

PENSAMENTO

*"As dificuldades são como as montanhas.
Elas só se aplainam quando avançamos sobre elas."*

Provérbio Japonês

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, o meu agradecimento à minha família, em especial ao meu marido José António e ao meu filho Rodrigo, pelo amor, carinho, apoio e incentivo constante.

Ao Professor Olivério Ribeiro, pela orientação científica e metodológica ao longo de todo este percurso.

Aos familiares dos doentes internados em UCI, actores principais deste estudo, pela disponibilidade apresentada para a participação no mesmo, o meu muito obrigada.

A todos aqueles que