por último, mas não menos importante, agradeço a todos os Familiares que tornaram esta investigação uma realidade, ao Professor Doutor Vaz Serra pela autorização de utilização da escala de “*Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS*” e à Instituição e serviço aonde foram aplicados os Questionários.

O meu reconhecido obrigada.

RESUMO

A vulnerabilidade ao stress surge como tema de grande actualidade na área da saúde, relatando a literatura que o suporte familiar se constitui como um determinante importante da sua ocorrência. Neste contexto, o estudo procurou investigar sobre a vulnerabilidade ao stress em Familiares de Doentes Críticos, designados doravante por *Familiares*, internados em Unidades de Cuidados Intensivos pelo que delineámos como objectivos:

- Caracterizar alguns parâmetros sócio - demográficos dos *Familiares*;
- Avaliar a vulnerabilidade ao stress dos *Familiares*;
- Analisar a influência das variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, habilitações literárias, estado civil e grau de parentesco) na vulnerabilidade ao stress dos *Familiares*;
- Determinar o efeito da funcionalidade familiar na vulnerabilidade ao stress dos *Familiares*;
- Identificar o grau de importância e satisfação das necessidades na vulnerabilidade ao stress dos *Familiares*;
- Medir o efeito da importância e satisfação das necessidades na vulnerabilidade ao stress dos *Familiares*;
- Estimar o efeito preditivo da idade, funcionalidade familiar, importância e satisfação das necessidades na vulnerabilidade ao stress dos *Familiares*;

O estudo transversal de natureza observacional, analítico correlacional foi realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 60 *Familiares* com idades compreendidas entre os 18 e 73 anos (\bar{X} =45.48; δ =14.205).

A colheita de dados foi realizada no período de fevereiro a maio de 2011, com recurso a um Questionário Sócio - demográfico, à *Escala de Apgar Familiar* de Smilkstein (1978) adaptada por Azeredo e Matos (1989), à *Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS*, elaborada por Vaz Serra em 1985 (Vaz Serra, 2000), ao *Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)* e ao *Needs Met Inventorry (NMI)* ambas de Molter (1979) e Leske (1991), versão adaptada de Melo (2005).

Observou-se que 53,3% dos Familiares se apresentam vulneráveis ao stress e 46,7 % não estão vulneráveis. A vulnerabilidade ao stress é mais elevada nos *Familiares* do sexo feminino (\bar{X} =43.44; δ =11.297), de maior idade (r =. 262; ρ =. 043), com menos instrução (H =6.444; ρ =. 040), com grau de parentesco de cônjuge (F =3.218; ρ =.047), e mais satisfeitas (R^2 = -. 296; ρ =. 022). A variável satisfação das necessidades, revelou-se preditiva da vulnerabilidade ao stress dos *Familiares*, explicando 12,6% da sua variabilidade.

Infere-se dos resultados apresentados que as variáveis idade, instrução, grau de parentesco e satisfação das necessidades, influenciam a vulnerabilidade ao stress, impondo-se considerá-las quando se planeiam boas práticas de enfermagem no atendimento dos familiares de doentes críticos nas unidades de cuidados intensivos.

ABSTRACT

Vulnerability to stress is currently a topic of great relevance in the area of health and literature indicates that family support is constituted as an important determinant in its occurrence. In this context, this study sought to research the vulnerability to stress to the relatives of critically ill patients, hereafter designated as *Relatives*, who are admitted to the Intensive Care Units, thus the following objectives have been outlined:

- To characterise some socio-demographic parameters of the *Relatives*;
- To assess the *Relatives*' vulnerability to stress;
- To analyse the influence of socio-demographic variables (age, gender, schooling, marital status and kinship) on the *Relatives*' vulnerability to stress;
- To determine the effect of the family's functionality considering the *Relatives*' vulnerability to stress;
- To identify the level of importance and satisfaction of needs considering the *Relatives*' vulnerability to stress;
- To measure the effect of the importance and satisfaction of needs considering the *Relatives*' vulnerability to stress;
- To estimate the predictive effect of age, family's functionality, importance and satisfaction of needs considering the *Relatives*' vulnerability to stress.

The cross-sectional observational, analytical correlational, study was performed in a non-probabilistic sample due to convenience, and consists of 60 *Relatives* aged between 18 and 73 years ($\bar{X} = 45.48$, $s = 14.205$).

The data was gathered from February to May 2011, through a Socio-demographic Questionnaire, in accordance with the *Family Apgar Scale* by Smilkstein (1978) adapted by Azeredo and Matos (1989), the *Vulnerability to Stress Scale – 23 QVS*, elaborated by Vaz Serra in 1985 (Vaz Serra, 2000), the *Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)* and the *Needs Met Inventory (NMI)* both by Molter (1979) and Leske (1991), version adapted by Melo (2005).

It was observed that 53,3% of the *Relatives* were vulnerable to stress and 46,7% were not. Vulnerability to stress is higher in *Relatives* that were female ($\bar{X} = 43.44$, $s = 11.297$), older ($r = .262$, $\rho = .043$), with less education ($H = 6.444$, $\rho = .040$), spouses ($F = 3.218$, $\rho = .047$), and more satisfied ($Rho = -.296$, $\rho = .022$). The variable satisfaction of needs, proved to be predictive of the *Relatives*' vulnerability to stress, representing 12,6% of its variability.

From the results presented, it appears that the variables age, education, kinship and satisfaction of needs, influence vulnerability to stress, thus they need to be considered when planning good nursing practices when dealing with the relatives of critically ill patients in intensive care units.

ÍNDICE GERAL

	Página
1 - INTRODUÇÃO	17
2 - DESAFIOS PSICO-EMOCIONAIS PARA OS FAMILIARES DOS DOENTES CRÍTICOS INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	21
3 - METODOLOGIA	29
3.1 – OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	29
3.2 – TIPO DE ESTUDO	30
3.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	31
3.4 – PROCEDIMENTOS NA SELECÇÃO DA AMOSTRA E NA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	35
3.5 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO	35
4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	37
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS FAMILIARES DE DOENTES CRÍTICOS	41
4.2 – CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR DOS FAMILIARES DE DOENTES CRÍTICOS	41
4.3 – CARACTERIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS FAMILIARES DE DOENTES CRÍTICOS	42
4.3.1 – Hierarquização da Importância e Satisfação das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos	44
4.4 – FUNCIONALIDADE FAMILIAR vs IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS FAMILIARES DE DOENTES CRÍTICOS	49
4.5 – ESTUDO DA VULNERABILIDADE AO STRESS EM FAMILIARES DE DOENTES CRÍTICOS	50
4.5.1 – Vulnerabilidade ao Stress vs Idade, Funcionalidade Familiar, Importância e Satisfação das Necessidades em Familiares Vulneráveis	53
4.6 – ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS NA AMOSTRA GLOBAL	54
5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
6 - CONCLUSÕES	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

APÊNDICES

- APÊNDICE 1** - Quadros 28 a 33 – Hierarquização da Importância e Satisfação das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos (ordenados de forma decrescente para o: total, masculino e feminino).
- APÊNDICE 2** - Quadros 34 a 37 – Resultados da regressão linear simples entre a idade, funcionalidade familiar, importância e satisfação das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos

ANEXOS

ANEXO 1 - Instrumento de Colheita de Dados

ANEXO 2 - Autorização para Aplicar as Escalas: *“Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23QVS”* e *“HIERARQUIZAÇÃO/SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES - CRITICAL CARE FAMILY NEEDS INVENTORY (CCFNI)/NMI*

ANEXO 3 - Declaração de Consentimento dos Familiares

ANEXO 4 - Pedido e Autorização da Colheita de Dados

ÍNDICE de FIGURAS

	Página
Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica (desenho de investigação)	30
Figura 2 - Representação esquemática das variáveis que influenciam e/ou predizem a <i>Vulnerabilidade ao Stress</i> (Amostra Global)	57

ÍNDICE de QUADROS

	Página
Quadro 1 - Estatísticas relativas a idade dos Familiares de Doentes Críticos em função do sexo.	38
Quadro 2 - Características Sócio-demográficas dos Familiares de Doentes Críticos.	39
Quadro 3 - Experiência anterior no acompanhamento dos doentes críticos na unidade de cuidados intensivos.	40
Quadro 4 - Diagnósticos clínicos dos doentes em estado crítico.	40
Quadro 5 - Estatísticas relativas à Funcionalidade Familiar.	41
Quadro 6 - Resultados do teste U de Mann-Whitney na Funcionalidade Familiar, em função do sexo.	41
Quadro 7 - Resultados do Coeficiente de Correlação Ró de Spearman entre a Idade e a Funcionalidade Familiar.	41
Quadro 8 - Funcionalidade Familiar em função do sexo.	42
Quadro 9 - Estatísticas relativas à Importância das Necessidades (CCFNI).	42
Quadro 10 - Estatísticas relativas à Importância das Necessidades (Factores e Total).	42
Quadro 11 - Resultados do teste T-Student relativos à relação entre o Sexo e a Importância das Necessidades (Factores e Total).	43
Quadro 12 - Estatísticas relativas à Satisfação das Necessidades.	43
Quadro 13 - Estatísticas relativas à Satisfação das Necessidades (NMI) (Factores e Total).	43
Quadro 14 - Resultados do teste U Mann-Whitney relativos à relação entre o Sexo e a Satisfação das Necessidades (Factores e Total).	44
Quadro 15 - Grupos de corte relativos à Importância das Necessidades em função do sexo.	44
Quadro 16 - Grupos de corte relativos à Satisfação das Necessidades em função do sexo.	44
Quadro 17 - Hierarquização da Importância das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos.	46
Quadro 18 - Hierarquização da Satisfação das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos.	48
Quadro 19 - Análise de correlação <i>Pearson</i> entre a idade e a Importância e Satisfação das Necessidades (Factores e <i>Score</i> global).	49
Quadro 20 - Análise de correlação <i>Ró</i> Spearman entre a Importância e Satisfação das Necessidades e a Funcionalidade Familiar.	49
Quadro 21 - Caracterização da vulnerabilidade ao stress dos familiares de doentes críticos.	50
Quadro 22 - Estatísticas relativas aos Factores da Vulnerabilidade ao Stress em função sexo. ..	51
Quadro 23 - Estatísticas referentes à Vulnerabilidade ao Stress em função do Sexo.	51

Quadro 24	- Estatísticas referentes à vulnerabilidade ao stress em função do grupo etário, estado civil, grau de parentesco e habilitações literárias.	52
Quadro 25	- Resultados da Matriz de Correlação de Pearson entre a Vulnerabilidade ao Stress a Idade, a Funcionalidade Familiar e a Importância e Satisfação das Necessidades.	53
Quadro 26	- Resultados da Matriz de Correlação entre a Vulnerabilidade ao Stress vs Idade, Funcionalidade Familiar, Importância e Satisfação das Necessidades.	54
Quadro 27	- Resultados da regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , para a predição da vulnerabilidade ao stress pela idade, funcionalidade familiar e importância e satisfação das necessidades.	56

APÊNDICE 1

Quadro 28	- Hierarquização da Importância das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos: ordenação decrescente em função do total.
Quadro 29	- Hierarquização da Importância das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos: ordenação decrescente em função do sexo masculino.
Quadro 30	- Hierarquização da Importância das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos: ordenação decrescente em função do sexo feminino.
Quadro 31	- Hierarquização da Satisfação das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos: ordenação decrescente em função do total.
Quadro 32	- Hierarquização da Satisfação das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos: ordenação decrescente em função do sexo masculino.
Quadro 33	- Hierarquização da Satisfação das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos: ordenação decrescente em função do sexo feminino.

APÊNDICE 2

Quadro 34	- Regressão linear simples entre a vulnerabilidade ao stress e a idade.
Quadro 35	- Regressão linear simples entre a vulnerabilidade ao stress e a funcionalidade familiar.
Quadro 36	- Regressão linear simples entre a vulnerabilidade ao stress e a importância das necessidades.
Quadro 37	- Regressão linear simples entre a vulnerabilidade ao stress e a satisfação das necessidades.

ÍNDICE de ABREVIATURAS, SIGLAS e SÍMBOLOS

23QVS	- Escala de Vulnerabilidade ao Stress
CCFNI	- <i>Critical Care Family Needs Inventory</i>
CHTV	- Centro Hospitalar Tondela-Viseu
CMEMC	- Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
CV	- coeficiente de variação
E.P.E.	- Entidade Pública Empresarial
ESSV	- Escola Superior de Saúde de Viseu
Fact.	- factor
gl	- graus de liberdade
HSTV	- Hospital de São Teotónio Viseu
n	- número
n.s.	- não significativo
NMI	- <i>Needs Met Inventory</i>
OE	- Ordem dos Enfermeiros
PCR	- paragem cardíaco-respiratória
SPCI	- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
UCI	- Unidade de Cuidados Intensivos
Vol.	- volume
vs	- versus
δ	- desvio padrão
χ^2	- Qui-quadrado
\bar{x}	- média
ρ	- significância
%	- percentagem
<	- menor
=	- igual
>	- maior
\leq	- inferior ou igual
\geq	- superior ou igual

1 - INTRODUÇÃO

O desenvolvimento científico e tecnológico que acompanhou os cuidados de saúde nas últimas décadas teve um impacto significativo no acto de cuidar o doente crítico. As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's) são um exemplo da evolução tecnológica e terapêutica, aplicada ao tratamento de doentes em situação crítica. A estas unidades é atribuído um duplo sentido, esperança de vida e gravidade do estado clínico do doente, associados à sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica.

A Medicina Intensiva é uma área multidisciplinar, diz respeito à abordagem e tratamento de doentes com ou na eminência de falência orgânica e multi-orgânica por doença ou traumatismo. Tem como objectivo primordial suportar e recuperar as funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por esta via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade, (SPCI, 2008).

Desta forma as UCI's são recursos importantes para o tratamento de doentes em estado crítico ou potencialmente crítico, que necessitam de cuidados contínuos e especializados, em consequência de uma ampla variedade de alterações fitopatológicas, estando equipadas de forma a fornecer um elevado nível de cuidados a este grupo de doentes. Nestas unidades o cuidar requer simultaneamente uma abordagem global e focalizada.

Ao Enfermeiro que exerce a sua actividade profissional em áreas de Cuidados Intensivos é exigida uma preparação específica e diferenciada em vários domínios, atendendo às variadíssimas actividades por si executadas aquando da abordagem e tratamento do doente crítico. São disso exemplo a posse de sólidos conhecimentos teórico-práticos em várias áreas e nas diferentes competências que exigem muitas vezes destreza e rapidez na sua execução. Apoiam esta ideia Urden, Stacy e Lough (2008, p.6) quando afirmam *“o enfermeiro de cuidados intensivos tem de ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e à situação dos doentes”*.

A literatura científica documenta o quão importante é a humanização de cuidados nestas unidades, mostrando que, quanto mais cedo a interacção entre enfermeiro/família acontecer melhor será para a família, acreditando que cuidar de forma holística e sistematizada ajuda a promover a qualidade dos cuidados ao doente crítico e seus familiares, este processo não pode ser pautado apenas na identificação dos sinais e sintomas clínicos da doença, mas nas modificações que ocorrem na estrutura do ser humano as quais o perturbam na sua globalidade, (Mezzaroba, 2009).

Estudos no âmbito da identificação da ocorrência de sintomas de ansiedade e/ou stress em familiares de doentes internados numa unidade de cuidados intensivos, recomendam que o enfermeiro deve despistar precocemente os sinais e sintomas de ansiedade e implementar estratégias de prevenção e tentar amenizar os eventos *stressores* pois a ansiedade e apreensão do familiar poderão ser transmitidas ao doente e interferir nas suas condições de saúde e conseqüentemente induzir alterações no seu quadro, (Maruiti, Galdeano e Farah, 2008).

O estudo de Davidson (2009), relata-nos a pesquisa de investigadores canadianos, que se centraram na incidência da ansiedade em familiares de doentes críticos, relativamente ao facto de que as necessidades das famílias terem sido ou não satisfeitas, realçando deste modo a importância do tema escolhido “*Vulnerabilidade ao Stress em Familiares de Doentes Críticos, Internados na Unidade de Cuidados Intensivos*”.

Família é definida pela Ordem dos Enfermeiros, como “um conjunto de seres humanos vistos como unidade social ou todo colectivo composto de membros ligados através de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo as pessoas que são mais importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, de relação emocional ou de legal, incluindo as pessoas que são mais importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo” (OE, 2009, p.171).

Dado partilharmos da conceptualização da OE, consideramos que o enfermeiro, não pode de forma alguma ignorar os cuidados de saúde na vertente da família. Na sua prestação é fundamental centrar-se na família por várias razões: os diversos comportamentos de saúde e doença são aprendidos no contexto familiar; a unidade familiar é afectada quando um ou mais dos seus membros tem problemas de saúde, e a família é um factor significativo na saúde e bem-estar dos indivíduos; as famílias afectam a saúde do Indivíduo, assim como a saúde e as práticas de saúde do indivíduo afectam a família; os cuidados de saúde são mais eficazes quando dão ênfase à família e não apenas ao indivíduo; a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde são importantes para a sobrevivência da sociedade, Hanson (2005).

A opção pelo estudo da vulnerabilidade ao stress, baseou-se na convicção de que, o internamento na UCI acarreta a quebra do vínculo familiar, levando o doente e familiares a vivenciarem profundas mudanças nas suas vidas sendo comum ocorrerem alterações de papéis e sentimentos de medo e insegurança. Neste âmbito, partilhamos com Mendes (2002) a tese de que “*não é a mudança em si mesmo que importa, mas antes o significado atribuído aos acontecimentos pelas pessoas que os vivenciaram*”. Pois como refere Vaz Serra (2008), muitas circunstâncias podem ser susceptíveis de induzir stress, mas são raras as que podem ser consideradas em termos absolutos, isto é, em que haja certeza de que afectam todos os indivíduos sem excepção.

Sendo a vulnerabilidade, frequentemente, sentida como um retrocesso, o futuro desconhecido, os projectos eventualmente adiados ou até abandonados, são perturbadores do bem-estar. No meio de interrogações e frustrações poderá perder a própria identidade, carácter, valores, razões de auto-investimento e de viver com interesse, (Mezzaroba, *et al.* 2009).

Foi a partir da reflexão sobre o cuidar de doentes críticos, que emergiu a realização do estudo centrado nas vivências dos familiares de doentes críticos internados em UCI's, porquanto esse acontecimento concentra uma multiplicidade de aspectos que marcam a experiência do doente em situação crítica e a dos seus familiares.

Neste contexto, justifica-se o desenvolvimento de uma investigação que procura responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja dar resposta às seguintes questões de investigação:

- Que influência exercem as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, habilitações literárias, estado civil e grau de parentesco) sobre a vulnerabilidade ao stress em Familiares *de Doentes Críticos*?

- Em que medida a idade, a funcionalidade familiar e a importância e satisfação das necessidades predizem na vulnerabilidade ao stress em Familiares *de Doentes Críticos*?

Neste documento materializa-se o *Relatório Final, Vol. II* que visa dar cumprimento aos requisitos do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - 1.^a Edição da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV). Destina-se assim a dar corpo à avaliação da unidade curricular de *Relatório Final* e estruturalmente integra para além desta **Introdução**, o capítulo 2, intitulado **Desafios psico-emocionais para os familiares dos doentes críticos internados em unidades de cuidados intensivos**, onde se constrói o enquadramento teórico de suporte à investigação, o capítulo 3 referente à **Metodologia** que explica os procedimentos metodológicos utilizados na condução da investigação designadamente: tipo de estudo, variáveis em estudo, tipo de amostra, objectivos e hipóteses, instrumentos de colheita de dados, procedimentos na selecção da amostra e na aplicação do instrumento de colheita de dados e procedimentos estatísticos. Seguem-se o capítulo 4 que descreve a **Apresentação e Análise dos Resultados**, onde se caracterizam os familiares em termos sócio-demográficos, funcionalidade familiar, importância e satisfação das necessidades e da vulnerabilidade ao stress, procede-se ainda neste capítulo à análise inferencial com teste das hipóteses de investigação, o capítulo 5 que dá corpo à **Discussão dos Resultados** onde se procede ao confronto dos resultados do estudo com os da literatura científica e por último o capítulo 6 onde se enunciam as principais **Conclusões** do estudo.

2 – DESAFIOS PSICO-EMOCIONAIS PARA OS FAMILIARES DOS DOENTES CRÍTICOS INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

O stress é uma característica “inerente à espécie humana”, isto é, qualquer mudança na vida do ser humano implica uma certa tensão. É um fenómeno com o qual o indivíduo tem de aprender a viver e que só termina quando este morre, (Vaz Serra, 2000, p.262).

O stress surge quando o indivíduo acredita que “não tem aptidões e recursos, pessoais ou sociais, para superar o grau de exigência” de uma determinada situação que é “considerada importante para si” desenvolvendo, assim, a “percepção de não ter controlo sobre essa circunstância”. O indivíduo passa a sentir-se “vulnerável em relação a essa ocorrência”, (Vaz Serra, 2000, p.262). As exigências criadas pela situação podem ser de dois tipos: as externas, que englobam os problemas familiares, profissionais, económicos e conflitos específicos; e as internas, que estão relacionadas com a auto-estima/auto-conceito, personalidade e auto-confiança.

No entanto, o stress não deve ser considerado sempre negativo. Existe o stress útil, também designado por *eustress*. Este, de acordo com Vaz Serra (2000, p.262/263), torna-se “propulsivo” constituindo “uma fonte de impulso” que permite ao indivíduo tomar “decisões, resolver problemas e melhorar o seu funcionamento e as suas aptidões”. O autor acrescenta que o *eustress* pode constituir “um incentivo à realização profissional e pessoal”. O outro tipo de stress, prejudicial ao indivíduo, é designado por *distress*. O stress prolongado provoca cansaço e tensão a nível físico e mental (Enciclopédia de Psicologia, 1999). “Quando um indivíduo atravessa circunstâncias sucessivas que, para si, são indutoras de stress estas vão tendo um efeito aditivo” (Vaz Serra, 2000, p.263). Este facto torna o indivíduo mais sensível às situações que lhe são desagradáveis, levando-o a reagir com maior facilidade e intensidade às mesmas, daí a importância de se avaliar o stress da pessoa, já que este pode influenciar o seu trabalho e conseqüentemente a sua satisfação no mesmo.

O internamento de um familiar em estado crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), arroga-se como uma situação que potencialmente desencadeará stress do tipo externo nos seus familiares, porquanto a UCI consiste numa unidade fechada, ou seja, facilita a coordenação das actividades dos profissionais que ali trabalham e restringe o acesso a outras pessoas, embora a sua estrutura física e os equipamentos característicos despertam curiosidade a todos quanto, independentemente do motivo, entram neste serviço. A grande maioria de estudos efectuados sobre familiares de doentes em estado crítico tem concentrado as atenções mais na descrição do grau de importância e do grau de satisfação das suas necessidades, tendo sido enfermeiras as pioneiras no estudo desta temática.

A estrutura física da UCI, conjuntamente com a normalmente situação clínica dos doentes e com a intensa actividade da equipa de saúde, fazem com que a maioria das pessoas considere a UCI um ambiente hostil. A entrada de familiares apenas é permitida por um curto período de tempo e em horários pré estabelecidos, não se observando qualquer preocupação em fazer uma preparação prévia do familiar para o contacto com o “seu” doente e com este novo ambiente, (Maruiti e Galdeano, 2007).

Santos (2004), cit. *in* Maruiti e Galdeano (2007), realizou um estudo sobre o significado cultural do cuidado numa UCI, inferindo que o relacionamento da equipa de enfermagem com os familiares decorre formalmente, é burocrático e, acima de tudo, despersonalizado. O diálogo com a família é superficial, o enfermeiro está ausente a maior parte do tempo e os outros funcionários da unidade evitam o contacto com os familiares.

A humanização do cuidado de enfermagem na UCI assume maiores contornos do que permitir ou não a visita da família, na medida em que também inclui o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda, na qual a equipa de enfermagem tem a função de identificar as reais necessidades da família. Assim, quanto mais cedo a interacção entre enfermeiro/familiares acontecer, melhor será para a família e, em consequência, para o próprio doente (Maruiti e Galdeano, 2007). De acordo com os mesmos autores, num outro estudo acerca da comunicação dos profissionais de saúde com os familiares de doentes internados na UCI, concluiu-se que o desconhecimento por parte dos profissionais do modo de ser e de perceber da família é um dos factores preponderantes que dificultam o processo.

Por norma, o foco da assistência de enfermagem centra-se no atendimento às necessidades do doente. Contudo, este não é o único a sofrer com a doença e com a hospitalização, pois os familiares e outras pessoas consigo directamente envolvidas partilham a angústia, o medo e o sofrimento do momento, tornando-se potencialmente vulneráveis ao stress. Como tal, é importante que o enfermeiro também dispense atenção aos familiares, visando facilitar o modo de enfrentar esta nova experiência. Assim, a assistência de enfermagem deve dar resposta às necessidades dos doentes e dos seus familiares, ajudando-os a compreender, a aceitar e a enfrentar a doença, o tratamento e as possíveis consequências que essa nova situação impõe na vida familiar (Maruiti e Galdeano, 2007).

A hospitalização de um familiar numa Unidade de Cuidados Intensivos acontece de forma aguda e inadvertida, quase não havendo tempo para o ajustamento familiar. Face a esta situação stressante, os familiares podem sentir alguma desorganização, desamparo e dificuldade em se mobilizarem, fazendo emergir diferentes tipos de necessidades. No entender das autoras, “as necessidades dos familiares são conceituadas como algo essencial, exigido pelas pessoas e que, quando supridas, aliviam ou diminuem a aflição e a angústia imediatas e melhoram a percepção de bem-estar” (Freitas *et al.* 2007, p. 2).

No entender de Maruiti *et al.* (2008), a constatação de uma doença num indivíduo adulto, que desempenha papéis bem definidos no seio familiar, e a sua hospitalização podem dar origem a um

desequilíbrio em toda a estrutura familiar. Assim, a hospitalização ocasiona a quebra do vínculo familiar, levando o doente e os seus familiares a vivenciarem profundas mudanças nas suas vidas. Como já referenciado, é comum, durante esta fase, a ocorrência de alterações de papéis e sentimentos de medo e insegurança que podem precipitar crises.

Maruiti *et al.* (2008) alertam que o medo da morte, as incertezas relacionadas com o prognóstico e o tratamento, os conflitos emocionais, a preocupação com a condição financeira, as alterações de papel podem gerar ansiedade e depressão em alguns membros da família. O enfermeiro, que normalmente está apenas envolvido com o cuidado e com o atendimento das necessidades do doente, pode não perceber a angústia, o medo e o sofrimento vivenciados pelos familiares, pelo que se torna essencial que a equipa de saúde esteja preparada para estabelecer um relacionamento de empatia e de confiança com a família. Para que tal aconteça, há a necessidade de que estes profissionais comuniquem adequadamente, a fim de retirar dúvidas e satisfazer a necessidade de informação dos familiares.

A falta de informação e a incerteza poderem causar apreensão e ansiedade. Num estudo realizado em 2007, por Maruiti e Galdeano, cuja finalidade foi identificar as necessidades dos familiares de doentes que se encontram internados em unidade de cuidados intensivos, concluiu-se que as necessidades mais frequentemente relatadas são: ter a certeza que o doente recebe o melhor tratamento, saber factos concretos sobre o progresso do doente e saber exactamente o que está a ser feito ao seu familiar. Estes resultados espelham a necessidade que o ser humano tem em sentir-se seguro e ter a certeza de que tudo irá correr bem, pois a dúvida é fonte de sentimentos desagradáveis, como a ansiedade e a angústia.

A literatura acerca dos níveis de ansiedade e depressão em familiares de doentes hospitalizados é ainda pouco divulgada, existindo a necessidade de se realizar investigações que procedam à mensuração e à avaliação das alterações psicológicas ocorridas em familiares de doentes críticos que se encontram em unidades de cuidados intensivos portuguesas. A avaliação e a identificação de sinais indicativos de ansiedade e de episódios depressivos em familiares de doentes internados em unidades de cuidados intensivos constituem uma importante função do enfermeiro, na medida em que familiares extremamente ansiosos ou deprimidos podem não suportar a pressão imposta pela hospitalização e pela doença, transferindo os seus medos, as suas preocupações e as suas tristezas para o doente, o que pode interferir negativamente no tratamento (Maruiti *et al.*, 2008).

Investigadores canadianos centraram-se no estudo da ansiedade em familiares de doentes críticos relativamente ao facto de as necessidades das famílias terem sido ou não atendidas. A ansiedade era maior em mulheres e foi significativamente influenciada pelas necessidades da família. O estudo foi repetido num projecto multicêntrico, e novamente foi encontrada uma relação significativa entre a ansiedade situacional e as necessidades da família. Davidson (2009) refere que Kloos (2004) também encontrou altos níveis de ansiedade em familiares de doentes internados na UCI.

O impacto psicológico da doença grave num membro da família de um doente, particularmente o risco de ansiedade, depressão e transtorno de stress pós-traumático, ganhou atenção na literatura, sendo de destacar o estudo multicêntrico longitudinal realizado em França. Davidson (2009) refere que 90 dias após a alta ou morte do doente, 33% dos familiares de doentes internados na UCI apresentava um risco moderado a alto de transtorno de stress pós-traumático. O risco aumentava para 80% para os membros da família envolvidos na tomada de decisão de fim de vida. O risco foi também significativamente maior em mulheres e quando não foi dado tempo suficiente para a comunicação a informação estava incompleta, ou a informação não foi fácil de entender. Pochard *et al.* (2005), referenciados por Davidson (2009), também constataram que 73,4% e 35,3% dos membros da família tinham sintomas de ansiedade e depressão.

Em contraste com os estudos extensivos sobre as necessidades das famílias dos doentes, relativamente poucos estudos têm envolvido uma tentativa de mudar os resultados nos familiares dos doentes. De acordo com Davidson (2009), foram efectuados dois estudos que revelaram que a satisfação melhorou significativamente entre as famílias dos doentes quando foi feito um esforço para melhorar a comunicação. No estudo de Chien *et al.* (2006), referenciados por Davidson (2009), os membros da família a quem foi dado um programa individualizado de informações por uma enfermeira treinada, cujo papel era fazer ensinamentos às famílias dos doentes, manifestaram menor nível de ansiedade e maior satisfação, comparativamente com o grupo de controlo.

Outra investigação randomizada controlada, que envolveu membros de uma família de uma UCI de adultos francesa, revelou que melhorar a comunicação, recorrendo à conferência sobre o caso e a um folheto informativo, diminuiu o risco de *scores* de depressão do transtorno de stress pós-traumático, assim como a combinação de ansiedade e depressão (Davidson, 2009). Os resultados deste conjunto de estudos sugerem ainda que técnicas individualizadas e pessoais para melhorar as necessidades das famílias dos doentes podem surtir maior efeito sobre o bem-estar psicológico dos membros da família, comparativamente com o que aconteceria com uma intervenção simples ou um formato não-individualizado.

Apesar de na UCI estarem disponíveis folhetos para os familiares dos doentes, a brochura por si só não pode ser suficiente para ajudar os membros da família a lidar com a situação. Os membros da família precisam assistência individualizada e pessoal, comunicação, clarificação/esclarecimento e orientação com informação à medida das suas necessidades individuais.

Em suma, os membros da família de doentes da UCI podem testemunhar uma crise potencialmente fatal. Esta crise atrapalha a vida normal e o funcionamento dos papéis dentro da família. Nesse momento, os familiares dos doentes podem não ser capazes de agir de forma a atender as suas próprias necessidades de forma independente, sem ajuda para resolver através de estímulos ambientais e escl-

recer distorções e más interpretações. A resposta à crise pode resultar em insatisfação, ansiedade, depressão e transtorno de stress pós-traumático (Davidson, 2009).

Os enfermeiros podem auxiliar no processo de compensação, levando à adaptação através de uma abordagem estruturada para a prestação de apoio à família. As acções de apoio para promover a consecução das necessidades das famílias dos doentes podem incluir pesquisa reflexiva (olhar para trás para esclarecer o que aconteceu) e a inclusão da família no acto de cuidar, no cuidado prestado ao doente. Os familiares de doentes internados na UCI apresentam uma variedade de necessidades, relativas à proximidade, informação, apoio, segurança e conforto. Estas necessidades devem ser preenchidas, a fim de apoiar os doentes através do envolvimento activo e proteger os doentes através da manutenção de uma vigília, (Davidson, 2009).

A satisfação das necessidades das famílias pode diminuir efeitos psicológicos adversos. Estudos mais alargados, com vários métodos de intervenção, em que pelo menos um envolve a interacção individualizada com a família do doente, podem melhorar os resultados da família. Como tal, o ensino individualizado com avaliação proactiva das necessidades da família podem ajudar a satisfazer as necessidades dessa mesma família e a maximizar a adaptação dos seus membros à doença crítica. No entanto, no entender de Davidson (2009), o nível actual das evidências para orientar a prática é muito baixa. Apesar de terem sido realizados ensaios clínicos randomizados, cada ensaio era dirigido a diferentes intervenções e resultados em diferentes contextos e populações. Deste modo, a generalização dos resultados para todos os cuidados intensivos não é possível, sendo necessária mais investigação para validar os resultados obtidos, bem como para testar o efeito das estratégias de apoio às famílias dos doentes.

Um eficaz planeamento de intervenções para atender às necessidades da família é fundamental, pois estes foram identificados como essenciais na tomada de decisão durante a doença do doente.

A admissão de um doente adulto em estado crítico numa UCI representa um momento de crise tanto para os doentes, como para os seus familiares. Os familiares do doente crítico podem experimentar tumulto emocional, choque, descrença e ansiedade, podendo manifestar muitas e variadas necessidades, como defendem Azoulay *et al.* (2003), referenciados por Stayt (2007).

Desde a introdução do inventário Molter's *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), em 1979, um instrumento de medida utilizada para avaliar as necessidades das famílias com doentes na UCI, tem havido muitos esforços no sentido de investigar as necessidades e o papel da família na UCI. Um destes estudos foi desenvolvido por Stayt (2007), com o objectivo de explorar as experiências das enfermeiras no cuidar de famílias de doentes críticos nos cuidados intensivos. Este estudo exploratório, com uma abordagem fenomenológica heideggeriana, teve como instrumento de recolha de dados uma entrevista, realizada a uma amostra intencional de 12 enfermeiros que trabalham numa unidade de cuidados intensivos de adultos. Os dados foram recolhidos no Outono de 2005 e as trans-

crições das entrevistas foram analisados por meio do quadro Colaizzi, emergindo como experiências dos participantes as seguintes: definição do papel do enfermeiro, expectativas do papel do enfermeiro e conflito do papel do enfermeiro. Os participantes relataram falta de confiança, dúvidas sobre a sua competência profissional e conflitos entre o seu *Eu* profissional e pessoal. Estas experiências foram relacionadas com as expectativas dos participantes e padrões auto-impostos, apurando-se como conclusões que os enfermeiros no cuidar de famílias que têm parentes adultos em unidades de cuidados intensivos enfrentam um conflito fundamental entre as expectativas do papel do enfermeiro e o atendimento ao doente, como entre os ideais profissionais e o ter uma conduta humana. Isto não só destaca uma disparidade entre a prática diária de assistência à família, como pode contribuir para o stress ocupacional, (Stayt, 2007).

Tal como referido anteriormente, a admissão de um doente numa unidade de cuidados intensivos é reconhecida como uma experiência extremamente stressante para os doentes e para os seus familiares, sentimentos de angústia, ansiedade, medo e desamparo são comuns. Assim, as famílias podem passar por um período de caos emocional enquanto lutam para superar toda a tensão/stress emocional e social que se abateu sobre eles, (Stayt, 2007).

Os stressores experienciados pelos membros da família do doente crítico podem originar, entre outras, necessidades de informação e proximidade, como sustentam vários autores, como, por exemplo, Lee e Lau 2003, Hughes *et al.* (2005) e Eggenberger e Nelms (2007), referenciados por Stayt (2009). Estes argumentam que, para as famílias adotarem medidas efetivas para enfrentar estratégias para os stressores encontrados, devem receber apoio e cuidados adequados. Se as necessidades da família são tratadas de forma eficaz, as famílias podem proporcionar conforto e apoio ao doente e reduzir o risco de transtornos de ajustamento como o stress pós-traumático (Jones *et al.*, 2001; El-Masri e Fox-Wasylyshyn, 2007, cit. *in* Stayt, 2009). No entanto, Stayt (2009) considera que as estratégias pobres de enfrentamento podem ter um impacto negativo sobre o bem-estar da família e a recuperação do doente.

Verhaeghe *et al.* (2005), cit. *in* Stayt (2009) afirmam que um princípio central da prestação de cuidados de enfermagem holística na UCI é cuidar tanto os doentes como as suas famílias. Fox-Wasylyshyn *et al.* (2005) afirmam que as famílias esperam enfermeiros que atendam às suas necessidades. Os enfermeiros também foram identificados como estando numa boa posição para atender às necessidades das famílias, devido à sua proximidade e 24 horas de cobertura, sendo, por isso, responsáveis por cuidar de ambos, doente e família em crise, bem como lidar com a prática e solicitações tecnológicas da UCI, (Stayt, 2009).

O movimento em direcção a uma abordagem holística para o cuidar alterou a dinâmica entre enfermeiros, doentes e famílias em que o desenvolvimento de uma relação enfermeiro/doente/família é considerado essencial, (McVicar 2003). O envolvimento emocional necessário na assistência de

enfermagem holística coloca exigências consideráveis sobre os que prestam cuidados. Tal envolvimento emocional deu origem à noção de trabalho emocional.

Nas últimas duas décadas alguns estudos centraram-se no trabalho emocional do cuidar. Stayt (2009) refere o estudo fenomenológico de Staden (1998) o qual sugeriu que a auto-revelação e o ser-se genuíno e aberto são processos importantes de cuidar. O estudo de Smith e Gray (2001), centrado nos elementos sociais do trabalho emocional, demonstrou que a importância da integração dos doentes e da família no ambiente, bem como os elementos psicológicos, a intimidade, a amizade e a construção da confiança. Estes autores concluíram que tanto os aspectos sociais como psicológicos do trabalho emocional são componentes-chave da relação interpessoal no contacto enfermeiro/doente/família (Smith e Gray, 2001 *cit in* Stayt, 2009).

Os enfermeiros reconhecem o trabalho emocional como parte integrante do seu papel, sugerindo Mackintosh (2006) *cit. in* Stayt (2009) que os enfermeiros valorizam mais os aspectos interpessoais da relação de carinho. No entanto, Stayt (2009) cita vários estudos que sugerem que os enfermeiros na UCI se envolvam de preferência com actividades que exigem pouco investimento emocional. Assim, Kirchoff e Beckstrand (2000) relataram que os enfermeiros de cuidados intensivos tendem a restringir o envolvimento da família no cuidado do doente e El-Masri e Fox-Wasylyshyn (2007) sugerem que os enfermeiros se sentem desconfortáveis com certos aspectos do cuidado da família.

As famílias têm sido vistas como um obstáculo ao cuidado do doente sugerindo que os enfermeiros, ao cuidar dos familiares na UCI, experienciam um conflito em equilibrar o cuidar entre os doentes, a sua família e a tecnologia.

Todavia, Soderstrom *et al.* (2003), no seu estudo, advertem no sentido de os enfermeiros considerarem a assistência à família como uma parte necessária do seu trabalho, descrevendo a criação de uma relação aberta e de confiança como essencial, mas exigente.

As UCI's tornaram-se cada vez mais stressantes, com mais tecnologia e maiores expectativas por parte da família dos doentes (Tracy e Ceronsky, 2001, *cit. in* Stayt, 2009). O trabalho emocional é um componente considerável dos cuidados intensivos, o que aumenta as exigências sobre os que prestam cuidados.

A admissão de um doente crítico adulto nos cuidados intensivos representa uma crise tanto para os doentes como para as suas famílias. Os membros da família do doente crítico podem experimentar níveis extremos de stress e perturbação emocional durante todo o processo de doença do familiar. Um princípio central da prestação de cuidados holísticos de enfermagem na unidade de cuidados intensivos é cuidar de ambos: dos doentes e das suas famílias, no entanto, o envolvimento emocional necessário implica exigências consideráveis sobre quem presta esses cuidados. O apoio que os prestadores de cuidados de saúde exigem é frequentemente negligenciado nestes ambientes desafiadores

potencialmente, a menos que devidamente apoiados, o trabalho emocional pode levar ao stress ocupacional e, finalmente, ao *burnout*, (Stayt, 2009).

Estes pressupostos levaram (Stayt, 2009) a desenvolver um estudo com uma abordagem fenomenológica heideggeriana, com recurso a uma entrevista realizada a uma amostra de 12 enfermeiros que trabalham em UCI's de adultos. As transcrições das entrevistas revelaram que o significado da morte, as más notícias e as relações interpessoais com a família são fonte de stress emocional para os enfermeiros que enfrentam o cuidar dos familiares de doentes em estado crítico na UCI.

Em síntese, os autores referenciados sugerem que a assistência à família na UCI é essencial mas cansativa para os enfermeiros e que os enfermeiros que cuidam de famílias que têm familiares adultos em UCI's despendem um trabalho emocional considerável.

3 - METODOLOGIA

Neste capítulo, procuramos definir as estratégias que utilizámos para estudar a Vulnerabilidade ao Stress numa amostra de *Familiars de Doentes Críticos*.

Assim, tendo por base o quadro teórico elaborado definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar resposta às questões formuladas. Iremos deste modo, descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatísticos que se irão realizar.

3.1 – OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Diversos estudos têm demonstrado que o internamento de um familiar numa unidade de cuidados intensivos é factor de vulnerabilidade ao stress para a sua família. Neste sentido, delineamos um conjunto de objectivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja:

- Caracterizar alguns parâmetros sócio - demográficos dos *Familiars*;
- Avaliar a vulnerabilidade ao stress dos *Familiars*;
- Analisar a influência das variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, habilitações literárias, estado civil e grau de parentesco) na vulnerabilidade ao stress dos *Familiars*;
- Determinar o efeito da funcionalidade familiar na vulnerabilidade ao stress dos *Familiars*;
- Identificar o grau de importância e satisfação das necessidades na vulnerabilidade ao stress dos *Familiars*;
- Medir o efeito da importância e satisfação das necessidades na vulnerabilidade ao stress dos *Familiars*;
- Estimar o efeito preditivo da idade, funcionalidade familiar, importância e satisfação das necessidades na vulnerabilidade ao stress dos *Familiars*;

Face aos objectivos descritos e às questões de investigação formuladas equacionaram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – As variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, grau de parentesco) influenciam de forma significativa a vulnerabilidade ao stress dos *Familiars*;

Hipótese 2 – A funcionalidade familiar têm efeito significativo na vulnerabilidade ao stress dos *Familiars*;

Hipótese 3 – A importância e satisfação das necessidades têm efeito significativo na vulnerabilidade ao stress dos *Familiars*;

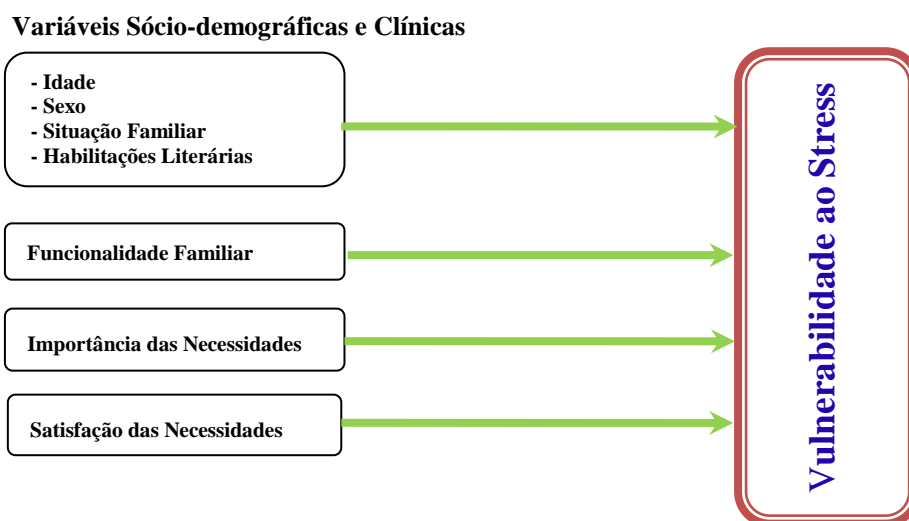
Hipótese 4 - A idade, a funcionalidade familiar e a importância e satisfação das necessidades predizem a vulnerabilidade ao stress dos *Familiars*.

3.2 – TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo delineado para esta investigação, tem as características dos estudos quantitativos observacionais, assente numa colheita de dados em corte transversal, com análise descritiva e correlacional dos resultados, com o qual se procura estudar o modo como variáveis pessoais e situacionais se repercutem na vulnerabilidade ao stress em *Familiars de Doentes Críticos*.

Nesta perspectiva e tendo em conta a revisão teórica efectuada, os objectivos e as hipóteses delineadas, elaboramos a representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estudar entre as variáveis, (cf. Figura 1).

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica (desenho de investigação).



Legenda: Influência das variáveis independentes sobre a variável dependente.

3.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Definido o tipo de estudo, foi necessário procedermos à elaboração do instrumento de recolha de dados, que melhor se coadunasse com o tipo de amostra que pretendíamos estudar. Refere Sampieri *et al.* (2006), que o método de recolha de dados a utilizar é determinado pela natureza do problema de investigação, pelas variáveis em estudo e pelas estratégias de análise estatística a realizar. Foi com base nestes pressupostos que optámos por efectuar a recolha de informação, tendo como suporte um *Questionário sócio - demográfico* elaborado com base na pesquisa bibliográfica sobre a temática e um conjunto de escalas que permitem avaliar entre outros aspectos a funcionalidade familiar, a importância e satisfação das necessidades e a vulnerabilidade ao stress.

As escalas foram: a *Escala de Apgar Familiar* de Smilkstein (1978) adaptada por Azeredo e Matos (1989), a *Escala de Vulnerabilidade ao Stress - 23 QVS*, elaborada por Vaz Serra em 1985 (Vaz Serra, 2000), o *Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)* e o *Needs Met Inventory (NMI)* ambos de Molter (1979) e Leske (1991), versão adaptada de Melo (2005). (cf. Anexo 1).

O instrumento de colheita de dados estrutura-se em quatro partes. A primeira parte é dedicada à caracterização sócio-demográfica e clínica dos *Familiars de Doentes Críticos*, a segunda ao estudo da sua funcionalidade familiar, a terceira à avaliação da importância e satisfação das necessidades e a quarta à exploração dos dados conducentes à avaliação da vulnerabilidade ao stress dos *Familiars de Doentes Críticos*.

A ordem pela qual o Questionário e Escalas se apresentam obedece à seguinte disposição:

Parte I - Questionário Sócio - Demográfico

O Questionário permitiu colher informações relevantes para a caracterização da amostra no que concerne a dados pessoais, sociais, familiares e clínicos, designadamente informação acerca do sexo, idade, estado civil, grau de parentesco, habilitações literárias, área de residência, situação familiar, diagnóstico clínico do doente crítico e experiência anterior no acompanhamento dos doentes críticos na unidade de cuidados intensivos.

Parte II - Funcionalidade Familiar

A funcionalidade familiar elucida sobre a dinâmica familiar e a qualidade da relação do utente com os seus familiares. Para a avaliação da funcionalidade familiar utilizou-se a *Escala de Apgar Familiar*, elaborada por Smilkstein, Ashworth e Montano (1978) *cit. in* Azeredo e Matos (1989) que mede a existência de disfunção familiar e o grau desta, através de 5 questões, com possibilidades de

resposta (quase sempre (2); algumas vezes (1) e quase nunca(0)). Consideramos **uma família altamente funcional** aquela que apresenta um *score* total entre 7 a 10 pontos, **uma família moderadamente funcional** a que apresenta um *score* de 4 a 6 e **uma família com disfunção acentuada** aquela que apresenta um *score* de 0 a 3.

Esta escala permite caracterizar os componentes fundamentais da função familiar em:

Adaptação intrafamiliar – alude à utilização dos recursos, dentro e fora da família para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;

Participação/comunicação – referente à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;

Crescimento/desenvolvimento – compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;

Afecto – existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;

Resolução/dedicação ou decisão – Reflecte o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. O que implica também, uma decisão na partilha de bens e espaço.

Como nota referenciamos que esta escala somente avalia o grau de satisfação familiar sentido e exprimido pelo sujeito.

Parte III - Importância e Satisfação das Necessidades

O *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) foi desenhado por Molter (1979) e posteriormente desenvolvido por Leske (1991). A versão original do CCFNI é constituído por 45 itens de necessidades específicas referidas por familiares de indivíduos com doença crítica, que permitem avaliar cinco domínios, respectivamente necessidades de segurança, de informação, de proximidade, de suporte e conforto, (Leske, 1991 *cit in* Melo, 2005, p.55).

A consistência interna, medida pelo coeficiente Alfa de Cronbach, tem evidenciado um alto grau de confiabilidade do instrumento, com valores que variam entre .730 e .739 para os factores e com .742 para o total dos itens, (Leske, 1991 *cit in* Melo, 2005, p.61).

O CCFNI tem como objectivo avaliar o *nível de importância familiar* que o inquirido atribui a *cada necessidade*, usando para tal, uma escala tipo Likert de 4 pontos: Nada Importante (1), Pouco Importante (2), Importante (3), Muito Importante (4). A pontuação é obtida através da soma das totalidades dos itens, ou obtendo a soma parcial de cada dimensão. Uma vez obtidas as somas, é determinada a sua média aritmética, sendo que, quanto maior for o valor por esta apresentado, maior será a importância atribuída à necessidade avaliada individualmente ou a uma categoria de necessidades avaliadas em conjunto, (Leske, 1991 *cit in* Melo, 2005, p.55).

O *Grau de satisfação dos familiares* será avaliado pela aplicação do *Needs Met Inventory* (NMI). Este inventário é constituído pelos mesmos itens e dimensões que contempla o CCFNI, diferindo deste porque solicita ao familiar inquirido que identifique o grau de satisfação que percebe para cada necessidade, utilizando para tal, uma escala tipo Likert com 5 pontos: Mau (1), Insuficiente (2), Suficiente (3), Bom (4), Excelente (5). A metodologia a utilizar para obtenção da pontuação a partir da aplicação desta escala, é similar à utilizada para o CCFNI, (Leske, 1991 *cit in* Melo, 2005, p.55).

Apesar destas escalas não se encontrarem validadas para a população portuguesa, Melo (2005), no estudo “*Familiares de doentes internados na unidade de cuidados intensivos*”, procedeu á sua tradução para a população. Da análise psicométrica resultou a exclusão de 7 itens do instrumento original, obtendo-se assim uma versão final de 38 itens, com um valor de Alfa de Cronbach de .742, o que traduz uma razoável consistência interna. Relativamente aos factores, os valores de Alfa de Cronbach variam entre o .730 e .739, (Melo, 2005, p.61).

A análise factorial realizada por Melo (2005, p.66), permitiu extrair **5 factores** designados por:

Factor 1 - Necessidades de confiança/tranquilidade, explica 13,68% da variância total e é constituído pelos itens 2, 4, 8 24, 29, 31, 32, 33, 34 e 35.

Factor 2 - Necessidade de informação, explica 13,34% da variância total e é constituído pelos itens 1, 12, 13, 14, 15, 17, 36 e 37.

Factor 3 - Necessidades de proximidade, explica 10,8% da variância total e é constituído pelos itens 5, 6, 9, 11, 21, 22, e 38.

Factor 4 - Necessidade de apoio/ajuda, explica 10,33% da variância total e é constituída pelos itens 3, 19, 20, 23, 25, 26, e 28.

Factor 5 - Necessidade de conforto, explica 10,05% da variância total e é constituído pelos itens 7, 10, 16, 18, 27 e 30, Melo (2005, p.66),

O CCFNI, tem sido utilizado, em grande número de estudos quantitativos sobre as necessidades de familiares de doentes críticos, na sua forma original ou traduzida e adaptada para diferentes idiomas, países e tipos de população, (Freitas, 2005), pelo que neste estudo, aplicámos a versão adaptada por Melo (2005), (cf. Anexo 1), tendo sido solicitada para o efeito autorização ao autor (cf. Anexo 2).

Parte IV – Vulnerabilidade ao Stress

O conceito de *vulnerabilidade* deve ser entendido na *relação específica* que se estabelece entre o indivíduo e determinada circunstância. Neste contexto a situação representa o componente *objectivo* e, o indivíduo, o componente *subjectivo*. (Vaz Serra, 2000, p. 270).

A *Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS*, elaborada por Vaz Serra em 1985 (Vaz Serra, 2000), é constituída por 23 questões. Cada pergunta tem 5 possibilidades de resposta (concordo

em absoluto, concordo bastante, não concordo nem discordo, discordo bastante e discordo em absoluto). Foi criada a partir do estudo de uma amostra de 368 elementos da população em geral.

A correlação par/ímpar foi de .732 e o coeficiente Spearman-Brown de .845, reveladores de uma boa consistência interna. O coeficiente Alfa de Cronbach para todos os itens apresentou um valor de .824. Este valor baixou sempre quando à escala foram excluídos alguns dos itens seleccionados, evidenciando este facto a importância que cada um deles tem como elemento contributivo para uma boa homogeneidade.

Uma análise factorial de componentes principais seguidas de rotação de varimax extraiu sete factores ortogonais que explicam 57,5% da variância total. A composição de cada factor parece traduzir o seguinte significado:

Factor 1 – Perfeccionismo e intolerância à frustração que corresponde aos itens 5, 10, 16, 18, 19, 23.

Factor 2 – Inibição e dependência funcional que corresponde aos itens 1, 2, 9, 12, 22.

Factor 3 – Carência de apoio social que corresponde aos itens 3, 6.

Factor 4 – Condições de vida adversas que corresponde aos itens 4, 21.

Factor 5 – Dramatização da existência que corresponde aos itens 5, 8, 20.

Factor 6 – Subjugação que corresponde aos itens 11, 13, 14, 15.

Factor 7 – De privação de afecto e rejeição que corresponde aos itens 7, 13, 17.

O valor atribuído às diferentes classes de resposta varia entre 0 e 4, correspondendo a pontuação mais elevada aos aspectos mais negativos da descrição do indivíduo.

A fim de se evitar tendências de resposta, algumas questões foram construídas de forma a representarem aspectos positivos e outros negativos.

Aos itens 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 20 correspondem as pontuações Concorde em absoluto (0), Concorde bastante (1), Não concordo nem discordo (2), Discordo bastante (3) e Discordo em absoluto (4).

Aos itens 2, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 e 23 correspondem as pontuações: Concorde em absoluto (4), Concorde bastante (3), Não concordo nem discordo (2), Discordo bastante (1), e Discordo em absoluto (0).

A soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas indica o resultado final, sendo a pontuação máxima 92 e o mínimo 0. A cotação final da escala diz-nos que, à medida que aumenta a pontuação aumenta a vulnerabilidade ao stress, “um valor de 43, obtido no preenchimento da 23 QVS, constitui um ponto de corte acima do qual uma pessoa se revela vulnerável ao stress”, (Vaz Serra, 2000, p. 306).

Foi solicitada autorização ao autor para utilizar a escala “*Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS*”, tendo sido obtido parecer favorável, (cf. Anexo 2).

Em síntese, o *Protocolo de Colheita de Dados* utilizado permitiu obter informações acerca das variáveis sócio-demográficas, funcionalidade familiar, importância e satisfação das necessidades e vulnerabilidade ao stress.

3.4 – PROCEDIMENTOS NA SELECÇÃO DA AMOSTRA E NA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para o nosso estudo recorreremos a uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência que teve por base os *Familiares* que experienciaram uma relação de proximidade física efectiva com os doentes internados na unidade de cuidados intensivos. Os *Familiares* poderiam ser um parente ou pessoa significativa (cônjuge ou outro) dos doentes críticos, que assumiu o papel a partir de relações familiares ou outras.

A colheita de dados foi efectuada no período de Janeiro a Maio de 2011, contactando com sucesso 60 familiares.

Para minimizar divergências interpretativas considerámos como critério de inclusão estar ligado ao doente crítico por uma relação de parentesco ou conjugal/equivalente e como critério de exclusão dos participantes, considerou-se possuir história prévia de doença mental.

Procurando pautar a nossa actuação em todo o processo de investigação por uma rigorosa conduta ética, foi solicitada a autorização formal para participação no estudo aos *Familiares dos Doentes Críticos*, como consta na declaração de consentimento, (cf. Anexo 3).

Comprometemo-nos ainda a garantir o anonimato e confidencialidade dos resultados, e que só participariam voluntariamente. Assim, nos dias e horas apazados e a anteceder a aplicação do instrumento de colheita foi explicado aos *Familiares*, os objectivos e a colaboração que deles se pretendia, reforçando-se uma vez mais o carácter de voluntariedade de participação no estudo. Procedemos à sua elucidação e apelamos à sinceridade no seu preenchimento. Sempre que o nível literário não permitia o preenchimento do instrumento, e com o objectivo de não perder participantes, as investigadoras colocavam a questão e anotavam a resposta do inquirido.

A realização da colheita de dados foi solicitada ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São Teotónio E.P.E. - Viseu, actual Centro Hospitalar Tondela-Viseu E.P.E., Unidade de Viseu em 31 de Janeiro 2011 e autorizada a 17 de Fevereiro 2011, (cf. Anexo 4).

3.5 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de locali-

zação como médias e medidas de variabilidade ou dispersão, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

No que respeita à estatística inferencial, fizemos uso da estatística paramétrica e não paramétrica, destacando-se o recurso aos seguintes testes: Teste T-Student; teste de U Mann-Whitney (UMW) Análise de variância a um factor (ANOVA); Análise de Regressão simples e múltipla. Coeficiente de Correlação de Pearson e *Ró* de Spearman; Teste de Qui quadrado (χ^2).

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância (D' Hainaut, 1990):

- $\rho < .05$ * - diferença estatística significativa
- $\rho < .01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $\rho < .001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $\rho \geq .05$ n.s. – diferença estatística não significativa

O tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS 15.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 15.0 (2006) para Windows.

Finalizadas as considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respectivo tratamento estatístico.

A apresentação dos dados surge em vários quadros e gráficos precedidos da respectiva análise descritiva.

Assim, no primeiro capítulo será abordada a caracterização dos *Familiares de Doentes Críticos*, no segundo a caracterização da funcionalidade familiar, no terceiro a descrição da importância e satisfação das necessidades, no quarto realizado o estudo da vulnerabilidade ao stress e no quinto procede-se à análise inferencial da relação das variáveis independentes com a variável dependente, proposta pelas hipóteses de investigação.

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS FAMILIARES DE DOENTES CRÍTICOS

A amostra ficou constituída por 60 participantes, designados por Familiares de Doentes Críticos.

- **Sexo e idade**

Os familiares de doentes críticos são maioritariamente mulheres (60%), sendo 40% homens, (cf. Quadro 2). A idade variou entre os 18 e os 73 anos, com uma média de 45.48 anos ($s=14.205$ anos), e uma dispersão elevada em torno da média (CV=31,24%).

Os valores de simetria (Skewness/erro=.673) e curtose (Kurtosis/erro=-1.194), indiciam uma curva gaussiana simétrica e mesocúrtica. Tendo por base o referido, consideramos a distribuição das idades, como normal (cf. Quadro 1).

A média de idade das mulheres é menor ($\bar{x} = 44.50$) do que a dos homens ($\bar{x} = 46.96$), contudo as diferenças estatísticas não são significativas, (teste T-Student $t = .654$ $p = .516$), ou seja, a média das idades entre os grupos é equivalente. (cf. Quadro 1).

A variável idade, foi recodificada em quatro grupos etários com amplitude de 15 anos, apurando-se que 46,7% têm idades compreendidas entre os 34 e os 48 anos de idade e 20,0% têm idades compreendidas entre os 49 e os 63 anos de idade. Nos homens e nas mulheres, o grupo etário mais representativo é dos 34 e 48 anos com 45,8% e 47,2% respectivamente, (cf. Quadro 2).

Quadro 1 - Estatísticas relativas a idade dos Familiares de Doentes Críticos em função do sexo.

Sexo \ Idade	n	Min.	Máx.	\bar{x}	s	CV(%)	Sk	Erro Sk	SK/erro	K	Erro K	K/erro	t	ρ
Masculino	24	18	73	46.96	15.555	33,12	.293	.472	.621	-.862	.918	-.939	.654	.516 n.s.
Feminino	36	18	72	44.50	13.366	30,04	.207	.393	.527	-.696	.768	-.906		
Total	60	18	73	45.48	14.205	31,24	.280	.309	.673	-.726	.608	-1.194		

- **Estado civil**

A maioria dos familiares de doentes críticos são casados, (76,7 %) seguido dos solteiros com 16,7%. Os valores percentuais no sexo masculino e no feminino são idênticos aos da amostra total, (cf. Quadro 2).

- **Grau de Parentesco dos Familiares dos Doentes Críticos**

Inferimos que em termos relacionais, a maioria dos *Familiares* são filhos (31,7%) seguidos do marido/esposa (23,3%) e irmão/irmã (21,7%) dos Doentes Críticos, sendo o pai/mãe o grau de parentesco com menor representatividade (8,3%). Entre os homens, o grau de parentesco mais frequente é o de irmão/irmã (37,5 %), por sua vez no sexo feminino o parentesco filho(a) encontra-se mais representado (41,7%), (cf. Quadro 2).

- **Habilitações literárias**

Os familiares de doentes críticos na maioria (28,3%) possuem baixa escolaridade, integrando o 1.º ciclo/4.ª classe 33,3% dos homens e 25,1 % das mulheres, (cf. Quadro 2).

- **Área de residência**

Identificámos o predomínio de familiares de doentes críticos a residir na área de Viseu (71,7%). Valores semelhantes aos da amostra total, são observados no sexo masculino e feminino, (66,7% e 75,0 %, respectivamente), (cf. Quadro 2).

- **Situação familiar**

A análise da situação familiar mostra que maioritariamente os familiares dos doentes críticos vivem acompanhados (90,0%), tendência igualmente observada no sexo masculino e feminino (87,5% e 91,7% respectivamente), (cf. Quadro 2).

- **Perfil sócio-demográfico dos familiares de doentes críticos**

O perfil sócio-demográfico médio dos familiares de doentes críticos revela ser mulher (60%), com cerca de 44 anos de idade, casada (80,5%), com o grau de parentesco de filho(a) (31,7%), com formação literária 1.º ciclo/4.ª classe (28,3%), residente no concelho de Viseu (71,7%) e vivendo acompanhada (90,0%).

Quadro 2 - Características Sócio-demográficas dos Familiares de Doentes Críticos.

<i>Características sócio-demográficas</i>	Masculino (n= 24; 40,0%)		Feminino (n= 36; 60,0%)		Total (n= 60; 100,0%)	
	n	%	n	%	n	%
Idade	\bar{X}	δ	\bar{X}	δ	\bar{X}	δ
	46.96	15.555	44.50	13.366	45.48	14.205
Grupo Etário						
18 – 33	4	16,7	7	19,4	11	18,3
34 – 48	11	45,8	17	47,2	28	46,7
49 – 63	4	16,7	8	22,2	12	20,0
64 – 78	5	20,8	4	11,1	9	15,0
Total	24	100,0	36	100,0	60	100,0
Estado Civil						
Solteiro(a)	5	20,8	5	13,9	10	16,7
Casado(a) / União de Facto	17	70,8	29	80,5	46	76,7
Divorciado(a) / Separado(a)	1	4,2	1	2,8	2	3,3
Viúvo(a)	1	4,2	1	2,8	2	3,3
Total	24	100,0	36	100,0	60	100,0
Habilitações Literárias						
1.º Ciclo / 4.ª Classe	8	33,3	9	25,1	17	28,3
2.º Ciclo / Ciclo Preparatório	1	4,2	3	8,3	4	6,7
3.º Ciclo / 9.º Ano	3	12,5	7	19,4	10	16,7
Secundário / 12.º Ano	7	29,2	7	19,4	14	23,3
Licenciatura	5	20,8	8	22,2	13	21,7
Mestrado	-	0,0	2	5,6	2	3,3
Total	24	100,0	36	100,0	60	100,0
Grau de Parentesco com o Doente						
Cônjuge (Esposa/Marido)	4	16,7	10	27,8	14	23,3
Filho(a)	4	16,7	15	41,7	19	31,7
Irmão(ã)	9	37,5	4	11,1	13	21,7
Pai/Mãe	2	8,3	3	8,3	5	8,3
Outro	5	20,8	4	11,1	9	15,0
Total	24	100,0	36	100,0	60	100,0
Local de Residência						
Concelho de Viseu	16	66,7	27	75,0	43	71,7
Fora do Concelho de Viseu	8	33,3	9	25,0	17	28,3
Total	24	100,0	36	100,0	60	100,0
Situação Familiar						
Vive Sozinho(a)	3	12,5	3	8,3	6	10,0
Vive Acompanhado(a)	21	87,5	33	91,7	54	90,0
Total	24	100,0	36	100,0	60	100,0
Se vive Acompanhado, com Quem Vive?						
Cônjuge	13	61,9	16	46,9	29	53,7
Pais	3	14,3	4	12,5	7	13,0
Filho(s)	-	0,0	4	12,5	4	7,4
Outro(s)	5	23,8	9	28,1	14	25,9
Total	21	100,0	33	100,0	54	100,0

- **Experiência anterior no acompanhamento dos doentes críticos na unidade de cuidados intensivos**

A análise da variável experiência anterior no acompanhamento dos doentes críticos na unidade cuidados intensivos foi realizada através da sua classificação em: Com e Sem Experiência, permitindo apurar que 86,7%, dos familiares dos doentes críticos não possuem experiência anterior no acompanhamento dos doentes críticos na unidade de cuidados intensivos, e que apenas 13,3% relatou possuir experiência anterior (cf. Quadro 3).

Quadro 3 - Experiência anterior no acompanhamento dos doentes críticos na unidade de cuidados intensivos.

Experiência anterior no acompanhamento dos doentes críticos na unidade de cuidados intensivos	Masculino (n= 24; 40,0%)		Feminino (n= 36; 60,0%)		Total (n= 60; 100,0%)	
	n	%	n	%	n	%
Com Experiência	3	12,5	5	13,9	8	13,3
Sem Experiência	21	87,5	31	86,1	52	86,7
Total	24	100,0	36	100,0	60	100,0

- **Diagnóstico clínico do doente em estado crítico**

Os diagnósticos clínicos, são maioritariamente desconhecidos dos familiares (45,00%), constata-se que os mais conhecidos são o de Politraumatizado e as Intoxicações Medicamentosas respectivamente com 6,67%, (cf. Quadro 4).

Quadro 4 - Diagnósticos clínicos dos doentes em estado crítico.

Diagnósticos clínicos dos doentes em estado crítico	n	%
Acidente Vascular Cerebral Tronco	3	5,00
Carcinoma Garganta	1	1,66
Choque Séptico	1	1,66
Cirurgia da Laringe	2	3,33
Cirurgia	3	5,00
Doença Addison	2	3,33
Guillan Barré	2	3,33
Hemorragia	1	1,66
Infecção Respiratória	2	3,33
Intoxicação Medicamentosa	4	6,67
Neoplasia	1	1,66
Parkinson	1	1,66
Problemas Cárdio-Respiratórios	2	3,33
PCR	3	5,00
Politraumatizado	4	6,67
Problemas Pulmonares	1	1,66
Diagnostico Clínico Desconhecido do Familiar	27	45,00
Total	60	100,00

4.2 - CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR DOS FAMILIARES DE DOENTES CRÍTICOS

Em termos médios, o *score* relativo à funcionalidade familiar apresentado pelos familiares de doentes críticos foi de 7,40 ($\delta=2.196$), com um mínimo de 1 e um máximo de 10, sendo a dispersão moderada em torno da média.

Os valores de simetria (Skewness/erro=-2.718) e curtose (Kurtosis/erro=1.344), indiciam uma curva gaussiana assimétrica negativa com enviesamento à direita e mesocúrtica. Tendo por base estes resultados consideramos a distribuição da funcionalidade familiar, dos familiares de doentes críticos, como não sendo normal (cf. Quadro 5).

As ordenações médias relativas à funcionalidade familiar mostram ser superiores nos familiares do sexo feminino (Mulheres=32.10 vs Homens=28.10), revelando o teste U de Mann-Whitney que as diferenças face ao sexo não são estatisticamente significativas ($U=374.500$; $Z=-.882$; $\rho=.378$ n.s.), aceitando-se não existirem diferenças entre homens e mulheres (cf. Quadro 6).

Ao aprofundarmos o estudo da funcionalidade familiar em função da idade, observamos que a mesma se não associou à funcionalidade familiar (Correlação Ró Spearman Ró=-.098; $\rho=.455$), (cf. Quadro 7).

Quadro 5 - Estatísticas relativas à Funcionalidade Familiar.

Funcionalidade Familiar / Sexo	N	\bar{x}	Mín.	Max.	δ	CV%	Sk	Std erro	Sk/Erro	K	Std erro	K/Erro
Masculino	24	7.00	1	10	2.519	35,99	-,996	,472	-2.116	,906	,918	,987
Feminino	36	7.67	3	10	1.942	25,32	-,416	,393	-1.058	-,420	-,768	-,547
Total	60	7.40	1	10	2.196	29,68	-,840	,309	-2.718	,817	,817	1.344

Quadro 6 - Resultados do teste U de Mann-Whitney na Funcionalidade Familiar, em função do sexo.

Funcionalidade Familiar / Sexo	Masculino (n= 24; 40,0%)		Feminino (n= 36; 60,0%)		U	Z	ρ
	Ordenações médias	Soma dos quadrados	Ordenação média	Soma dos quadrados			
<i>Nota global da Escala de Apgar Familiar</i>	28.10	674.50	32.10	1155.50	374.500	-.882	.378 n.s.

n.s. $\rho > .05$

Quadro 7 - Resultados do Coeficiente de Correlação Ró de Spearman entre a Idade e a Funcionalidade Familiar.

Variáveis Independentes	Funcionalidade Familiar	
	Ró de Spearman	ρ
Idade	-.098	.455 n.s.

A maioria dos familiares de doentes críticos (70%) encontra-se inserida em famílias altamente funcionais. Cerca de 25% está inserida numa família moderadamente funcional e 5% pertencem a

famílias com disfunção acentuada. As famílias altamente funcionais são as mais frequentes tanto nos homens (66,7%) como nas mulheres (72,2%), (cf. Quadro 8).

Quadro 8 - Funcionalidade Familiar em função do sexo.

Funcionalidade Familiar	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
I – Família altamente funcional (7 - 10)		16	66,7	26	72,2	42	70,0
II – Família moderadamente funcional (4- 6)		6	25,0	9	25,0	15	25,0
III – Família com disfunção acentuada (0 - 3)		2	8,3	1	2,8	3	5,0
Total		24	100,0	36	100,0	60	100,0

4.3 – CARACTERIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS FAMILIARES DOS DOENTES CRÍTICOS.

- **Importância das Necessidades**

Em termos médios, o *score* relativo à Importância das Necessidades obtido pelo CCFNI apresentado pelos familiares de doentes críticos foi de 124.68 ($s=13.150$), com um mínimo de 85 e um máximo de 150, sendo a dispersão baixa em torno da média.

Os valores de simetria (Skewness/erro=-.466) e curtose (Kurtosis/erro=-.316), indiciam uma curva gaussiana simétrica e mesocúrtica. Considerando-se a distribuição da importância das necessidades dos familiares de doentes críticos, como normal (cf. Quadro 9).

A Importância das Necessidades é mais elevada nos familiares do sexo feminino ($\bar{x}=129.03$) do que no sexo masculino ($\bar{x}=118.17$), revelando o teste T-Student que as diferenças face ao sexo são estatisticamente significativas, aceitando-se que as mulheres atribuem maior importância às necessidades, quando comparada com os homens, quer no *score* global ($t=-3.404$; $\rho=.001$), quer nos factores (cf. Quadro 11).

Quadro 9 - Estatísticas relativas à Importância das Necessidades (CCFNI).

Importância CCFNI	Min.	Máx.	\bar{x}	s	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Masculino	85	135	118.17	11.366	-1.875	1.831	9,6
Feminino	108	150	129.03	12.573	-.064	-1.256	9,7
Total	85	150	124.68	13.150	-.466	.316	10,55

Quadro 10 - Estatísticas relativas à Importância das Necessidades (Factores e Total).

Importância (CCFNI)	Sexo	Masculino (n=24; 40,0%)							Feminino (n=36; 60,0%)							Total (n=60; 100,0%)						
		\bar{x}	Min	Máx	s	CV%	SK/er	K/er	\bar{x}	Min	Máx	s	CV%	SK/er	K/er	\bar{x}	Min	Máx	s	CV%	SK/er	K/er
Fact1-Confiança/Tranquilidade		33.18	24	40	3.830	11,50	-.508	-.223	35.97	28	40	3.895	10,83	-1.420	-1.642	34.85	24	40	4.079	11,70	-1.133	-1.518
Fact2-Informação		26.42	21	32	3.256	12,34	.324	-1.313	28.53	21	32	3.176	11,13	-2.176	-.387	27.68	21	32	3.347	12,09	-1.291	-1.831
Fact3-Proximidade		20.42	13	26	3.270	16,01	-.549	-.137	22.78	15	28	3.025	13,28	-.379	-.417	21.83	13	28	3.310	15,16	-.786	-.217
Fact4-Apoio/Ajuda		21.25	15	26	2.642	12,43	-1.148	.199	23.22	18	28	2.809	12,10	.158	-1.423	22.43	15	28	2.890	12,88	-.243	-.456
Fact5-Conforto		16.92	12	21	2.041	12,06	-.237	.514	18.53	14	24	2.952	15,93	1.092	-1.204	17.88	12	24	2.725	15,43	1.806	-.270
Score global (CCFNI)		118.17	85	135	11.366	9,62	-1.875	1.831	129.03	108	150	12.573	9,74	-.064	-1.257	124.68	85	150	13.150	10,55	-.466	.316

Quadro 11 - Resultados do teste T-Student relativos à relação entre o Sexo e a Importância das Necessidades (Factores e Total).

Importância (CCFNI)	t	ρ
<i>Fact. 1 - Necessidades de Confiança/Tranquilidade</i>	-2.752	.008
<i>Fact. 2 - Necessidades de Informação</i>	-2.497	.015
<i>Fact. 3 - Necessidades de Proximidade</i>	-2.868	.006
<i>Fact. 4 - Necessidades de Apoio/Ajuda</i>	-2.727	.008
<i>Fact. 5 - Necessidades de Conforto</i>	-2.326	.024
Score global (CCFNI)	-3.404	.001

- **Satisfação das Necessidades**

Em termos médios, o *score* relativo à **Satisfação das Necessidades** (NMI) apresentados pelos *Familiares de Doentes Críticos* foi de 113.66 ($s=14.141$), com um mínimo de 82 e um máximo de 151, sendo a dispersão baixa em torno da média.

Os valores de simetria (Skewness/erro=2.294) e curtose (Kurtosis/erro=1.664), indiciam uma curva gaussiana assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e mesocúrtica. Tendo por base o referido, consideramos a distribuição da satisfação das necessidades dos familiares de doentes críticos, como não sendo normal (cf. Quadro 12).

A **Satisfação das Necessidades** é mais elevada nos Familiares do sexo feminino ($\bar{x}=114.33$) do que no sexo masculino ($\bar{x}=112.58$), porém o teste U Mann-Whitney mostrou que as diferenças face ao sexo não são estatisticamente significativas, pelo que inferimos que a satisfação é semelhante nos dois grupos, quer no *score* global (U=427.000; z=-.076; p=.940), quer nos factores (cf. Quadro 12).

Quadro 12 - Estatísticas relativas à Satisfação das Necessidades.

Satisfação	Min	Max	\bar{x}	s	Sk/erro	K/erro	CV (%)	U	Z	ρ
Masculino	93	144	112.58	11.244	1.627	2.008	9,9	427.000	-.076	.940
Feminino	82	151	114.33	15.898	1.569	.724	13,9			
Total	82	151	113.66	14.141	2.294	1.664	12,45			

Quadro 13 - Estatísticas relativas à Satisfação das Necessidades (NMI) Factores e Total).

Sexo Satisfação(NMI)	Masculino (n=24; 40,0%)								Feminino (n=36; 60,0%)								Total (n=60; 100,0%)							
	\bar{x}	Min	Máx	s	CV%	SK/er	K/er	\bar{x}	Min	Máx	s	CV%	SK/er	K/er	\bar{x}	Min	Máx	s	CV%	SK/er	K/er			
Fact1-Confiança/Tranquilidade	31.17	21	40	4.187	13,43	.436	.995	32.98	22	40	4.643	14,07	1.231	-.069	32.31	21	40	4.485	13,88	1.258	.266			
Fact2-Informação	24.08	18	31	3.049	12,66	1.391	1.452	26.25	15	32	4.041	15,39	.491	.061	24.56	15	32	3.670	14,94	1.210	.564			
Fact3-Proximidade	19.91	15	32	1.839	9,23	.766	1.965	21.39	13	28	3.214	15,02	.394	1.286	20.15	13	28	2.735	13,57	.919	2.856			
Fact4-Apoio/Ajuda	20.83	16	25	2.661	12,77	.341	-.932	21.07	10	28	3.747	17,78	.269	1.369	19.76	10	28	3.331	16,85	.423	1.692			
Fact5-Conforto	18.41	15	23	1.680	9,12	2.845	3.464	18.76	13	24	2.511	13,38	1.040	.566	17.83	13	24	2.202	12,34	2.012	1.756			
Total	112.58	93	144	11.244	9,9	1.627	2.008	114.33	82	151	15.898	13,9	1.569	.724	113.66	82	151	14.141	12,45	2.294	1.664			

Quadro 14 - Resultados do teste U Mann-Whitney relativos à relação entre o Sexo e a Satisfação das Necessidades (Factores e Total).

Satisfação (NMI)	Pesos Médios		Teste de U Mann-Whitney		
	Masculino	Feminino	U	Z	ρ
<i>Fact. 1 - Necessidades de Confiança/Tranquilidade</i>	30.98	30.18	420.500	-.176	.860 n.s.
<i>Fact. 2 - Necessidades de Informação</i>	28.38	31.92	381.000	-.779	.437 n.s.
<i>Fact. 3 - Necessidades de Proximidade</i>	29.15	31.40	399.500	-.496	.620 n.s.
<i>Fact. 4 - Necessidades de Apoio/Ajuda</i>	30.42	30.56	430.000	-.030	.976 n.s.
<i>Fact. 5 - Necessidades de Conforto</i>	29.52	31.15	408.000	-.360	.719 n.s.
Score global (NMI)	30.29	30.64	427.000	-.076	.940 n.s.

Constata-se que a maioria (38,3%) dos familiares atribui elevada importância às necessidades e que também a maioria (38,3%) se encontram muito satisfeitos, (cf. Quadro 15).

Quadro 15 - Grupos de corte relativos à Importância das Necessidades em função do sexo.

Sexo \ Importância das Necessidades	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pouca Importância (≤ 119.75)	13	54,2	8	22,2	21	35,0
Moderada Importância (>119.75 e <129.25)	7	29,2	9	25,0	16	26,7
Elevada Importância (≥ 129.25)	4	16,6	19	52,8	23	38,3
Total	24	100,0	36	100,0	60	100,0

Quadro 16 - Grupos de corte relativos à Satisfação das Necessidades em função do sexo.

Sexo \ Satisfação das Necessidades	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pouco Satisfeitos (≤ 108.47)	8	33,3	14	38,9	22	36,7
Razoavelmente Satisfeitos (>108.47 e <113.97)	7	29,2	8	22,2	15	25,0
Muito Satisfeitos (≥ 113.97)	9	37,5	114	38,9	23	38,3
Total	24	100,0	36	100,0	60	100,0

4.3.1 - Hierarquização da Importância e Satisfação das Necessidades

O estudo da hierarquização da importância das necessidades dos *Familiares* patenteia que os valores médios mais elevados se situam no item “Sentir que há esperança”, tendência observada em ambos os sexos (Homens $\bar{X} = 3.58$ vs Mulheres $\bar{X} = 3.67$) e no global da amostra ($\bar{X} = 3.63$). As mulheres consideraram ainda prioritário e com igual valor médio ($\bar{X} = 3.67$) “Visitar o doente com frequência”. (cf. Quadro 17 e Quadros 28, 29 e 30, no Apêndice 1).

Os itens menos pontuados foram “Ter um telefone perto da sala de espera” no sexo masculino ($\bar{X} = 2.33$) e no global da amostra ($\bar{X} = 2.68$) e os itens “Ter mobiliário confortável na sala de espera” ($\bar{X} = 2.89$) e “Poder estar sozinho sempre que quiser” ($\bar{X} = 2.89$) no sexo feminino. (cf. Quadro 17 e Quadros 28, 29 e 30, no Apêndice 1).

A análise alargada dos resultados denota que a ordenação decrescente da hierarquização importância das necessidades através dos seus valores médios indica que:

- Na **amostra total** das 17 primeiras necessidades (à excepção de 2), consideradas como as mais importantes pelos Familiares dizem respeito aos factores 1 e 2 (*Fact. 1 - Necessidades de Confiança/Tranquilidade; Fact. 2 - Necessidades de Informação*), representando 39,5% do total das necessidades. As 10 últimas necessidades (à excepção de 1), consideradas como as menos importantes pelos Familiares dizem respeito aos factores 3 e 5 (*Fact. 3 - Necessidades de Proximidade; Fact. 5 - Necessidades de Conforto*), representando 23,7% do total das necessidades.

- No sexo **masculino** das 17 primeiras necessidades (à excepção de 4), consideradas como as mais importantes pelos Familiares dizem respeito aos factores 1 e 2 (*Fact. 1 - Necessidades de Confiança/Tranquilidade; Fact. 2 - Necessidades de Informação*), representando 34,2% do total das necessidades. As 10 últimas necessidades (à excepção de 3), consideradas como as menos importantes pelos Familiares dizem respeito aos factores 3 e 5 (*Fact. 3 - Necessidades de Proximidade; Fact. 5 - Necessidades de Conforto*), representando 18,4% do total das necessidades.

- No sexo **feminino** das 17 primeiras necessidades (à excepção de 2), consideradas como as mais importantes pelos Familiares dizem respeito aos factores 1 e 2 (*Fact. 1 - Necessidades de Confiança/Tranquilidade; Fact. 2 - Necessidades de Informação*), representando 39,5% do total das necessidades. As 10 últimas necessidades (à excepção de 1), consideradas como as menos importantes pelos Familiares dizem respeito aos factores 3 e 5 (*Fact. 3 - Necessidades de Proximidade; Fact. 5 - Necessidades de Conforto*), representando 23,7% do total das necessidades.

Em síntese, infere-se que os Familiares valorizam sobretudo a Importância das Necessidades de Confiança/Tranquilidade e de Informação e atribuem menor importância às necessidades de Proximidade e Conforto, tendência observada em ambos os sexos e na amostra global. (cf. Quadro 17 e Quadros 28, 29 e 30 no Apêndice 1).

Quadro 17 - Hierarquização da Importância das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos.

Importância das Necessidades (CCFNI)	Masculino (n= 24; 40,0%)		Feminino (n= 36; 60,0%)		Total (n= 60; 100,0%)	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
Fact.2 - 1. Conhecer o prognóstico	3.38	.576	3.64	.639	3.53	.623
Fact.1 - 2. Ser informado acerca do ambiente de cuidados intensivos antes de entrar nesse ambiente pela primeira vez	3.50	.590	3.58	.604	3.55	.594
Fact.4 - 3. Ter o nome de uma pessoa específica a quem contactar quando pretende obter informações	3.21	.884	3.42	.554	3.33	.705
Fact.1 - 4. Obter respostas sinceras ás perguntas	3.46	.509	3.67	.478	3.58	.497
Fact.3 - 5. Poder visitar o familiar fora do horário estabelecido	3.21	.833	3.36	.899	3.30	.869
Fact.3 - 6. Poder falar acerca de todos os sentimentos causados pela situação	3.17	.702	3.39	.728	3.30	.720
Fact.5 - 7. Ter disponibilidade de boa comida no hospital	3.04	.624	3.19	.856	3.13	.769
Fact.1 - 8. Receber orientações sobre o que fazer quando está junto do familiar	3.42	.584	3.50	.737	3.47	.676
Fact.3 - 9. Poder visitar o familiar a qualquer hora	3.00	.978	3.19	1.009	3.12	.993
Fact.5 - 10. Saber que tipo de informação pode dar cada profissional da equipa	3.12	.537	3.39	.645	3.28	.613
Fact.3 - 11. Ter amigos e familiares por perto que possam dar apoio	3.33	.702	3.61	.549	3.50	.624
Fact.2 - 12. Saber porquê e quais as técnicas utilizadas nos cuidados do familiar	3.13	.612	3.47	.696	3.33	.681
Fact.2 - 13. Sentir que há esperança	3.58	.584	3.67	.478	3.63	.520
Fact.2 - 14. Conhecer os diferentes tipos de profissionais que prestam cuidados ao familiar	3.17	.637	3.44	.607	3.33	.629
Fact.2 - 15. Conhecer o tratamento médico a que está a ser sujeito o familiar	3.13	.680	3.58	.500	3.40	.616
Fact.5 - 16. Ter um local no hospital onde possa estar sozinho	2.46	.884	3.11	1.008	2.85	1.005
Fact.2 - 17. Saber exactamente os cuidados que estão a ser prestados ao familiar	3.25	.608	3.50	.561	3.40	.588
Fact.5 - 18. Ter mobiliário confortável na sala de espera	2.58	.717	2.89	.820	2.77	.789
Fact.4 - 19. Sentir que é bem acolhido pelo pessoal hospitalar	3.29	.690	3.67	.478	3.52	.596
Fact.4 - 20. Ter alguém que possa ajudar nos seus problemas financeiros	3.00	.722	3.25	.806	3.15	.777
Fact.3 - 21. Ter um telefone perto da sala de espera	2.33	.917	2.92	.841	2.68	.911
Fact.3 - 22. Ter alguém a acompanhá-lo quando visita o familiar	2.46	.658	3.08	.692	2.83	.740
Fact.4 - 23. Ter alguém que se preocupa com a sua saúde	2.88	.612	3.33	.586	3.15	.633
Fact.1 - 24. Ter a certeza que pode ausentar-se do hospital e o familiar fica bem	3.33	.637	3.67	.478	3.53	.566
Fact.4 - 25. Falar com o mesmo enfermeiro todos os dias	2.75	.737	3.03	.845	2.92	.809
Fact.4 - 26. Ser informado de alguém que possa resolver os seus problemas	3.08	.504	3.31	.624	3.22	.585
Fact.5 - 27. Poder estar sozinho sempre que quiser	2.79	.833	2.89	1.036	2.85	.954
Fact.4 - 28. Ter alguém que possa ajudar a resolver os problemas familiares	3.04	.624	3.22	.681	3.15	.659
Fact.1 - 29. Receber informações adequadas e fáceis de entender	3.29	.624	3.53	.609	3.43	.621
Fact.5 - 30. Que a visita comece á hora certa	2.92	.929	3.06	.826	3.00	.864
Fact.1 - 31. Ajudar na prestação de alguns cuidados ao familiar	2.96	.624	3.33	.676	3.18	.676
Fact.1 - 32. Ser informado sobre os planos de transferência e alta do familiar	3.25	.532	3.64	.543	3.48	.567
Fact.1 - 33. Ser informado, por telefone, sempre que haja alterações importantes no estado de saúde do familiar	3.33	.565	3.69	.467	3.55	.534
Fact.1 - 34. Receber informações sobre o familiar pelo menos uma vez por dia	3.17	.565	3.64	.487	3.45	.565
Fact.1 - 35. Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar	3.46	.588	3.72	.454	3.62	.524
Fact.2 - 36. Tomar conhecimento de factos específicos relacionados com a evolução do estado do familiar	3.25	.532	3.56	.558	3.43	.563
Fact.2 - 37. Visitar o doente com frequência	3.54	.509	3.67	.478	3.62	.490
Fact.3 - 38. Ter uma sala de espera perto do doente	2.92	1.060	3.22	.832	3.10	.933

O estudo da **hierarquização da satisfação das necessidades** realizada pelos *Familiares* denota que os valores médios mais elevados se situam no item “*Ser informado acerca do ambiente de cuidados intensivos antes de entrar nesse ambiente pela primeira vez*”, tendência observada em ambos os sexos (Homens \bar{X} =3.25 vs Mulheres \bar{X} =3.33) e no global da amostra (\bar{X} =3.30). Os homens consideraram ainda prioritário e com igual valor médio (\bar{X} =3.25) “*Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar*”, (cf. Quadros 31 a 33 do Apêndice 1).

Os itens menos pontuados foram “*Poder visitar o familiar a qualquer hora*” no sexo feminino ($\bar{X} = 2.56$) e no global da amostra ($\bar{X} = 2.58$) e o item “*Ter alguém que possa ajudar nos seus problemas financeiros*” ($\bar{X} = 2.54$) no sexo masculino, (cf. Quadro 18).

A análise aprofundada dos resultados denota que a ordenação decrescente da **hierarquização da satisfação das necessidades** através dos seus valores médios indica que:

- Na **amostra total** das 17 primeiras necessidades (à exceção de 4), consideradas como as mais importantes pelos Familiares dizem respeito aos factores 1 e 2 (*Fact. 1 - Necessidades de Confiança/Tranquilidade; Fact. 2 - Necessidades de Informação*), representando 34,2% do total das necessidades. As 10 últimas necessidades (à exceção de 1), consideradas como as menos importantes pelos Familiares dizem respeito aos factores 3 e 4 (*Fact. 3 - Necessidades de Proximidade; Fact. 4 - Necessidades de Apoio/Ajuda*), representando 23,7% do total das necessidades.
- No sexo **masculino** das 17 primeiras necessidades (à exceção de 4), consideradas como as mais importantes pelos Familiares dizem respeito aos factores 1 e 2 (*Fact. 1 - Necessidades de Confiança/Tranquilidade; Fact. 2 - Necessidades de Informação*), representando 34,2% do total das necessidades. As 10 últimas necessidades (à exceção de 2), consideradas como as menos importantes pelos Familiares dizem respeito aos factores 3 e 4 (*Fact. 3 - Necessidades de Proximidade; Fact. 4 - Necessidades de Apoio/Ajuda*), representando 21,1% do total das necessidades.
- No sexo **feminino** das 17 primeiras necessidades (à exceção de 4), consideradas como as mais importantes pelos Familiares dizem respeito aos factores 1 e 2 (*Fact. 1 - Necessidades de Confiança/Tranquilidade; Fact. 2 - Necessidades de Informação*), representando 34,2% do total das necessidades. As 10 últimas necessidades (à exceção de 2), consideradas como as menos importantes pelos Familiares dizem respeito aos factores 3 e 4 (*Fact. 3 - Necessidades de Proximidade; Fact. 4 - Necessidades de Apoio/Ajuda*), representando 21,1% do total das necessidades.

Em síntese, depreende-se que os Familiares valorizam sobretudo a Satisfação das Necessidades de Confiança/Tranquilidade e de Informação e atribuem menor importância à Satisfação das Necessidades de Proximidade e de Apoio/Ajuda, propensão presenciada no sexo masculino e feminino e na amostra global. (cf. Quadro 18 e Quadros 31, 32 e 33 no Apêndice 1).

Quadro 18 - Hierarquização da Satisfação das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos.

Satisfação das Necessidades (NMI)	Masculino (n= 24; 40,0%)		Feminino (n= 36; 60,0%)		Total (n= 60; 100,0%)	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
Fact.2 - 1. Conhecer o prognóstico	3.13	.612	3.14	.723	3.13	.676
Fact.1 - 2. Ser informado acerca do ambiente de cuidados intensivos antes de entrar nesse ambiente pela primeira vez	3.25	.608	3.33	.632	3.30	.619
Fact.4 - 3. Ter o nome de uma pessoa específica a quem contactar quando pretende obter informações	2.88	.797	2.81	.749	2.83	.763
Fact.1 - 4. Obter respostas sinceras ás perguntas	3.08	.584	3.17	.609	3.13	.596
Fact.3 - 5. Poder visitar o familiar fora do horário estabelecido	2.75	.532	2.64	.961	2.68	.813
Fact.3 - 6. Poder falar acerca de todos os sentimentos causados pela situação	2.96	.359	2.97	.654	2.97	.551
Fact.5 - 7. Ter disponibilidade de boa comida no hospital	2.96	.464	2.86	.762	2.90	.656
Fact.1 - 8. Receber orientações sobre o que fazer quando está junto do familiar	3.04	.550	3.19	.467	3.13	.503
Fact.3 - 9. Poder visitar o familiar a qualquer hora	2.62	.647	2.56	.909	2.58	.809
Fact.5 - 10. Saber que tipo de informação pode dar cada profissional da equipa	2.92	.504	2.94	.583	2.93	.548
Fact.3 - 11. Ter amigos e familiares por perto que possam dar apoio	3.08	.408	3.11	.708	3.10	.602
Fact.2 - 12. Saber porquê e quais as técnicas utilizadas nos cuidados do familiar	2.96	.464	3.03	.560	3.00	.521
Fact.2 - 13. Sentir que há esperança	3.08	.654	3.11	.622	3.10	.630
Fact.2 - 14. Conhecer os diferentes tipos de profissionais que prestam cuidados ao familiar	2.96	.464	3.11	.575	3.05	.534
Fact.2 - 15. Conhecer o tratamento médico a que está a ser sujeito o familiar	2.96	.550	3.03	.736	3.00	.664
Fact.5 - 16. Ter um local no hospital onde possa estar sozinho	2.79	.658	3.06	.754	2.95	.723
Fact.2 - 17. Saber exactamente os cuidados que estão a ser prestados ao familiar	2.83	.565	3.08	.604	2.98	.596
Fact.5 - 18. Ter mobiliário confortável na sala de espera	2.92	.408	2.97	.560	2.95	.502
Fact.4 - 19. Sentir que é bem acolhido pelo pessoal hospitalar	3.04	.550	3.25	.500	3.17	.526
Fact.4 - 20. Ter alguém que possa ajudar nos seus problemas financeiros	2.54	.658	2.64	.762	2.60	.718
Fact.3 - 21. Ter um telefone perto da sala de espera	2.71	.550	2.92	.604	2.83	.587
Fact.3 - 22. Ter alguém a acompanhá-lo quando visita o familiar	2.83	.381	2.97	.560	2.92	.497
Fact.4 - 23. Ter alguém que se preocupa com a sua saúde	3.00	.511	3.00	.717	3.00	.638
Fact.1 - 24. Ter a certeza que pode ausentar-se do hospital e o familiar fica bem	3.17	.637	3.22	.540	3.20	.576
Fact.4 - 25. Falar com o mesmo enfermeiro todos os dias	2.79	.658	2.78	.832	2.78	.761
Fact.4 - 26. Ser informado de alguém que possa resolver os seus problemas	2.67	.482	2.67	.717	2.67	.629
Fact.5 - 27. Poder estar sozinho sempre que quiser	3.04	.464	3.00	.632	3.02	.567
Fact.4 - 28. Ter alguém que possa ajudar a resolver os problemas familiares	2.79	.509	2.67	.717	2.72	.640
Fact.1 - 29. Receber informações adequadas e fáceis de entender	3.08	.584	3.06	.630	3.07	.607
Fact.5 - 30. Que a visita comece á hora certa	3.08	.408	3.08	.604	3.08	.530
Fact.1 - 31. Ajudar na prestação de alguns cuidados ao familiar	2.92	.654	2.94	.754	2.93	.710
Fact.1 - 32. Ser informado sobre os planos de transferência e alta do familiar	3.17	.637	3.11	.708	3.13	.676
Fact.1 - 33. Ser informado, por telefone, sempre que haja alterações importantes no estado de saúde do familiar	3.08	.504	3.11	.747	3.10	.656
Fact.1 - 34. Receber informações sobre o familiar pelo menos uma vez por dia	3.13	.448	3.08	.732	3.10	.630
Fact.1 - 35. Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar	3.25	.532	3.19	.624	3.22	.585
Fact.2 - 36. Tomar conhecimento de factos específicos relacionados com a evolução do estado do familiar	3.08	.584	3.11	.622	3.10	.602
Fact.2 - 37. Visitar o doente com frequência	3.08	.504	3.28	.615	3.20	.576
Fact.3 - 38. Ter uma sala de espera perto do doente	2.96	.806	3.14	.723	3.07	.756

- **Importância e satisfação das necessidades vs variáveis sócio-demográficas**

Ao aprofundarmos o estudo da Importância e Satisfação das Necessidades, procuramos determinar se a idade a influencia. Verificou-se que no *score* global as variáveis não estão associadas, inferindo-se serem as mesmas independentes.

Quanto ao estudo dos factores, também aqui se não verifica qualquer associação entre os diversos factores e a idade, inferindo-se que são independentes, (cf. Quadro 19).

Quadro 19 - Análise de correlação *Pearson* entre a idade e a Importância e Satisfação das Necessidades (Factores e *Score* global).

Factores	Teste de correlação Importância (CCFNI)		Teste de correlação Satisfação (NMI)	
	<i>r</i>	ρ	<i>Ró</i>	ρ
<i>Fact. 1 - Necessidades de confiança / tranquilidade</i>	-.062	.635 n.s.	-.057	.665 n.s.
<i>Fact. 2 - Necessidade de informação</i>	-.062	.636 n.s.	-.083	.527 n.s.
<i>Fact. 3 - Necessidades de proximidade</i>	-.159	.224 n.s.	-.068	.605 n.s.
<i>Fact. 4 - Necessidade de apoio/ajuda</i>	-.131	.318 n.s.	.065	.619 n.s.
<i>Fact. 5 - Necessidade de conforto</i>	-.101	.443 n.s.	-.219	.093 n.s.
<i>Score Global</i>	125	.341 n.s.	-.053	.688 n.s.

4.4 - FUNCIONALIDADE FAMILIAR VS IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES EM FAMILIARES DE DOENTES CRÍTICOS

O estudo das correlações entre a Funcionalidade Familiar e as variáveis Importância e Satisfação das Necessidades revela que uma associação estatística significativa, entre a funcionalidade familiar e a importância das necessidades ($r=-.444$; $\rho=.000$). Relativamente à Satisfação das necessidades inferimos que a funcionalidade não influencia a sua variabilidade. Em síntese, os *Familiars de Doentes Críticos* com famílias mais funcionais são os que atribuem maior importância às necessidades. (cf. Quadro 20).

- **Importância e Satisfação das Necessidades vs Funcionalidade Familiar**

Apurou-se uma associação significativa entre a Importância das Necessidades ($Ró=.444$; $\rho=.000$), e a funcionalidade familiar, ou seja, os familiares que relatam maior funcionalidade familiar atribuem maior importância às necessidades. No que concerne à satisfação das necessidades as variáveis não se associaram, ($Ró=.225$; $\rho=.084$ n.s.).

Em síntese, os familiares de doentes críticos que atribuem maior importância às necessidades, também dispõem de maior funcionalidade familiar, (cf. Quadro 20).

Quadro 20 - Análise de correlação *Ró* Spearman entre a Importância e Satisfação das Necessidades e a Funcionalidade Familiar.

Funcionalidade Familiar	Teste de correlação	
	<i>Ró</i>	ρ
Importância das Necessidades	.444	.000***
Satisfação das Necessidades	.225	.084 n.s.

4.5 – VULNERABILIDADE AO STRESS EM FAMILIARES DE DOENTES CRÍTICOS

O estudo da vulnerabilidade ao stress é fundamental para sabermos se a nossa amostra apresenta, ou não, risco aumentado de reagir de forma negativa perante um dado acontecimento da sua vida, nomeadamente se os familiares de doentes críticos se apresentam ou não vulneráveis ao stress.

O facto de um indivíduo se sentir ou não em stress é ditado pelo grau de vulnerabilidade ou de autoconfiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância, considerada por si como diferente e que lhe cria exigências específicas.

As estatísticas relativas à escala 23QVS revelam que o valor médio obtido na totalidade da amostra foi de 42.98, inferindo-se que, em termos médios na nossa amostra, a tendência para a vulnerabilidade ao stress é moderada, pois o autor da escala - Vaz Serra (2000) - considera como valor de corte o *score* de 43 e só acima desse valor se pode considerar que o indivíduo poderá estar mais exposto ao stress.

Os *scores* oscilaram entre 21 e 63, respectivamente valor mínimo e máximo, sendo a média de (\bar{X} =42.96; δ =11.459), Os coeficientes de variação demonstram uma dispersão moderada em torno dos valores médios (CV=26,67%).

Os valores de simetria (Skewness/erro=-.533) e curtose (Kurtosis/erro=-1.697), indiciam uma curva gaussiana simétrica e mesocúrtica. Considerando-se a distribuição da vulnerabilidade ao stress dos familiares de doentes críticos, como normal (cf. Quadro 21).

Relativamente ao sexo, os familiares de doentes críticos do sexo feminino apresentam, em média (\bar{X} =43.44), maior tendência para a vulnerabilidade ao stress do que os do sexo masculino (\bar{X} =42.29), não se observando diferenças estatisticamente significativas (Teste T-Student t =-.379; ρ =.706), (cf. Quadro 21).

Quadro 21 - Caracterização da vulnerabilidade ao stress dos familiares de doentes críticos.

Sexo	VULNERABILIDADE AO STRESS								t	ρ
	Min.	Máx.	\bar{X}	δ	CV (%)	Sk/erro	K/erro			
Masculino	24	63	42.29	11.907	28,16	-1.875	-1.361	-.379	.706 n.s.	
Feminino	21	63	43.44	11.297	26,00	-.977	-.989			
Score global	21	63	42.96	11.459	26,67	-.533	-1.697			

Quadro 22 - Estatísticas relativas aos Factores da Vulnerabilidade ao Stress em função sexo.

Factores da 23QVS	Sexo	Masculino (n=24; 40,0%)				Feminino (n=36; 60,0%)				Total (n = 60; 100,0%)			
		\bar{x}	Min	Máx	δ	\bar{x}	Min	Máx	δ	\bar{x}	Min	Máx	δ
Fact.1- Perfeccionismo e intolerância à frustração		2.698	1.438	4.718	.932	2.734	.404	4.543	.921	2.720	.404	4.718	.918
Fact.2- Inibição e dependência funcional		.897	-1.055	2.783	1.115	.890	-1.980	2.839	1.142	.893	-1.980	2.839	1.122
Fact.3- Carência de apoio social		.644	-.675	2.121	.842	.638	-.520	2.649	.779	.640	-.675	2.649	.797
Fact.4- Condições de vida adversas		1.483	-.310	2.821	.910	1.405	-.320	3.508	1.130	1.436	-.320	3.508	1.040
Fact.5- Dramatização da existência		1.843	-.535	3.897	1.108	2.284	.408	4.798	1.207	2.107	-.535	4.798	1.179
Fact.6- Subjugação		2.067	-.100	4.545	1.061	1.925	.430	4.082	.983	1.982	-.100	4.545	1.008
Fact.7- De privação de afecto e rejeição		.769	-1.364	2.584	1.052	.889	-2.264	3.346	1.289	.841	-2.264	3.346	1.192

Para complementar o estudo da vulnerabilidade ao stress seguimos os critérios do autor da escala Vaz Serra (2000) e classificamos os familiares de doentes críticos em dois grupos: o primeiro, diz respeito aos indivíduos que obtiveram *scores* inferiores a 43, isto é, “**sem vulnerabilidade ao stress**”, constituído por 46,7% dos familiares, e o segundo, constituído pelos indivíduos cujo *score* foi superior ou igual a 43 e, portanto, “**com vulnerabilidade ao stress**”, representando 53,3%, ou seja, a maioria dos familiares. Embora as mulheres se apresentem, mais vulneráveis ao stress (58,3%) do que os homens (41,7%), mais uma vez se não verificam diferenças significativas entre os grupos (teste Qui-Quadrado: $\chi^2=.267$; gl=1 $\rho =.606$ n.s.), (cf. Quadro 23).

Quadro 23 - Estatísticas referentes à Vulnerabilidade ao Stress em função do Sexo

23QVS	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sem Vulnerabilidade stress (23QVS < 43)		13	54,2	15	41,7	28	46,7
Com Vulnerabilidade ao stress (23QVS ≥ 43)		11	45,8	21	58,3	32	53,3
	Total	24	100,0	36	100,0	60	100,0

Sexo ($\chi^2 = .267$; gl=1; $\rho = .606$ n.s.)

- **Vulnerabilidade ao Stress vs Variáveis Sócio-Demográficas** (amostra total)

Iniciamos o estudo da relação entre a **Idade e a Vulnerabilidade ao Stress** efectuando o teste de Correlação de Pearson. Daí, podemos referir que a associação entre as variáveis é positiva e significativa, pelo que inferimos que a idade se associou com a vulnerabilidade ao stress ($r=.262$; $\rho =.043$), e explica 6,8% da variabilidade da vulnerabilidade dos familiares de doentes críticos, (cf. Quadro 25).

O estudo da relação entre a **vulnerabilidade ao stress e os grupos etários** realizado através do teste Kruskal-Wallis, revela que os familiares de doentes críticos com menor vulnerabilidade ao stress são os que se encontram no grupo etário dos 34 aos 48 anos peso médio de 26.29, e os que têm maior vulnerabilidade são os que pertencem ao grupo dos 63 aos 78 anos (peso médio de 37.83), porém as diferenças não são significativas ($H=5.623$; $\rho =.131$), inferindo que na presente amostra a vulnerabilidade ao stress não varia de forma significativa ao longo do ciclo vital do adulto, (cf. Quadro 24).

Os familiares de doentes críticos casados/união de facto são os mais vulneráveis ao stress ($\bar{x} = 43.87$) e os solteiros/divorciados/viúvos são os menos vulneráveis ($\bar{x} = 40.07$), contudo o **estado civil** não exerce influência significativa sobre a Vulnerabilidade ao Stress, pois as diferenças não são significativas ($t = -1.088$; $\rho = .281$ n.s.), (cf. Quadro 24).

O teste On Way ANOVA utilizado para estudar a relação entre a **vulnerabilidade ao stress e o grau de parentesco** recodificado em 3 grupos: cônjuge; filho(a)/pai/mãe e outros, permitiu verificar que os familiares de doentes críticos cujo grau é cônjuge (*marido/esposa*) são os que apresentam maior vulnerabilidade ao stress ($\bar{x} = 48.86$), por sua vez e em sentido oposto, o grau parentesco outros são os menos vulneráveis ao stress ($\bar{x} = 39.27$). As diferenças são significativas ($F = 3.218$; $\rho = .047$), considerando-se possível existir variabilidade da vulnerabilidade dos familiares de doentes críticos em função do grau de parentesco (cf. Quadro 24).

Observamos que os familiares de doentes críticos com **habilitações literárias** mais baixas apresentam em média maior vulnerabilidade ao stress face aos familiares com maiores habilitações ($H = 6.444$; $\rho = .040$) inferindo-se que as habilitações literárias influem na vulnerabilidade ao stress, (cf. Quadro 24).

Quadro 24 - Estatísticas referentes à vulnerabilidade ao stress em função do grupo etário, estado civil, grau de parentesco e habilitações literárias.

	\bar{x}	s	Pesos Médios	Teste de Kruskal-Wallis / T-Student / ANOVA	
GRUPO ETÁRIO					
18-33 (n=11)	42.00	9.263	28.55	H=5.623	$\rho = .131$ (n.s.)
34-48 (n=28)	40.11	11.233	26.21		
49-63 (n=12)	49.25	11.242	39.92		
64-78 (n=9)	44.78	12.988	33.67		
ESTADO CIVIL					
Solteiro(a)/separado(a)/divorciado(a)/viúvo(a) (n=14)	40.07	13.736		t=-1.088	$\rho = .281$ (n.s.)
Casado(a)/união de facto (n=46)	43.87	10.687			
GRAU DE PARENTESCO					
Cônjuge (Marido/Esposa) (n=14)	48.86	11.535		F=3.218	$\rho = .047^*$
Filho(a)/pai/mãe (n= 24)	42.92	10.748			
Outros (n= 22)	39.27	11.072			
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS					
1.º e 2.º ciclos (n=21)	47.67	12.047	37.93	H=6.444	$\rho = .040^*$
3.º ciclo e secundário (n= 24)	41.38	10.729	28.19		
Licenciatura e outros (n= 15)	39.00	10.128	23.80		

- **Vulnerabilidade ao Stress vs Funcionalidade Familiar** (amostra total)

A funcionalidade familiar não se associou com a vulnerabilidade ao stress (correlação $Ró = -.215$; $\rho = .131$ n.s.), (cf. Quadro 25).

- **Vulnerabilidade ao Stress vs Importância e Satisfação das Necessidades** (amostra total)

A análise efectuada à relação entre a importância das necessidades e a vulnerabilidade ao stress permite constatar que as mesmas não se encontram associadas ($r = .068$; $\rho = .607$ n.s.) relativamente à satisfação das necessidades a associação é significativa ($Ró = -.296$; $\rho = .022$), ou seja, os familiares mais satisfeitos são os menos vulneráveis, (cf. Quadro 25).

Quadro 25 - Resultados da Matriz de Correlação de Pearson entre a Vulnerabilidade ao Stress a Idade, a Funcionalidade Familiar e a Importância e Satisfação das Necessidades.

		r	ρ
Idade	Pearson	.262	.043*
Funcionalidade Familiar	Ró	-.215	.131 n.s.
Importância Necessidades	Pearson	-.068	.607 n.s.
Satisfação das Necessidades	Ró	-.296	.022*

Em síntese os familiares de doentes críticos mais vulneráveis ao stress são as mulheres, os mais velhos, com parentesco de cônjuge, e com baixa escolaridade e cujas necessidades estão mais satisfeitas.

4.5.1 - Vulnerabilidade ao Stress vs Idade, Funcionalidade Familiar, Importância e Satisfação das Necessidades em Familiares Vulneráveis.

O estudo das correlações da idade, funcionalidade familiar, importância e satisfação das necessidades com a Vulnerabilidade ao Stress, nos familiares vulneráveis ao stress mostrou que nestes sub-grupos as variáveis são independentes, (cf. Quadro 26).

Para complementar o estudo da idade, funcionalidade familiar e da importância e satisfação das necessidades em função dos grupos “*sem vulnerabilidade ao stress*”, e “*com vulnerabilidade ao stress*”, estudamos os seus valores médios.

Apurámos que o valor médio na importância atribuída às necessidades, são ligeiramente mais elevados nos familiares **não vulneráveis** sem que contudo se verifique diferença estatística (Vulnerá-

veis \bar{x} =124.66; s =13.621; Não vulneráveis \bar{x} =124.71; s =12.840), (teste T-Student t = -.172; ρ =.864), inferindo-se serem os resultados semelhantes nos dois grupos.

Relativamente à satisfação os grupos são também equivalentes (ordenações médias: vulneráveis = 33.98; não vulneráveis=27.45), (U=350.500; Z=-1.447; ρ =.148 n.s.).

Quadro 26 - Resultados da Matriz de Correlação entre a Vulnerabilidade ao Stress vs Idade, Funcionalidade Familiar, Importância e Satisfação das Necessidades.

Vulnerabilidade ao Stress				
	Não Vulnerável ao Stress (score<43) (n=28; 46,7%)		Vulnerável ao Stress (score ≥43) (n= 32; 53.3%)	
	Correlação	ρ	Correlação	ρ
Idade	PEARSON -.340	.039	Pearson.029	.437 n.s.
Funcionalidade Familiar	Ró -.259	.092 n.s.	Ró -.083	.327 n.s.
Importância das Necessidades	Pearson .074	.707 n.s.	Pearson -.320	.037
Satisfação das Necessidades	Ró -.348	.070 n.s.	Ró -.208	.253 n.s.

4.6 – ANÁLISE INFERENCIAL – AMOSTRA GLOBAL.

Na procura de resultados que sustentem a variabilidade da vulnerabilidade ao stress em função do sexo, após a análise descritiva dos dados obtidos, procedemos ao teste das hipóteses por nós formuladas. Para o efeito, relacionámos a variável dependente vulnerabilidade ao stress, com as variáveis independentes em estudo.

Hipótese 1 - As variáveis sócio-demográficas (idade; sexo e habilitações literárias) influenciam de forma estatística significativa a vulnerabilidade ao stress.

H_{1.1} – O sexo influencia a vulnerabilidade ao stress.

Os familiares de doentes críticos do sexo feminino pontuaram com scores mais elevados de **vulnerabilidade ao stress** (\bar{x} =43.44) do que os do sexo masculino (\bar{x} =42.29), revelando o teste t de Student que as diferenças entre os sexos não são estatisticamente significativas (t =-.379; ρ =.706n.s.), (cf. Quadro 21), inferindo-se não existir relação entre o sexo e a **vulnerabilidade ao stress**.

H_{1,2} – A idade influencia a vulnerabilidade ao stress.

A idade associou-se com a **vulnerabilidade ao stress** de forma positiva e significativa, inferindo-se que à maior idade corresponde maior **vulnerabilidade ao stress** (Pearson $r=.262$; $\rho=.043$), ou seja, os familiares mais jovens estão em média menos **vulneráveis**, (cf. Quadro 25).

A regressão linear simples reforça a significância dos resultados anteriores (cf. Quadro 34 no Apêndice 2).

Hipótese 2 - A funcionalidade familiar tem efeito significativo na vulnerabilidade ao stress, dos familiares dos doentes Críticos.

A funcionalidade familiar não se associou com a **vulnerabilidade ao stress** ($R^2=-.215$; $\rho=.131$ n.s.), (cf. Quadro 25 e Quadro 35 no Apêndice 2).

Hipótese 3 - A importância e satisfação das necessidades têm efeito significativo na vulnerabilidade ao stress, dos familiares dos doentes críticos.

A importância das **necessidades não influencia a vulnerabilidade ao stress** ($r=-.068$; $\rho=.607$ n.s.), (cf. Quadro 25 e Quadro 36 no Apêndice 2).

Por outro lado, quanto **maior a satisfação das necessidades menos grave é a vulnerabilidade ao stress** ($R^2=-.296$; $\rho=.022$), evidenciando que a **Satisfação** explica 8,7% da variância da vulnerabilidade ao stress, (cf. Quadro 25 e Quadro 37 no Apêndice 2).

**Hipótese 4 - A idade, funcionalidade familiar, importância e satisfação das necessidades pre-
dizem a vulnerabilidade ao stress, dos familiares dos doentes críticos.**

O teste de regressão linear múltipla, é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, particularmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente.

O método de estimação usada foi o de *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos, quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras.

Neste modelo de regressão o valor da “*variance inflation factor*” (VIF)¹ permite concluir que as variáveis presentes no modelo não são colineares, uma vez que oscilam entre 1.012 na idade e 1.072 na funcionalidade familiar e 1.112 na importância das necessidades, valores inferiores a 5 ou 10 conforme preconizado por Maroco (2007) e Pestana e Gageiro (2003, p. 626).

Foi feita uma regressão linear múltipla para testar o valor preditivo das variáveis independentes citadas em título em relação à variável dependente investigando-se desta forma que apenas a satisfação se constituiu como factor preditor da **vulnerabilidade ao stress dos familiares dos doentes críticos**, (cf. Quadro 27).

Os valores descritos no Quadro 27, permitem considerar que a satisfação neste modelo de regressão prediz a *vulnerabilidade ao stress*.

Apresentou um coeficiente de correlação de $-.375$, que corresponde a 12,6% da variância explicada da Vulnerabilidade ao Stress.

A análise do coeficiente de Beta ($-.304$) sugere-nos que a variável satisfação varia na razão directa, ou seja, um aumento nesta variável corresponde a um aumento de *Vulnerabilidade ao Stress* dos familiares do Doentes Críticos. (cf. Quadro 27).

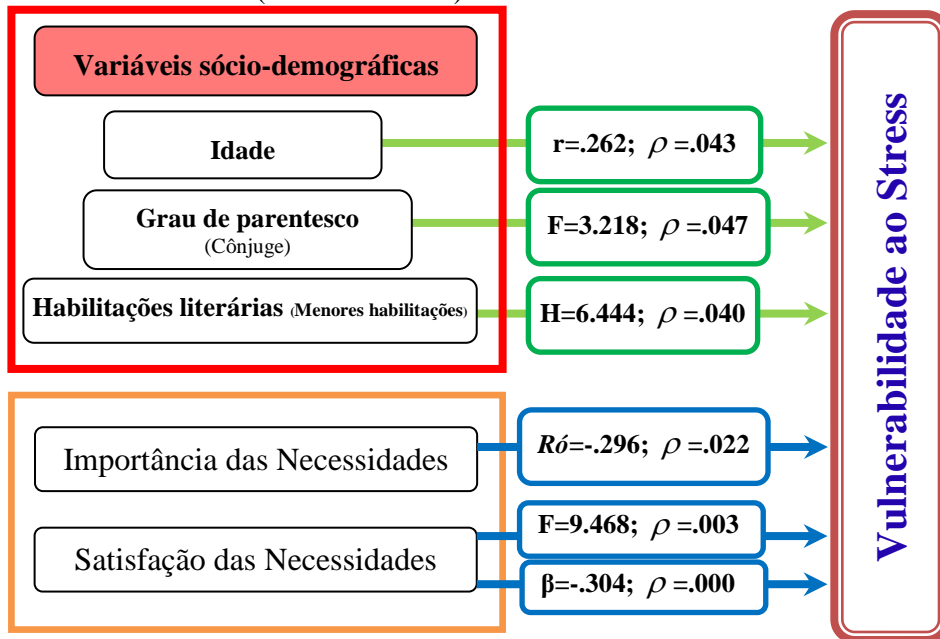
Quadro 27 - Resultados da regressão linear múltipla através do método *stepwise*, para a predição da vulnerabilidade ao stress pela idade, funcionalidade familiar e importância e satisfação das necessidades.

VARIÁVEL DEPENDENTE = <i>Vulnerabilidade ao Stress</i>						
R Múltiplo = .375						
R ² = .140						
R ² Ajustado = .126						
Erro padrão da estimativa = 10.716						
F= 9.468						
$\rho = .003$						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de R ²	t	ρ	Colinearidade VIF
Constante	77.478					
Satisfação	-.304	-.375	.140	6.859	.000	1
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	ρ	
Regressão	1087.155	1	1087.155	9.468	.003	
Residual	6659.828	58	114.825			
Total	7746.983	59				

¹ Utilizamos o valor de *variance inflation factor* para diagnosticar a multicolinearidade das variáveis, sendo que valores de VIF superiores a 5 ou mesmo a 10 indicam que as variáveis em estudo são colineares (Maroco, 2007).

O estudo de predição da vulnerabilidade ao stress pela idade, funcionalidade familiar, importância e satisfação das necessidades no grupo de familiares vulneráveis (n=32) ao stress, revelou que nenhuma das variáveis se revelou preditiva do stress.

Figura 2 - Representação esquemática das variáveis que influenciam e/ou predizem a *Vulnerabilidade ao Stress* (Amostra Global)



Legenda: Influência das variáveis independentes sobre a variável dependente.

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é uma fase pertinente dum estudo científico permitindo-nos reflectir sobre a investigação realizada, enfatizar os dados mais significativos e confrontá-los com a literatura.

Assim, com base nos resultados obtidos procura-se abordar neste capítulo os principais pontos de discussão que o **estudo da vulnerabilidade ao stress dos familiares de doentes críticos internados em unidades de cuidados intensivos** suscitou.

As estatísticas relativas à vulnerabilidade ao stress revelam que o valor médio obtido na totalidade da amostra foi de 42.98, inferindo-se que, em termos médios na nossa amostra, a tendência para a vulnerabilidade ao stress é moderada, pois o autor da escala 23QVS - Vaz Serra (2000) - considera como valor de corte o *score* de 43 e só acima desse valor se pode considerar que o indivíduo poderá estar mais exposto ao stress. Considerou-se que uma pessoa vulnerável ao stress é aquela que tem a percepção de estar sujeita a perigos de natureza externa ou interna sobre os quais não tem controlo, ou pelo menos, não tem controlo considerado suficiente para lhe dar um sentido de segurança. O perfil do indivíduo vulnerável ao stress definido por Vaz Serra (2000, p. 291), caracteriza-o como tendo pouca capacidade auto-afirmativa, fraca tolerância à frustração, dificuldade em confrontar e resolver os problemas, preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia-a-dia e marcada emocionalidade.

Neste estudo, observou-se que 53,3% dos *Familiares* se apresentam vulneráveis ao stress e 46,7 % não estão vulneráveis. O predomínio de sujeitos vulneráveis encontra paralelismo no estudo de Cunha, André e Rodrigues (2009) que apresentam percentagens semelhantes (55,0% vulneráveis e 45,0% não vulneráveis).

Como referimos, o presente estudo teve como objectivo determinar se variáveis funcionalidade familiar e importância e satisfação das necessidades se relacionam com a vulnerabilidade ao stress dos *Familiares de Doentes Críticos*. Tivemos também em conta as variáveis sócio-demográficas, pois os estudos descrevem que estas variáveis poderão influenciar a vulnerabilidade ao stress dos *Familiares*, (Maruiti, Galdeano e Farah, 2008).

Assim, um dos principais pontos de discussão relaciona-se com as variáveis sócio-demográficas.

1. Será que as variáveis sócio-demográficas influenciam a vulnerabilidade ao stress dos Familiares de Doentes Críticos?

Um primeiro ponto de discussão relaciona-se com a influência do **sexo** na **vulnerabilidade ao stress**, tendo-se verificado que as mulheres apresentaram valores médios mais elevados, logo mais **vulneráveis ao stress**, sem contudo se distinguirem dos homens.

Os resultados deste estudo estão de acordo com os de outros autores, entre os quais Davidson (2009), ao referirem que o risco das mulheres sofrerem um impacto mais negativo do que os homens face ao internamento dos seus familiares numa unidade de cuidados intensivos era significativo.

Outro ponto de discussão refere-se à influência da **idade** na **vulnerabilidade ao stress**. Os resultados demonstraram uma variação no sentido dos que tinham maior idade apresentarem maior vulnerabilidade ao stress. Estes resultados estão em consonância com os obtidos por Cunha, André e Rodrigues (2009), pois também eles inferiram que a vulnerabilidade ao stress aumentava com a idade.

Outro aspecto, prende-se com a influência do **nível de escolaridade** na vulnerabilidade ao stress. Vaz Serra (2000) inferiu que o nível de stress não é influenciado pelo grau de instrução. Porém, no nosso estudo os resultados confirmaram a hipótese de investigação em relação à influência do nível de escolaridade na vulnerabilidade ao stress, sendo a **variação no sentido dos indivíduos com menos instrução serem mais vulneráveis ao stress**.

A um maior nível de escolaridade corresponde maior informação, conhecimentos no âmbito da saúde, podendo contribuir para a aquisição de comportamentos conducentes a estilos de vida mais saudáveis, o que logicamente tem impacto no estado de saúde e na vulnerabilidade ao stress.

Um **quarto** ponto de discussão, relaciona-se com a influência do **estado civil** na vulnerabilidade ao stress dos familiares. Na amostra em estudo, a maioria dos participantes eram casados ou viviam em união de facto, tendo-se verificado uma diferenciação no sentido destes apresentarem maior vulnerabilidade ao stress do que os que não têm companheiro (solteiros, divorciados e viúvos), contudo as diferenças não são significativas.

O **último ponto** de discussão em relação à influência das variáveis sócio-demográficas na **vulnerabilidade ao stress** relaciona-se com o **grau de parentesco** entre os familiares e os doentes críticos. Os resultados estatísticos confirmam de forma significativa a hipótese da influência desta variável na vulnerabilidade ao stress, pois os resultados mostram que os familiares cujo grau de parentesco é cônjuge pontuaram com maior vulnerabilidade.

Similarmente, Maruiti, Galdeano e Farah (2008), encontraram valores mais elevados de ansiedade e depressão no companheiro(a) dos doentes críticos.

Conforme se procurou demonstrar, as características sócio-demográficas idade, nível de escolaridade e grau de parentesco parecem, na nossa amostra, ter sido importantes para a explicação da vulnerabilidade ao stress dos familiares.

Outro aspecto a incluir nesta discussão é relativa à questão:

2. Será que as variáveis funcionalidade familiar, importância e satisfação das necessidades estão associadas com a vulnerabilidade ao stress dos Familiares de Doentes Críticos internados em Unidades de Cuidados Intensivos?

• **FUNCIONALIDADE FAMILIAR vs VULNERABILIDADE AO STRESS**

A investigação tem demonstrado que a atmosfera e o relacionamento familiares são factores importantes na promoção do bem-estar dos familiares.

Foi também nosso objectivo compreender de que forma a funcionalidade da família influenciava a vulnerabilidade ao stress, verificando-se que as variáveis são independentes.

Os resultados do nosso estudo não estão em consonância com a literatura, porquanto a funcionalidade familiar não se associou com a **vulnerabilidade ao stress**.

Cunha, André e Rodrigues (2009), constataram que os cuidadores integrados em famílias mais funcionais apresentam menor vulnerabilidade ao stress, opinando os autores que as interacções familiares coesão e organização no seio da família e um adequado apoio familiar interferem na **vulnerabilidade ao stress**.

• **IMPORTÂNCIA DAS NECESSIDADES vs VULNERABILIDADE AO STRESS**

Avaliada a hierarquização atribuída pelos familiares à importância das necessidades mediante o *CCFNI* a maioria (38,3%) dos *familiares* atribui elevada importância às necessidades. Indicou ainda que os *familiares* atribuem maior valor às necessidades de confiança/tranquilidade e de informação (39,5%) e atribuem menor importância às necessidades de proximidade e conforto (23,7%), tendência observada em ambos os sexos e na amostra global. Esta hierarquização é consistente com a obtida nos estudos, de Kosco e Warren (2000), Bjttebier *et al.* 2001 e Melo (2005).

Os estudos consultados que utilizaram esta variável (Davidson, 2009; Stayt, 2007) revelaram que a satisfação das necessidades da família pode diminuir os efeitos psicológicos negativos associados ao internamento dos familiares na UCI). Contudo os resultados no nosso estudo são contrários ao documentado na literatura porquanto verificámos que a importância das necessidades não se associou de forma significativa com a vulnerabilidade ao stress.

• **SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES vs VULNERABILIDADE AO STRESS**

Centrando-nos na hierarquização da satisfação das necessidades, depreende-se que os *familiares* valorizam sobretudo a satisfação das necessidades de *confiança/tranquilidade e de informação* (34,2%) e atribuem menor importância à satisfação das necessidades de *proximidade e de apoio/ajuda*

(23,7%), propensão presenciada no sexo masculino e feminino e na amostra global. Estas necessidades, encontram paralelismo no estudo similar efectuado por Melo (2005).

Os **Familiars menos satisfeitos nas suas necessidades são os mais vulneráveis**. Este resultado, torna-se ainda mais significativo porquanto 38,3% se encontram satisfeitos, 36,7% pouco satisfeitos e 25,0% razoavelmente satisfeitos. Este resultado está de acordo com o estudo de Chien *et al.* (2006) *cit in* Davidson (2009) quando refere que os membros da família a quem foi dado um programa individualizado de informações por uma enfermeira treinada (...) manifestaram menor nível de ansiedade e maior satisfação, comparativamente com o grupo de controlo.

3. Será que as variáveis funcionalidade familiar e necessidades predizem a vulnerabilidade ao stress?

Considerando o quadro teórico, ensaiou-se um modelo explicativo (Capítulo 3.2, pág. 30), que permitisse observar o poder contributivo das variáveis sócio-demográficas e o poder preditivo das variáveis funcionalidade familiar e importância e satisfação das necessidades na vulnerabilidade ao stress.

A análise de regressão múltipla efectuada, permitiu inferir ser o modelo proposto apoiado por evidências empíricas e estatísticas, verificando-se a hipótese de investigação, no referente à predição da vulnerabilidade ao stress pela Satisfação das Necessidades.

O estudo que agora finaliza teve como objectivo determinar se as variáveis sócio-demográficas, funcionalidade familiar e importância e satisfação das necessidades se associam com a vulnerabilidade ao stress.

Desde o início da conceptualização do estudo, uma das nossas preocupações fundamentais foi desenvolver um trabalho metodológico rigoroso e científico. Apesar desse cuidado estamos conscientes das limitações do nosso estudo. Algumas delas resultam de limitações metodológicas como o tamanho diminuto (n= 60) da nossa amostra.

No que respeita aos instrumentos utilizados na investigação, consideramos que o uso de escalas aferidas para a população portuguesa, oferece a vantagem de permitir comparar os resultados com outros estudos cujos participantes são também portugueses.

Como aspecto positivo salientamos tratar-se dum estudo que avalia pela primeira vez a vulnerabilidade ao stress dos Familiares de Doentes Críticos internados em Unidades de Cuidados Intensivos na região de Viseu.

Pensamos que os resultados obtidos constituem um contributo para a compreensão dos factores que influenciam a vulnerabilidade ao stress dos Familiares de Doentes Críticos internados em Unidades de Cuidados Intensivos.

Os profissionais de saúde evidenciam-se como as fontes determinantes para debelar a vulnerabilidade ao stress dos Familiares de doentes críticos internados em unidades de cuidados intensivos. Deste modo, manter os membros familiares envolvidos no cuidado dos seus familiares através da prestação de apoio informacional, é essencial. Adicionalmente, os profissionais de saúde, devem considerar formas de supervisionar a relação familiar – doente crítico internado em unidades de cuidados intensivos potenciando deste modo os momentos de visita dos familiares.

Ao terminar a discussão importa reconhecer algumas limitações inerentes a este trabalho. A primeira limitação como já referimos refere-se ao número de familiares estudados, não possibilitando a extrapolação de resultados. Outra limitação é decorrente da falta de estudos com características idênticas, o que dificulta a comparação dos resultados no contexto português.

Consideramos ainda que dada a escassez de estudos relacionados directamente com a relação das variáveis supracitadas, estes resultados poderão contribuir para produzir conhecimento sobre a temática “*Vulnerabilidade ao stress em familiares de doentes críticos*”.

6 - CONCLUSÕES

O presente estudo procurou avaliar a **vulnerabilidade ao stress em familiares de doentes críticos internados em unidades de cuidados intensivos**, apurando-se que **53,3% dos Familiares se apresentam vulneráveis ao stress e 46,7 % não estão vulneráveis**.

Esta problemática, foi estudada numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 60 *Familiares* com idades compreendidas entre os 18 e 73 anos (\bar{X} =45.48; s =14.205).

O perfil sócio demográfico médio dos *Familiares* estudados, revelam ser do sexo feminino, casado, com cerca de 45 anos de idade e com residência no concelho de Viseu.

Possuem como habilitações literárias o ensino básico e os *Familiares* não possuem experiência anterior relativa ao internamento dos seus familiares em UCI's.

O perfil de funcionamento familiar da nossa amostra mostra-nos *Familiares* pertencentes a uma família altamente funcional (70%).

No que concerne à hierarquização da importância e satisfação das necessidades, as pontuações obtidas em cada uma das escalas, indicou que os *familiares* atribuem maior importância às Necessidades de Confiança/Tranquilidade e de Informação (39,5%) e atribuem menor importância às necessidades de Proximidade e Conforto (23,7%), tendência observada em ambos os sexos e na amostra global. Depreende-se ainda que os Familiares valorizam sobretudo a Satisfação das Necessidades de *Confiança/Tranquilidade e de Informação* (34,2%) e atribuem menor importância à Satisfação das necessidades de *Proximidade e de Apoio/Ajuda* (23,7%), propensão presenciada no sexo masculino e feminino e na amostra global.

Constata-se que a maioria (38,3%) dos familiares atribui elevada importância às necessidades e que também a maioria (38,3%) se encontram muito satisfeitos.

Com o objectivo de melhor compreender os factores que influenciam a vulnerabilidade ao stress, estudámos as variáveis sócio-demográficas, a funcionalidade familiar e a importância e satisfação das necessidades, averiguando da sua interacção com a vulnerabilidade ao stress. Procurou-se, assim, responder às questões de investigação:

- *Que influência exercem as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, habilitações literárias, estado civil e grau de parentesco) sobre a vulnerabilidade ao stress dos Familiares de Doentes Críticos?*

- Em que medida a idade, a funcionalidade familiar e a importância e satisfação das necessidades predizem na vulnerabilidade ao stress dos Familiares de Doentes Críticos?

No que concerne à primeira questão, constatou-se ser possível:

– O sexo influenciar a vulnerabilidade ao stress (as mulheres estão mais vulneráveis $\bar{x} = 43,44$; $s = 11,297$);

– A idade influenciar a vulnerabilidade ao stress (os familiares mais velhos estão mais vulneráveis ($r = .262$; $\rho = .043$);

– O nível de escolaridade influenciar a vulnerabilidade ao stress (os familiares menos instruídos, portadores de menos habilitações literárias estão mais vulneráveis ($H=6,444$; $\rho = .040$);

– O grau de parentesco influenciar a vulnerabilidade ao stress (os cônjuges estão mais vulneráveis ($F=3,218$; $\rho = .047$);

Quanto à segunda questão, num primeiro nível de análise, observou-se que a funcionalidade familiar e a importância das necessidades se não associaram com a vulnerabilidade ao stress. Porém, a variável satisfação das necessidades associou-se com a vulnerabilidade ao stress, sendo mais grave nos familiares mais satisfeitos ($R^2 = .296$; $\rho = .022$).

Para responder a esta questão, propôs-se ainda um modelo explicativo e formularam-se as hipóteses em que se previa que as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, e grau de parentesco), a funcionalidade familiar e a importância e satisfação das necessidades têm efeito significativo na vulnerabilidade ao stress dos *Familiares*. E ainda que a idade, a funcionalidade familiar e a importância e satisfação das necessidades predizem a vulnerabilidade ao stress dos *Familiares*.

As mesmas viriam a ser parcialmente aceites, como oportunamente descrevemos no subcapítulo 4.6. Apurados os resultados consideramos ser possível a satisfação das necessidades ser preditiva da vulnerabilidade ao stress, explicando 12,6% da sua variabilidade.

Dado que neste capítulo se procura enfatizar os resultados mais relevantes, diremos que, face aos resultados descritos, pensamos ter dado resposta às questões de investigação formuladas, porquanto ficámos a saber que as variáveis idade, nível de escolaridade, grau de parentesco, satisfação, influem na vulnerabilidade ao stress dos familiares estudados, designadamente, quanto mais elevada é a idade maior é a vulnerabilidade, maior nível de instrução repercute-se positivamente em menor vulnerabilidade, as mulheres estão mais vulneráveis ao stress do que os homens, os cônjuges estão mais vulneráveis.

No que concerne à satisfação das necessidades contribuíam para explicar 12,6% da variabili-

dade da vulnerabilidade ao stress.

Que ilações se podem, então tirar, das análises estatísticas efectuadas?

Parece legítimo poder concluir-se que embora reconhecendo algumas limitações, os objectivos do nosso estudo foram atingidos e que as variáveis supra citadas, contribuem efectivamente para a existência dum determinado nível de vulnerabilidade ao stress.

Concluída que foi esta investigação, pensamos que os resultados do nosso estudo poderão ter implicações preventivas. Das variáveis estudadas pensamos que a importância e satisfação das necessidades serão determinantes em termos da promoção das boas práticas no acolhimento/assistência aos familiares nas UCI's. Deverá privilegiar-se a interacção afectiva com a família e pessoas significativas. Esta intervenção deverá ocorrer por ocasião das visitas, para ajudar os familiares a lidarem com as situações de forma assertiva, oferecendo oportunidades para experimentarem novas estratégias de *coping*, principalmente as que implicam o recurso a outros e a procura activa de informação, bem como proporcionar a mobilização de recursos da sua rede social de apoio para lidarem melhor com as situações de saúde problemáticas.

Assim, a partir dos resultados deste estudo vislumbra-se como proposta de melhoria das práticas de enfermagem, intervir a dois níveis:

1- Criação de um Plano de Assistência à Família que sistematize, operacionalize e facilite o agrupamento da informação chave a dar aos Familiares de modo a suprir as suas necessidades. Para fazer com que isso aconteça propõe-se a realização de reuniões da equipa de enfermagem da UCI para:

- Discutir a formulação do *Plano de Assistência à Família*. O conteúdo desse plano poderia incluir:
 - Informações gerais sobre a UCI, seu funcionamento, equipa de cuidados, aparelhos e equipamentos, procedimentos e regras a seguir pelos familiares quanto ao horário de visitas, fardamento, higiene das mãos;
 - Procedimentos e Intervenções de enfermagem face à Família;
 - Diagnóstico das necessidades dos familiares, genograma familiar, *coping* familiar, funcionalidade familiar, entre outros;
 - Sistematizar as informações que devem e possam ser dadas.
- Criar um instrumento de informação escrito e ilustrativo, como por exemplo um *Flyer/Folheto* que reúna as informações gerais para um primeiro contacto com a família. O conteúdo desse instrumento poderia conter:
 - Informações gerais sobre a UCI, (definição de UCI, localização e funcionamento da UCI, características dos doentes da UCI, composição da equipa de cuidados, aparelhos e

equipamentos que são encontrados na UCI e a importância dos visitantes os não manipularem e informação sumária sobre o processo de transferência e alta segura dos doentes);

- Os Profissionais com quem os familiares podem contactar e conversar na admissão e nas visitas;
- Procedimentos e regras a seguir pelos familiares quanto ao horário de visitas, fardamento, higiene das mãos.

2- *Programação de momentos de discussão em grupo com os enfermeiros da UCI, para que expostas as cargas emocionais provocadas pelo próprio trabalho, com a orientação do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica/em enfermagem em pessoa em situação crítica, (ou outro profissional), mais capacitado a realizar esse trabalho, se possa intervir/orientar/ajudar os enfermeiros a gerir as suas emoções, a formar-se de forma contínua na adopção de estratégias positivas promotoras de bem-estar.*

Finalmente, é importante acentuar a necessidade de que futuras investigações analisem outras variáveis designadamente o *coping dos familiares* e as *competências e habilidades comunicacionais dos enfermeiros* que, eventualmente, contribuam para que seja possível acolher e cuidar de forma mais satisfatória os *Familiares de doentes críticos internados em unidades de cuidados intensivos*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉ, S.; CUNHA-NUNES, M.; RODRIGUES, V.; Estudantes do 11.º, 12.º, 13.º CLE da ESSV.– Vulnerabilidade ao Stress nos Cuidadores Informais. *Referência*. Coimbra. ISSN: 0874-0283. II Série, n.º 5, (Suplemento 2009), p. 268.
- AZEREDO, Z.; Matos, E. - Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. *Geriatrics*. [S.l.]. ISSN 1809-9823. 2:20 (1989) 24-29.
- BECKSTRAND, R. L.; KIRCHHOFF, K. T. - Providing end-of-life care to patients: Critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care*. Aliso Viejo. ISSN 1062-3264. 14: 5 (September 2005)395-403.
- BJTTEBIER [et al.] - Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive care med.*. New York. ISSN 0342-4642. 27:1 (2001) 160-165.
- D'HAINAUT – *Conceitos e Métodos de Estatística*. 1.º Vol. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- DAVIDSON, Judy E. - Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse* [Em linha]. 29: 3 (Junho, 2009) 29-34. [Consult. 28 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://ccn.aacnjournals.org/content/29/3/28.short>>. ISSN 1940-8250.
- DOMINGUES, Carmem Isabel; SANTINI, Luciana; SILVA, Vanda Elisa Felli - Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização? *Rev.Esc.Enf. USP* [Em linha]. São Paulo. 33: 1 (Março 1999) 39-48. [Consult. 10 Ago. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/459.pdf>>. ISSN 0080-6234
- EL-MASRI, Maher M.; FOX-WASYLYSHYN, Susan M. - Nurses' roles with families: perceptions of ICU nurses. *Intensive Critical Care Nursing*. Edinburgh. ISSN 0964-3397. 23:1 (February 2007) 43-50.
- FREITAS, Kátia Santana - *Necessidades de familiares em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado*. [Em linha]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005. 119 p. Dissertação de mestrado em Enfermagem: saúde do adulto, apresentada à Universidade de São Paulo. [Consult. 28 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-18042006-163318/publico/KatiaFreitas_EE_USP.pdf>.
- FREITAS, Kátia; KIMURA, Miako; FERREIRA, Karine - Necessidades de familiares de doentes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. *Rev Latino-am Enfermagem* [Em linha]. 15: 1 (Jan/Fev, 2007) 1-9. [Consult. 28 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a13.pdf>. ISSN 1518-8345.
- GISPERT, Carlos - *Enciclopédia da Psicologia*. Lisboa: Oceano, 2003. 664p.. ISBN 972-8528-27-2.
- HANSON, Shirley May Harmon - *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. 2.ª ed. Loures : Lusociência, cop. 2005. 487 p.. ISBN 972-8383-83-5.
- INTERNATIONAL STRESS MANAGEMENT ASSOCIATION – *O Que é o Stress?* [Em linha]. Porto Alegre: ISMA-BR, 2001. [Consult. 18 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ismabrasil.com.br/artigo/o-que-e-o-stress>>.

- KIRCHHOFF, K. T.; BECHSTRAND, R. L. - Critical care nurses' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients. *American Journal of Critical Care*. Aliso Viejo. ISSN 1062-3264. 9:2 (April 2000) 96-105.
- KOSCO, Mary; WARREN, Nancy A - Critical Care Nurses' Perceptions of Family Needs as Met. *Critical Care Nursing Quarterly*. Frederick MD. ISSN 0887-9303. 23:2 (August 2000) 60-72.
- MAROCO, João - *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3.^a ed. revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. 822 p.. ISBN 978-972-618-452-2.
- MARUITI, Marina Rumiko; GALDEANO, Luzia Elaine - Necessidades de familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm* [Em linha]. 30: 1 (2007) 37-43. [Consult. 15 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ape/v20n1/a07v20n1.pdf>>. ISSN 0103-2100.
- MARUITI, Marina Rumiko; GALDEANO, Luzia Elaine; FARAH, Olga Guilhermina Dias - Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm* [Em linha]. 21: 4 (2008) 636-642. [Consult. 20 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a16v21n4.pdf>>. ISSN 0103-2100
- MARUITI, Marina; GALDEANO, Luzia e FARAH, Olga - Ansiedade e depressão em familiares de doentes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm*, 21(4) (2008):. 636-42.
- MCVICAR, Andrew - Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford. ISSN 0309-2402. 44:6 (December 2003) 633-642.
- MELO, Jorge Manuel Cardoso Dias de - *As necessidades dos familiares de doentes internados em UCI: percepção dos familiares, médico e enfermeira*. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa, 2005. 141p. Dissertação de mestrado em Gestão dos serviços de saúde apresentada ao Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- MENDES, Aida Maria de Oliveira Cruz - *Stress e imunidade: contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Coimbra. Formasau - Formação e Saúde, 2002. 191p. ISBN 972-8485-23-9.
- MEZZAROBA, Rúbia Manetti; FREITAS, Vívian Maria de; KOCHLA, Kátia Renata Antunes - O cuidado de enfermagem ao paciente crítico na percepção da família. *Cogitare Enferm* [Em linha]. 14: 3 (Jul/Set, 2009) 499-505. [Consult. 28 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/16180/10699>>. ISSN 2176-9133.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2009. *Código Deontológico* (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Disponível <http://www.ordem.enfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf> [data da visita: 01/28/2011].
- PAIS-RIBEIRO, José Luís - *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 2.^a ed. Porto: Legis Editora, 2008. 169 p.. ISBN 989-8148-16-0
- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 3.^a ed. rev. e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2003. 727 p.. ISBN 972-618-297-2.
- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5.^a ed. rev. e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. 692 p. ISBN 978-972-618-498-0.
- SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista - *Metodología de la investigación*. 4.^a ed. México [etc.] : McGrawHill, cop. 2006. 850 p.. ISBN 970-10-5753-8.

- SOCIEDADE PORTUGUESA CUIDADOS INTENSIVOS; ORDEM DOS MÉDICOS (Comissão da Competência em Emergência Médica) - *Transporte de doentes críticos – recomendações 2008* [Em linha]. Lisboa: CELOM, 2008. [Consult. 17 Out. 2011]. 45p. Disponível em WWW: <URL: <http://www.spci.pt/documentos.asp>>.
- SÖDERSTRÖM, Ing-Mari; BENZEIN, Eva; SAVEMAN, Britt-Inger - *Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. Scandinavian Journal of Caring Sciences* [Em linha]. 17: 2 (Junho, 2003) 185-192. [Consult. 28 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=113870&fileOid=623765>>. ISSN: 1471-6712.
- STAYT, Louise Caroline - Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing* [Em linha]. 18: 9 (Maio, 2009) 1267-1275. [Consult. 11 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x/abstract>>. ISSN: 1365-2702.
- STAYT, Louise Caroline - Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. 57: 6 (Março, 2007) 623-630. [Consult. 11 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04143.x/abstract>>. ISSN: 1365-2648.
- URDEN, Linda D. ; STACY, Kathleen M. ; LOUGH, Mary E. - *Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. 5.^a ed. Loures : Lusociência, cop. 2008. XXV, 1265 p.. ISBN 978-989-8075-08-6.
- VAZ SERRA, Adriano – A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, Coimbra, Vol. 21, n.º4, (Outubro/Dezembro, 2000), p.261-278.
- VAZ-SERRA, Adriano – Escala de avaliação da Vulnerabilidade ao stress (23QVS) – In ALMEIDA, Leandro [et al.] - *Avaliação psicológica* – Instrumentos validados para a população portuguesa. 2.^a ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2008. III, p.39 - 55. ISBN 978-989-558-101-6.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Quadros 28 a 33 – Hierarquização da Importância e Satisfação das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos (ordenados de forma decrescente para o: total, masculino e feminino)

Quadro 28 - Hierarquização da Importância das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos: ordenação decrescente em função do total.

Importância das Necessidades (CCFNI)	Masculino (n= 24; 40,0%)		Feminino (n= 36; 60,0%)		Total (n= 60; 100,0%)	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
Fact.2 - 13. Sentir que há esperança	3.58	.584	3.67	.478	3.63	.520
Fact.1 - 35. Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar	3.46	.588	3.72	.454	3.62	.524
Fact.2 - 37. Visitar o doente com frequência	3.54	.509	3.67	.478	3.62	.490
Fact.1 - 4. Obter respostas sinceras ás perguntas	3.46	.509	3.67	.478	3.58	.497
Fact.1 - 2. Ser informado acerca do ambiente de cuidados intensivos antes de entrar nesse ambiente pela primeira vez	3.50	.590	3.58	.604	3.55	.594
Fact.1 - 33. Ser informado, por telefone, sempre que haja alterações importantes no estado de saúde do familiar	3.33	.565	3.69	.467	3.55	.534
Fact.2 - 1. Conhecer o prognóstico	3.38	.576	3.64	.639	3.53	.623
Fact.1 - 24. Ter a certeza que pode ausentar-se do hospital e o familiar fica bem	3.33	.637	3.67	.478	3.53	.566
Fact.4 - 19. Sentir que é bem acolhido pelo pessoal hospitalar	3.29	.690	3.67	.478	3.52	.596
Fact.3 - 11. Ter amigos e familiares por perto que possam dar apoio	3.33	.702	3.61	.549	3.50	.624
Fact.1 - 32. Ser informado sobre os planos de transferência e alta do familiar	3.25	.532	3.64	.543	3.48	.567
Fact.1 - 8. Receber orientações sobre o que fazer quando está junto do familiar	3.42	.584	3.50	.737	3.47	.676
Fact.1 - 34. Receber informações sobre o familiar pelo menos uma vez por dia	3.17	.565	3.64	.487	3.45	.565
Fact.1 - 29. Receber informações adequadas e fáceis de entender	3.29	.624	3.53	.609	3.43	.621
Fact.2 - 36. Tomar conhecimento de factos específicos relacionados com a evolução do estado do familiar	3.25	.532	3.56	.558	3.43	.563
Fact.2 - 15. Conhecer o tratamento médico a que está a ser sujeito o familiar	3.13	.680	3.58	.500	3.40	.616
Fact.2 - 17. Saber exactamente os cuidados que estão a ser prestados ao familiar	3.25	.608	3.50	.561	3.40	.588
Fact.4 - 3. Ter o nome de uma pessoa específica a quem contactar quando pretende obter informações	3.21	.884	3.42	.554	3.33	.705
Fact.2 - 12. Saber porquê e quais as técnicas utilizadas nos cuidados do familiar	3.13	.612	3.47	.696	3.33	.681
Fact.2 - 14. Conhecer os diferentes tipos de profissionais que prestam cuidados ao familiar	3.17	.637	3.44	.607	3.33	.629
Fact.3 - 5. Poder visitar o familiar fora do horário estabelecido	3.21	.833	3.36	.899	3.30	.869
Fact.3 - 6. Poder falar acerca de todos os sentimentos causados pela situação	3.17	.702	3.39	.728	3.30	.720
Fact.5 - 10. Saber que tipo de informação pode dar cada profissional da equipa	3.12	.537	3.39	.645	3.28	.613
Fact.4 - 26. Ser informado de alguém que possa resolver os seus problemas	3.08	.504	3.31	.624	3.22	.585
Fact.1 - 31. Ajudar na prestação de alguns cuidados ao familiar	2.96	.624	3.33	.676	3.18	.676
Fact.4 - 20. Ter alguém que possa ajudar nos seus problemas financeiros	3.00	.722	3.25	.806	3.15	.777
Fact.4 - 23. Ter alguém que se preocupa com a sua saúde	2.88	.612	3.33	.586	3.15	.633
Fact.4 - 28. Ter alguém que possa ajudar a resolver os problemas familiares	3.04	.624	3.22	.681	3.15	.659
Fact.5 - 7. Ter disponibilidade de boa comida no hospital	3.04	.624	3.19	.856	3.13	.769
Fact.3 - 9. Poder visitar o familiar a qualquer hora	3.00	.978	3.19	1.009	3.12	.993
Fact.3 - 38. Ter uma sala de espera perto do doente	2.92	1.060	3.22	.832	3.10	.933
Fact.5 - 30. Que a visita comece á hora certa	2.92	.929	3.06	.826	3.00	.864
Fact.4 - 25. Falar com o mesmo enfermeiro todos os dias	2.75	.737	3.03	.845	2.92	.809
Fact.5 - 16. Ter um local no hospital onde possa estar sozinho	2.46	.884	3.11	1.008	2.85	1.005
Fact.5 - 27. Poder estar sozinho sempre que quiser	2.79	.833	2.89	1.036	2.85	.954
Fact.3 - 22. Ter alguém a acompanhá-lo quando visita o familiar	2.46	.658	3.08	.692	2.83	.740
Fact.5 - 18. Ter mobiliário confortável na sala de espera	2.58	.717	2.89	.820	2.77	.789
Fact.3 - 21. Ter um telefone perto da sala de espera	2.33	.917	2.92	.841	2.68	.911

Quadro 29 - Hierarquização da Importância das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos: ordenação decrescente em função do sexo masculino.

Importância das Necessidades (CCFNI)	Masculino (n= 24; 40,0%)		Feminino (n= 36; 60,0%)		Total (n= 60; 100,0%)	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
Fact.2 - 13. Sentir que há esperança	3.58	.584	3.67	.478	3.63	.520
Fact.2 - 37. Visitar o doente com frequência	3.54	.509	3.67	.478	3.62	.490
Fact.1 - 2. Ser informado acerca do ambiente de cuidados intensivos antes de entrar nesse ambiente pela primeira vez	3.50	.590	3.58	.604	3.55	.594
Fact.1 - 4. Obter respostas sinceras ás perguntas	3.46	.509	3.67	.478	3.58	.497
Fact.1 - 35. Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar	3.46	.588	3.72	.454	3.62	.524
Fact.1 - 8. Receber orientações sobre o que fazer quando está junto do familiar	3.42	.584	3.50	.737	3.47	.676
Fact.2 - 1. Conhecer o prognóstico	3.38	.576	3.64	.639	3.53	.623
Fact.3 - 11. Ter amigos e familiares por perto que possam dar apoio	3.33	.702	3.61	.549	3.50	.624
Fact.1 - 24. Ter a certeza que pode ausentar-se do hospital e o familiar fica bem	3.33	.637	3.67	.478	3.53	.566
Fact.1 - 33. Ser informado, por telefone, sempre que haja alterações importantes no estado de saúde do familiar	3.33	.565	3.69	.467	3.55	.534
Fact.4 - 19. Sentir que é bem acolhido pelo pessoal hospitalar	3.29	.690	3.67	.478	3.52	.596
Fact.1 - 29. Receber informações adequadas e fáceis de entender	3.29	.624	3.53	.609	3.43	.621
Fact.2 - 17. Saber exactamente os cuidados que estão a ser prestados ao familiar	3.25	.608	3.50	.561	3.40	.588
Fact.1 - 32. Ser informado sobre os planos de transferência e alta do familiar	3.25	.532	3.64	.543	3.48	.567
Fact.2 - 36. Tomar conhecimento de factos específicos relacionados com a evolução do estado do familiar	3.25	.532	3.56	.558	3.43	.563
Fact.4 - 3. Ter o nome de uma pessoa específica a quem contactar quando pretende obter informações	3.21	.884	3.42	.554	3.33	.705
Fact.3 - 5. Poder visitar o familiar fora do horário estabelecido	3.21	.833	3.36	.899	3.30	.869
Fact.3 - 6. Poder falar acerca de todos os sentimentos causados pela situação	3.17	.702	3.39	.728	3.30	.720
Fact.2 - 14. Conhecer os diferentes tipos de profissionais que prestam cuidados ao familiar	3.17	.637	3.44	.607	3.33	.629
Fact.1 - 34. Receber informações sobre o familiar pelo menos uma vez por dia	3.17	.565	3.64	.487	3.45	.565
Fact.1 - 12. Saber porquê e quais as técnicas utilizadas nos cuidados do familiar	3.13	.612	3.47	.696	3.33	.681
Fact.2 - 15. Conhecer o tratamento médico a que está a ser sujeito o familiar	3.13	.680	3.58	.500	3.40	.616
Fact.5 - 10. Saber que tipo de informação pode dar cada profissional da equipa	3.12	.537	3.39	.645	3.28	.613
Fact.4 - 26. Ser informado de alguém que possa resolver os seus problemas	3.08	.504	3.31	.624	3.22	.585
Fact.5 - 7. Ter disponibilidade de boa comida no hospital	3.04	.624	3.19	.856	3.13	.769
Fact.4 - 28. Ter alguém que possa ajudar a resolver os problemas familiares	3.04	.624	3.22	.681	3.15	.659
Fact.3 - 9. Poder visitar o familiar a qualquer hora	3.00	.978	3.19	1.009	3.12	.993
Fact.4 - 20. Ter alguém que possa ajudar nos seus problemas financeiros	3.00	.722	3.25	.806	3.15	.777
Fact.1 - 31. Ajudar na prestação de alguns cuidados ao familiar	2.96	.624	3.33	.676	3.18	.676
Fact.5 - 30. Que a visita comece á hora certa	2.92	.929	3.06	.826	3.00	.864
Fact.3 - 38. Ter uma sala de espera perto do doente	2.92	1.060	3.22	.832	3.10	.933
Fact.4 - 23. Ter alguém que se preocupa com a sua saúde	2.88	.612	3.33	.586	3.15	.633
Fact.5 - 27. Poder estar sozinho sempre que quiser	2.79	.833	2.89	1.036	2.85	.954
Fact.4 - 25. Falar com o mesmo enfermeiro todos os dias	2.75	.737	3.03	.845	2.92	.809
Fact.5 - 18. Ter mobiliário confortável na sala de espera	2.58	.717	2.89	.820	2.77	.789
Fact.5 - 16. Ter um local no hospital onde possa estar sozinho	2.46	.884	3.11	1.008	2.85	1.005
Fact.3 - 22. Ter alguém a acompanhá-lo quando visita o familiar	2.46	.658	3.08	.692	2.83	.740
Fact.3 - 21. Ter um telefone perto da sala de espera	2.33	.917	2.92	.841	2.68	.911

Quadro 30 - Hierarquização da Importância das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos: ordenação decrescente em função do sexo feminino.

Importância das Necessidades (CCFNI)	Masculino (n= 24; 40,0%)		Feminino (n= 36; 60,0%)		Total (n= 60; 100,0%)	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
Fact.1 - 35. Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar	3.46	.588	3.72	.454	3.62	.524
Fact.1 - 33. Ser informado, por telefone, sempre que haja alterações importantes no estado de saúde do familiar	3.33	.565	3.69	.467	3.55	.534
Fact.1 - 4. Obter respostas sinceras ás perguntas	3.46	.509	3.67	.478	3.58	.497
Fact.2 - 13. Sentir que há esperança	3.58	.584	3.67	.478	3.63	.520
Fact.4 - 19. Sentir que é bem acolhido pelo pessoal hospitalar	3.29	.690	3.67	.478	3.52	.596
Fact.1 - 24. Ter a certeza que pode ausentar-se do hospital e o familiar fica bem	3.33	.637	3.67	.478	3.53	.566
Fact.2 - 37. Visitar o doente com frequência	3.54	.509	3.67	.478	3.62	.490
Fact.2 - 1. Conhecer o prognóstico	3.38	.576	3.64	.639	3.53	.623
Fact.1 - 32. Ser informado sobre os planos de transferência e alta do familiar	3.25	.532	3.64	.543	3.48	.567
Fact.1 - 34. Receber informações sobre o familiar pelo menos uma vez por dia	3.17	.565	3.64	.487	3.45	.565
Fact.3 - 11. Ter amigos e familiares por perto que possam dar apoio	3.33	.702	3.61	.549	3.50	.624
Fact.1 - 2. Ser informado acerca do ambiente de cuidados intensivos antes de entrar nesse ambiente pela primeira vez	3.50	.590	3.58	.604	3.55	.594
Fact.2 - 15. Conhecer o tratamento médico a que está a ser sujeito o familiar	3.13	.680	3.58	.500	3.40	.616
Fact.2 - 36. Tomar conhecimento de factos específicos relacionados com a evolução do estado do familiar	3.25	.532	3.56	.558	3.43	.563
Fact.1 - 29. Receber informações adequadas e fáceis de entender	3.29	.624	3.53	.609	3.43	.621
Fact.1 - 8. Receber orientações sobre o que fazer quando está junto do familiar	3.42	.584	3.50	.737	3.47	.676
Fact.2 - 17. Saber exactamente os cuidados que estão a ser prestados ao familiar	3.25	.608	3.50	.561	3.40	.588
Fact.2 - 12. Saber porquê e quais as técnicas utilizadas nos cuidados do familiar	3.13	.612	3.47	.696	3.33	.681
Fact.2 - 14. Conhecer os diferentes tipos de profissionais que prestam cuidados ao familiar	3.17	.637	3.44	.607	3.33	.629
Fact.4 - 3. Ter o nome de uma pessoa específica a quem contactar quando pretende obter informações	3.21	.884	3.42	.554	3.33	.705
Fact.3 - 6. Poder falar acerca de todos os sentimentos causados pela situação	3.17	.702	3.39	.728	3.30	.720
Fact.5 - 10. Saber que tipo de informação pode dar cada profissional da equipa	3.12	.537	3.39	.645	3.28	.613
Fact.3 - 5. Poder visitar o familiar fora do horário estabelecido	3.21	.833	3.36	.899	3.30	.869
Fact.4 - 23. Ter alguém que se preocupa com a sua saúde	2.88	.612	3.33	.586	3.15	.633
Fact.1 - 31. Ajudar na prestação de alguns cuidados ao familiar	2.96	.624	3.33	.676	3.18	.676
Fact.4 - 26. Ser informado de alguém que possa resolver os seus problemas	3.08	.504	3.31	.624	3.22	.585
Fact.4 - 20. Ter alguém que possa ajudar nos seus problemas financeiros	3.00	.722	3.25	.806	3.15	.777
Fact.4 - 28. Ter alguém que possa ajudar a resolver os problemas familiares	3.04	.624	3.22	.681	3.15	.659
Fact.3 - 38. Ter uma sala de espera perto do doente	2.92	1.060	3.22	.832	3.10	.933
Fact.5 - 7. Ter disponibilidade de boa comida no hospital	3.04	.624	3.19	.856	3.13	.769
Fact.3 - 9. Poder visitar o familiar a qualquer hora	3.00	.978	3.19	1.009	3.12	.993
Fact.5 - 16. Ter um local no hospital onde possa estar sozinho	2.46	.884	3.11	1.008	2.85	1.005
Fact.3 - 22. Ter alguém a acompanhá-lo quando visita o familiar	2.46	.658	3.08	.692	2.83	.740
Fact.5 - 30. Que a visita comece á hora certa	2.92	.929	3.06	.826	3.00	.864
Fact.4 - 25. Falar com o mesmo enfermeiro todos os dias	2.75	.737	3.03	.845	2.92	.809
Fact.3 - 21. Ter um telefone perto da sala de espera	2.33	.917	2.92	.841	2.68	.911
Fact.5 - 18. Ter mobiliário confortável na sala de espera	2.58	.717	2.89	.820	2.77	.789
Fact.5 - 27. Poder estar sozinho sempre que quiser	2.79	.833	2.89	1.036	2.85	.954

Quadro 31 - Hierarquização da Satisfação das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos: ordenação decrescente em função do total.

Satisfação das Necessidades (NMI)	Masculino (n= 24; 40,0%)		Feminino (n= 36; 60,0%)		Total (n= 60; 100,0%)	
	\bar{X}	δ	\bar{X}	δ	\bar{X}	δ
Fact.1 - 2. Ser informado acerca do ambiente de cuidados intensivos antes de entrar nesse ambiente pela primeira vez	3.25	.608	3.33	.632	3.30	.619
Fact.1 - 35. Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar	3.25	.532	3.19	.624	3.22	.585
Fact.1 - 24. Ter a certeza que pode ausentar-se do hospital e o familiar fica bem	3.17	.637	3.22	.540	3.20	.576
Fact.2 - 37. Visitar o doente com frequência	3.08	.504	3.28	.615	3.20	.576
Fact.4 - 19. Sentir que é bem acolhido pelo pessoal hospitalar	3.04	.550	3.25	.500	3.17	.526
Fact.2 - 1. Conhecer o prognóstico	3.13	.612	3.14	.723	3.13	.676
Fact.1 - 4. Obter respostas sinceras ás perguntas	3.08	.584	3.17	.609	3.13	.596
Fact.1 - 8. Receber orientações sobre o que fazer quando está junto do familiar	3.04	.550	3.19	.467	3.13	.503
Fact.1 - 32. Ser informado sobre os planos de transferência e alta do familiar	3.17	.637	3.11	.708	3.13	.676
Fact.3 - 11. Ter amigos e familiares por perto que possam dar apoio	3.08	.408	3.11	.708	3.10	.602
Fact.2 - 13. Sentir que há esperança	3.08	.654	3.11	.622	3.10	.630
Fact.1 - 33. Ser informado, por telefone, sempre que haja alterações importantes no estado de saúde do familiar	3.08	.504	3.11	.747	3.10	.656
Fact.1 - 34. Receber informações sobre o familiar pelo menos uma vez por dia	3.13	.448	3.08	.732	3.10	.630
Fact.2 - 36. Tomar conhecimento de factos específicos relacionados com a evolução do estado do familiar	3.08	.584	3.11	.622	3.10	.602
Fact.5 - 30. Que a visita comece á hora certa	3.08	.408	3.08	.604	3.08	.530
Fact.1 - 29. Receber informações adequadas e fáceis de entender	3.08	.584	3.06	.630	3.07	.607
Fact.3 - 38. Ter uma sala de espera perto do doente	2.96	.806	3.14	.723	3.07	.756
Fact.2 - 14. Conhecer os diferentes tipos de profissionais que prestam cuidados ao familiar	2.96	.464	3.11	.575	3.05	.534
Fact.5 - 27. Poder estar sozinho sempre que quiser	3.04	.464	3.00	.632	3.02	.567
Fact.2 - 12. Saber porquê e quais as técnicas utilizadas nos cuidados do familiar	2.96	.464	3.03	.560	3.00	.521
Fact.2 - 15. Conhecer o tratamento médico a que está a ser sujeito o familiar	2.96	.550	3.03	.736	3.00	.664
Fact.4 - 23. Ter alguém que se preocupa com a sua saúde	3.00	.511	3.00	.717	3.00	.638
Fact.2 - 17. Saber exactamente os cuidados que estão a ser prestados ao familiar	2.83	.565	3.08	.604	2.98	.596
Fact.3 - 6. Poder falar acerca de todos os sentimentos causados pela situação	2.96	.359	2.97	.654	2.97	.551
Fact.5 - 16. Ter um local no hospital onde possa estar sozinho	2.79	.658	3.06	.754	2.95	.723
Fact.5 - 18. Ter mobiliário confortável na sala de espera	2.92	.408	2.97	.560	2.95	.502
Fact.5 - 10. Saber que tipo de informação pode dar cada profissional da equipa	2.92	.504	2.94	.583	2.93	.548
Fact.1 - 31. Ajudar na prestação de alguns cuidados ao familiar	2.92	.654	2.94	.754	2.93	.710
Fact.3 - 22. Ter alguém a acompanhá-lo quando visita o familiar	2.83	.381	2.97	.560	2.92	.497
Fact.5 - 7. Ter disponibilidade de boa comida no hospital	2.96	.464	2.86	.762	2.90	.656
Fact.4 - 3. Ter o nome de uma pessoa específica a quem contactar quando pretende obter informações	2.88	.797	2.81	.749	2.83	.763
Fact.3 - 21. Ter um telefone perto da sala de espera	2.71	.550	2.92	.604	2.83	.587
Fact.4 - 25. Falar com o mesmo enfermeiro todos os dias	2.79	.658	2.78	.832	2.78	.761
Fact.4 - 28. Ter alguém que possa ajudar a resolver os problemas familiares	2.79	.509	2.67	.717	2.72	.640
Fact.3 - 5. Poder visitar o familiar fora do horário estabelecido	2.75	.532	2.64	.961	2.68	.813
Fact.4 - 26. Ser informado de alguém que possa resolver os seus problemas	2.67	.482	2.67	.717	2.67	.629
Fact.4 - 20. Ter alguém que possa ajudar nos seus problemas financeiros	2.54	.658	2.64	.762	2.60	.718
Fact.3 - 9. Poder visitar o familiar a qualquer hora	2.62	.647	2.56	.909	2.58	.809

Quadro 32 - Hierarquização da Satisfação das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos: ordenação decrescente em função do total.

Satisfação das Necessidades (NMI)	Masculino (n= 24; 40,0%)		Feminino (n= 36; 60,0%)		Total (n= 60; 100,0%)	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
Fact.1 - 2. Ser informado acerca do ambiente de cuidados intensivos antes de entrar nesse ambiente pela primeira vez	3.25	.608	3.33	.632	3.30	.619
Fact.1 - 35. Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar	3.25	.532	3.19	.624	3.22	.585
Fact.1 - 24. Ter a certeza que pode ausentar-se do hospital e o familiar fica bem	3.17	.637	3.22	.540	3.20	.576
Fact.1 - 32. Ser informado sobre os planos de transferência e alta do familiar	3.17	.637	3.11	.708	3.13	.676
Fact.2 - 1. Conhecer o prognóstico	3.13	.612	3.14	.723	3.13	.676
Fact.1 - 34. Receber informações sobre o familiar pelo menos uma vez por dia	3.13	.448	3.08	.732	3.10	.630
Fact.1 - 4. Obter respostas sinceras ás perguntas	3.08	.584	3.17	.609	3.13	.596
Fact.3 - 11. Ter amigos e familiares por perto que possam dar apoio	3.08	.408	3.11	.708	3.10	.602
Fact.2 - 13. Sentir que há esperança	3.08	.654	3.11	.622	3.10	.630
Fact.1 - 29. Receber informações adequadas e fáceis de entender	3.08	.584	3.06	.630	3.07	.607
Fact.5 - 30. Que a visita comece á hora certa	3.08	.408	3.08	.604	3.08	.530
Fact.1 - 33. Ser informado, por telefone, sempre que haja alterações importantes no estado de saúde do familiar	3.08	.504	3.11	.747	3.10	.656
Fact.2 - 36. Tomar conhecimento de factos específicos relacionados com a evolução do estado do familiar	3.08	.584	3.11	.622	3.10	.602
Fact.2 - 37. Visitar o doente com frequência	3.08	.504	3.28	.615	3.20	.576
Fact.1 - 8. Receber orientações sobre o que fazer quando está junto do familiar	3.04	.550	3.19	.467	3.13	.503
Fact.4 - 19. Sentir que é bem acolhido pelo pessoal hospitalar	3.04	.550	3.25	.500	3.17	.526
Fact.5 - 27. Poder estar sozinho sempre que quiser	3.04	.464	3.00	.632	3.02	.567
Fact.4 - 23. Ter alguém que se preocupa com a sua saúde	3.00	.511	3.00	.717	3.00	.638
Fact.3 - 6. Poder falar acerca de todos os sentimentos causados pela situação	2.96	.359	2.97	.654	2.97	.551
Fact.5 - 7. Ter disponibilidade de boa comida no hospital	2.96	.464	2.86	.762	2.90	.656
Fact.2 - 12. Saber porquê e quais as técnicas utilizadas nos cuidados do familiar	2.96	.464	3.03	.560	3.00	.521
Fact.2 - 14. Conhecer os diferentes tipos de profissionais que prestam cuidados ao familiar	2.96	.464	3.11	.575	3.05	.534
Fact.2 - 15. Conhecer o tratamento médico a que está a ser sujeito o familiar	2.96	.550	3.03	.736	3.00	.664
Fact.3 - 38. Ter uma sala de espera perto do doente	2.96	.806	3.14	.723	3.07	.756
Fact.5 - 10. Saber que tipo de informação pode dar cada profissional da equipa	2.92	.504	2.94	.583	2.93	.548
Fact.5 - 18. Ter mobiliário confortável na sala de espera	2.92	.408	2.97	.560	2.95	.502
Fact.1 - 31. Ajudar na prestação de alguns cuidados ao familiar	2.92	.654	2.94	.754	2.93	.710
Fact.4 - 3. Ter o nome de uma pessoa específica a quem contactar quando pretende obter informações	2.88	.797	2.81	.749	2.83	.763
Fact.2 - 17. Saber exactamente os cuidados que estão a ser prestados ao familiar	2.83	.565	3.08	.604	2.98	.596
Fact.3 - 22. Ter alguém a acompanhá-lo quando visita o familiar	2.83	.381	2.97	.560	2.92	.497
Fact.5 - 16. Ter um local no hospital onde possa estar sozinho	2.79	.658	3.06	.754	2.95	.723
Fact.4 - 25. Falar com o mesmo enfermeiro todos os dias	2.79	.658	2.78	.832	2.78	.761
Fact.4 - 28. Ter alguém que possa ajudar a resolver os problemas familiares	2.79	.509	2.67	.717	2.72	.640
Fact.3 - 5. Poder visitar o familiar fora do horário estabelecido	2.75	.532	2.64	.961	2.68	.813
Fact.3 - 21. Ter um telefone perto da sala de espera	2.71	.550	2.92	.604	2.83	.587
Fact.4 - 26. Ser informado de alguém que possa resolver os seus problemas	2.67	.482	2.67	.717	2.67	.629
Fact.3 - 9. Poder visitar o familiar a qualquer hora	2.62	.647	2.56	.909	2.58	.809
Fact.4 - 20. Ter alguém que possa ajudar nos seus problemas financeiros	2.54	.658	2.64	.762	2.60	.718

Quadro 33 - Hierarquização da Satisfação das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos: ordenação decrescente em função do sexo feminino.

Satisfação das Necessidades (NMI)	Masculino (n= 24; 40,0%)		Feminino (n= 36; 60,0%)		Total (n= 60; 100,0%)	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
Fact.1 - 2. Ser informado acerca do ambiente de cuidados intensivos antes de entrar nesse ambiente pela primeira vez	3.25	.608	3.33	.632	3.30	.619
Fact.2 - 37. Visitar o doente com frequência	3.08	.504	3.28	.615	3.20	.576
Fact.4 - 19. Sentir que é bem acolhido pelo pessoal hospitalar	3.04	.550	3.25	.500	3.17	.526
Fact.1 - 24. Ter a certeza que pode ausentar-se do hospital e o familiar fica bem	3.17	.637	3.22	.540	3.20	.576
Fact.1 - 8. Receber orientações sobre o que fazer quando está junto do familiar	3.04	.550	3.19	.467	3.13	.503
Fact.1 - 35. Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar	3.25	.532	3.19	.624	3.22	.585
Fact.1 - 4. Obter respostas sinceras ás perguntas	3.08	.584	3.17	.609	3.13	.596
Fact.2 - 1. Conhecer o prognóstico	3.13	.612	3.14	.723	3.13	.676
Fact.3 - 38. Ter uma sala de espera perto do doente	2.96	.806	3.14	.723	3.07	.756
Fact.3 - 11. Ter amigos e familiares por perto que possam dar apoio	3.08	.408	3.11	.708	3.10	.602
Fact.2 - 13. Sentir que há esperança	3.08	.654	3.11	.622	3.10	.630
Fact.2 - 14. Conhecer os diferentes tipos de profissionais que prestam cuidados ao familiar	2.96	.464	3.11	.575	3.05	.534
Fact.1 - 32. Ser informado sobre os planos de transferência e alta do familiar	3.17	.637	3.11	.708	3.13	.676
Fact.1 - 33. Ser informado, por telefone, sempre que haja alterações importantes no estado de saúde do familiar	3.08	.504	3.11	.747	3.10	.656
Fact.2 - 36. Tomar conhecimento de factos específicos relacionados com a evolução do estado do familiar	3.08	.584	3.11	.622	3.10	.602
Fact.2 - 17. Saber exactamente os cuidados que estão a ser prestados ao familiar	2.83	.565	3.08	.604	2.98	.596
Fact.5 - 30. Que a visita comece á hora certa	3.08	.408	3.08	.604	3.08	.530
Fact.1 - 34. Receber informações sobre o familiar pelo menos uma vez por dia	3.13	.448	3.08	.732	3.10	.630
Fact.5 - 16. Ter um local no hospital onde possa estar sozinho	2.79	.658	3.06	.754	2.95	.723
Fact.1 - 29. Receber informações adequadas e fáceis de entender	3.08	.584	3.06	.630	3.07	.607
Fact.2 - 12. Saber porquê e quais as técnicas utilizadas nos cuidados do familiar	2.96	.464	3.03	.560	3.00	.521
Fact.2 - 15. Conhecer o tratamento médico a que está a ser sujeito o familiar	2.96	.550	3.03	.736	3.00	.664
Fact.4 - 23. Ter alguém que se preocupa com a sua saúde	3.00	.511	3.00	.717	3.00	.638
Fact.5 - 27. Poder estar sozinho sempre que quiser	3.04	.464	3.00	.632	3.02	.567
Fact.3 - 6. Poder falar acerca de todos os sentimentos causados pela situação	2.96	.359	2.97	.654	2.97	.551
Fact.5 - 18. Ter mobiliário confortável na sala de espera	2.92	.408	2.97	.560	2.95	.502
Fact.3 - 22. Ter alguém a acompanhá-lo quando visita o familiar	2.83	.381	2.97	.560	2.92	.497
Fact.5 - 10. Saber que tipo de informação pode dar cada profissional da equipa	2.92	.504	2.94	.583	2.93	.548
Fact.1 - 31. Ajudar na prestação de alguns cuidados ao familiar	2.92	.654	2.94	.754	2.93	.710
Fact.3 - 21. Ter um telefone perto da sala de espera	2.71	.550	2.92	.604	2.83	.587
Fact.5 - 7. Ter disponibilidade de boa comida no hospital	2.96	.464	2.86	.762	2.90	.656
Fact.4 - 3. Ter o nome de uma pessoa específica a quem contactar quando pretende obter informações	2.88	.797	2.81	.749	2.83	.763
Fact.4 - 25. Falar com o mesmo enfermeiro todos os dias	2.79	.658	2.78	.832	2.78	.761
Fact.4 - 26. Ser informado de alguém que possa resolver os seus problemas	2.67	.482	2.67	.717	2.67	.629
Fact.4 - 28. Ter alguém que possa ajudar a resolver os problemas familiares	2.79	.509	2.67	.717	2.72	.640
Fact.3 - 5. Poder visitar o familiar fora do horário estabelecido	2.75	.532	2.64	.961	2.68	.813
Fact.4 - 20. Ter alguém que possa ajudar nos seus problemas financeiros	2.54	.658	2.64	.762	2.60	.718
Fact.3 - 9. Poder visitar o familiar a qualquer hora	2.62	.647	2.56	.909	2.58	.809

APÊNDICE 2

Quadros 34 a 37 – Resultados da regressão linear simples entre a idade, funcionalidade familiar, importância e satisfação das Necessidades dos Familiares de Doentes Críticos

Apêndice – Resultados da regressão linear simples entre a idade, funcionalidade familiar, importância e satisfação das necessidades.

Quadro 34 - Regressão linear simples entre a vulnerabilidade ao stress e a idade. (n=60)

VARIÁVEL DEPENDENTE = <i>Vulnerabilidade ao Stress</i>					
R Múltiplo = .262 R² = .069 R² Ajustado = .053 Erro padrão da estimativa = 11.152 F = 4.287 ρ = .043					
Sumário da Regressão Passo a Passo					
Variáveis independentes	Passo	R múltiplo	R ²	F	ρ
Idade	1	.262	.069	4.287	.043*
SUMÁRIO DA REGRESSÃO					
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão		t	ρ
Idade	.212	.262		2.071	.043*
ANÁLISE DE VARIÂNCIA					
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	ρ
Regressão	533.205	1	533.205	4.287	.043*
Residual	7213.778	58	124.375		
Total	7746.983	59			

Quadro 35 - Regressão linear simples entre a vulnerabilidade ao stress e a funcionalidade familiar. (n=60)

VARIÁVEL DEPENDENTE = <i>Vulnerabilidade ao Stress</i>					
R Múltiplo = .225 R² = .051 R² Ajustado = .034 Erro padrão da estimativa = 11.262 F = 3.086 ρ = .084					
Sumário da Regressão Passo a Passo					
Variáveis independentes	Passo	R múltiplo	R ²	F	ρ
Funcionalidade Familiar	1	.225	.051	3.086	.084 n.s.
SUMÁRIO DA REGRESSÃO					
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão		t	ρ
Funcionalidade familiar	-1.173	-.225		-1.757	.084 n.s.
ANÁLISE DE VARIÂNCIA					
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	ρ
Regressão	391.311	1	391.311	3.086	.084 n.s.
Residual	7355.672	58	126.822		
Total	7746.983	59			

Quadro 36 - Regressão linear simples entre a vulnerabilidade ao stress e a importância das necessidades. (n=60)

VARIÁVEL DEPENDENTE = <i>Vulnerabilidade ao Stress</i>					
R Múltiplo = .068					
R ² = .005					
R ² Ajustado = -.013					
Erro padrão da estimativa = 11.531					
F= .267					
ρ = .607					
Sumário da Regressão Passo a Passo					
Variáveis independentes	Passo	R múltiplo	R ²	F	ρ
Importância das necessidades	1	.068	.005	.267	.607 n.s.
SUMÁRIO DA REGRESSÃO					
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	t	ρ	
Importância das necessidades	-.059	-.068	-.517	.607 n.s.	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA					
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	ρ
Regressão	35.557	1	35.557		
Residual	7711.426	58	132.956	.267	.607 n.s.
Total	7746.983	59			

Quadro 37 - Regressão linear simples entre a vulnerabilidade ao stress e a satisfação das necessidades. (n=60)

VARIÁVEL DEPENDENTE = <i>Vulnerabilidade ao Stress</i>					
R Múltiplo = .375					
R ² = .140					
R ² Ajustado = .126					
Erro padrão da estimativa = 10.716					
F= .9468					
ρ = .003					
Sumário da Regressão Passo a Passo					
Variáveis independentes	Passo	R múltiplo	R ²	F	ρ
Satisfação das necessidades	1	.375	.140	9.468	.003
SUMÁRIO DA REGRESSÃO					
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	t	ρ	
Satisfação das necessidades	-.304	-.375	-3.077	.003	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA					
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	ρ
Regressão	1087.155	1	1087.155		
Residual	6659.828	58	114.825	9.468	.003
Total	7746.983	59			

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de Colheita de Dados



Área científica: Enfermagem Médico Cirúrgica

CÓD: _____

Investigador Principal: Madalena Cunha / Olivério Ribeiro

Investigador Colaborador: Alice Loureiro / Helena Rosário

Ano: 2011

Curso: Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – 1.ª edição

Estudo: A VULNERABILIDADE AO STRESS E SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS FAMILIARES DE DOENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Ex.mo(a) Senhor(a):

No âmbito da investigação encontramos-nos a desenvolver um estudo de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o tema “A Vulnerabilidade ao Stress em Familiares de Doentes Críticos.

Decidimos desenvolver este estudo porque acreditamos que o familiar/pessoa significativa para o doente, necessita também de especial atenção por parte dos profissionais da Unidade de Cuidados Intensivos, de modo a que possa contribuir de forma positiva no processo de recuperação do doente.

Ficar-lhe-emos muito gratos se tiver a amabilidade de exprimir livremente a sua opinião, mediante o preenchimento do instrumento de colheita de dados que de seguida se apresenta.

Não deverá escrever a sua identificação de forma a manter anónima a colheita de dados, permanecendo desta forma confidenciais as suas respostas.



Área científica: Enfermagem Médico Cirúrgica

CÓD: _____

Investigador Principal: Madalena Cunha / Olivério Ribeiro

Investigador Colaborador: Alice Loureiro / Helena Rosário

Ano: 2011

Curso: Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – 1. edição

Estudo: A VULNERABILIDADE AO STRESS E SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS FAMILIARES DE DOENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Instrumento de Colheita de Dados

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais adequada perante as alternativas. Esta pode, muitas vezes, ser a resposta que lhe ocorre em primeiro lugar.

Agradecemos o seu contributo para esta investigação.

I PARTE

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Sexo ₁ Masculino
₂ Feminino

2. Idade _____ anos

3. Estado civil:

- ₁ Solteiro
₂ Casado / União de Facto
₃ Divorciado / Separado
₄ Viúvo

4. Formação Literária

- ₁ Saber ler e escrever
₂ 1º Ciclo / 4ª classe
₃ 2º Ciclo / Ciclo preparatório
₄ 3º Ciclo/ 9º ano
₅ Secundário / 12º ano
₆ Licenciatura
₇ Mestrado
₈ Doutoramento

5. Qual o seu parentesco com o doente?

- ₁ Esposa/o
₂ Filho/a
₃ Irmão/ã
₄ Pai/mãe
₅ Outro _____

6. Onde reside?

- ₁ No concelho de Viseu
₂ Fora do concelho de Viseu

7. Situação familiar

- Vive sozinho(a) ₁
Vive acompanhado(a) ₂

7.1. Se acompanhado, com quem?

- Cônjuge ₁
Pais ₂
Filho(s) ₃
Outro(s) ₄ _____

8. Já teve alguma experiência anterior relativa ao internamento de familiares em cuidados intensivos?

₁ Sim

₂ Não

9. Qual o diagnóstico clínico do seu familiar?

II PARTE
ESCALAS

ESCALA DE APGAR FAMILIAR

SMILKSTEIN (1978) *cit. in* AZEREDO e MATOS (1989)

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1 - Está satisfeita com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa a preocupa?			
2 - Está satisfeita com a forma como a sua família discute assuntos?			
3 - Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4 - Está satisfeita com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5 - Está satisfeita com o tempo que passa com a sua família?			

ESCALA DE VULNERABILIDADE AO STRESS – 23 QVS (VAZ SERRA, 2000)

Assinale com uma cruz (X) a quadricula que melhor corresponde à alternativa em que se situa

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1 - Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas.					
2 - Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas.					
3 - Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes.					
4 - Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais.					
5 - Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia.					
6 - Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar.					
7 - Dou e recebo afecto com regularidade.					
8 - É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem					
9 - Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver.					
10 - Sou um indivíduo que se enerva com facilidade.					
11 - Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim.					
12 - Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado.					
13 - As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito.					
14 - Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades.					
15 - Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão.					
16 - Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem Quanto esperava a realizar as minhas tarefas.					
17 - Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas.					
18 - Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto.					
19 - Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero.					
20 - Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem.					
21 - O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais.					
22 - Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar.					
23 - Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço.					

ANEXO 2

Autorização para Aplicar as Escalas:

“Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23QVS”

HIERARQUIZAÇÃO/SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES

CRITICAL CARE FAMILY NEEDS INVENTORY (CCFNI)/NMI

(Adaptado de Molter e Leske 1983)

Versão Portuguesa de Melo (2005)

Professor Doutor Adriano Vaz Serra
Rua Pinheiro Chagas, n.º 56
3000-333 Coimbra

Ex.ma Senhora
Enf.ª Maria Helena Rosário Rodrigues
Avenida 25 de Abril - nº 45, 2º Esq.
3510-118 Viseu

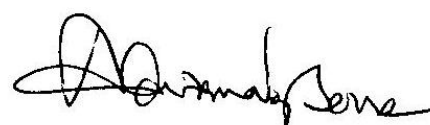
Senhora Enfermeira Maria Helena

Em resposta ao que me solicitou no seu e-mail junto envio:

1. - A escala - 23 QVS - tal como é usualmente dada a preencher (frente e costas).
2. - Duas folhas separadas, da mesma escala, para poder fazer futuramente novas fotocópias.
3. - O programa de cotação da 23 QVS. Quanto a este programa abra a caixa do Mini CD e verifique a explicação que vem na contra-capa. O ícone que é produzido pode colocá-lo no ambiente de trabalho ou em qualquer pasta específica. Fazendo dois cliques sobre o ícone o programa abre. Veja as explicações que o próprio programa refere. Ao fim tem a possibilidade de carregar num botão e mandar imprimir os resultados.
4. - Uma fotocópia do artigo original da criação da 23 QVS.

Desejando os melhores êxitos para o seu trabalho, aceite as melhores saudações de

Coimbra, 29 de Julho de 2011



Declaração

Para os devidos efeitos se declara que, a Professora Doutora Maria Madalena Cunha Nunes e a estudante Maria Helena Rosário Rodrigues ambas da Escola Superior de Saúde Viseu, na qualidade de investigadoras do estudo “Vulnerabilidade ao Stresse nos Familiares de Doentes Críticos internados na Unidade de Cuidados Intensivos” foram autorizadas a aplicar a versão Portuguesa da minha autoria das Escalas Versão Original, Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) e Needs Met Inventory (NMI).

Viseu, 20 Janeiro de 2011



(Jorge Manuel Cardoso Melo)

Anexo 2

Pedidos e Autorização da Colheita de Dados



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Do Hospital de S. Teotónio de Viseu E.P.E.
Av. Rei D. Duarte

3504-509 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº: 92	Data: 31/01/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito da Unidade Curricular de Seminário, está a Escola Superior de Saúde de Viseu, e a estudante M.^a Helena Rosário Rodrigues do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a desenvolver um estudo sobre a **“Vulnerabilidade ao stress dos familiares do doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos”**.

Com este estudo pretende-se avaliar a vulnerabilidade ao stress dos familiares do doente crítico internado nas Unidades de Cuidados Intensivos. A amostra será constituída pelos familiares dos doentes críticos internados nas UCIP's do Hospital de São Teotónio E.P.E. de Viseu e do Hospital Infante D. Pedro E.P.E. de Aveiro, durante o período compreendido entre 24/01/2011 e 06/05/2011.

Neste contexto vimos solicitar a V. Ex.^a que se digne a autorizar a aplicação do questionário, que junto se anexa.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que a Professora Madalena Cunha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenado)

MC/LA

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

Aos Exmos Directores e Chefes de UCI
para informacao.



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Stamp: 17/02/2011, Procº 70, Nº 92

nao e opor desde
que os investigadores
se responsabilizam pela
colheita dos dados.
Prof. chefe de UCI
pelo 2331

207
(2847)

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Do Hospital de S. Teotónio de Viseu E.P.E.
Av. Rei D. Duarte

3504-509 VISEU

Info Madalena

Autorizaco

Interesse

17/02/11

VOSSA REFERÊNCIA
Ofício nº: _____ Data: _____
Processo: _____

NOSSA REFERÊNCIA
Ofício nº 92 Data: 31/01/2011
Processo: 70

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

No âmbito da Unidade Curricular de Seminário, está a Escola Superior de Saúde de Viseu, e a estudante M.ª Helena Rosário Rodrigues do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a desenvolver um estudo sobre a "Vulnerabilidade ao stress dos familiares do doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos".

Com este estudo pretende-se avaliar a vulnerabilidade ao stress dos familiares do doente crítico internado nas Unidades de Cuidados Intensivos. A amostra será constituída pelos familiares dos doentes críticos internados nas UCIP's do Hospital de São Teotónio E.P.E. de Viseu e do Hospital Infante D. Pedro E.P.E. de Aveiro, durante o período compreendido entre 24/01/2011 e 06/05/2011.

Neste contexto vimos solicitar a V. Ex.ª que se digne a autorizar a aplicação do questionário, que junto se anexa.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que a Professora Madalena Cunha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Handwritten notes: Ao conhecimento de... 18/2/11

Stamp: Hospital de São Teotónio - Viseu, Secretaria da Administração, Documento nº 279, Satis 03/02/2011, Satis 16/02/2011, Satis 17/02/2011, Lúcia

Presidente da ESSV
João Carvalho Duarte
Prof. Coordenado

ANEXO 3
Declaração de Consentimento dos Familiares



COD: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Reconheço que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar. Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Pelo presente documento, declaro que autorizo participar no estudo, preenchendo o questionário que se segue, para recolha de dados.

Investigador Principal: Professor Doutora Madalena Cunha

Investigador Colaborante: Maria Helena Rosário Rodrigues

Data ___/___/_____

Assinatura do Participante _____ BI nº _____

ANEXO 4

Pedido e Autorização da Colheita de Dados



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Teif. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Do Hospital de S. Teotónio de Viseu E.P.E.
Av. Rei D. Duarte

3504-509 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n.º:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA			
Ofício. n.º	92	Data:	31/01//2011
Processo:	70		

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito da Unidade Curricular de Seminário, está a Escola Superior de Saúde de Viseu, e a estudante M.^a Helena Rosário Rodrigues do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a desenvolver um estudo sobre a “**Vulnerabilidade ao stress dos familiares do doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos**”.

Com este estudo pretende-se avaliar a vulnerabilidade ao stress dos familiares do doente crítico internado nas Unidades de Cuidados Intensivos. A amostra será constituída pelos familiares dos doentes críticos internados nas UCIP's do Hospital de São Teotónio E.P.E. de Viseu e do Hospital Infante D. Pedro E.P.E. de Aveiro, durante o período compreendido entre 24/01/2011 e 06/05/2011.

Neste contexto vimos solicitar a V. Ex.^a que se digne a autorizar a aplicação do questionário, que junto se anexa.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que a Professora Madalena Cunha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenado)

MC/LA

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

Aos Exmos Directores e Chefes da UCIP para informarem:-

nao e por isso que as investigacoes se responsabiliza pela colheita dos dados. Prof. chefe da UCIP



4/02/11

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Stamp: Escola Superior de Saude de Viseu, 17-02-2011, Procº 70, Nº 268

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102 3500-643 VISEU Telf. 232 419 100 Telem. 961 011 800 Fax 232 428 343

Exmo. Senhor: Presidente do Conselho de Administração Do Hospital de S. Teotónio de Viseu E.P.E. (2347) Av. Rei D. Duarte 3504-509 VISEU

Autorizaco

INFORME SE

17/02/11

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº: 92	Data: 31/01/2011
Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito da Unidade Curricular de Seminário, está a Escola Superior de Saúde de Viseu, e a estudante M.ª Helena Rosário Rodrigues do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a desenvolver um estudo sobre a "Vulnerabilidade ao stress dos familiares do doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos".

Com este estudo pretende-se avaliar a vulnerabilidade ao stress dos familiares do doente crítico internado nas Unidades de Cuidados Intensivos. A amostra será constituída pelos familiares dos doentes críticos internados nas UCIP's do Hospital de São Teotónio E.P.E. de Viseu e do Hospital Infante D. Pedro E.P.E. de Aveiro, durante o período compreendido entre 24/01/2011 e 06/05/2011.

Neste contexto vimos solicitar a V. Ex.ª que se digne a autorizar a aplicação do questionário, que junto se anexa.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que a Professora Madalena Cunha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

Handwritten notes: Ao conhecimento do coordenador de pesquisa MC/LA 18/2/11

Stamp: Hospital de São Teotónio - Viseu, Secretariado da Administração, Documento nº 279, Emitida 03/02/2011 hf, Selada 16/02/2011 hf, Secretaria 17/02/2011, Luísa

Presidente de ESSV João Carvalho Duarte (Prof. Coordenado)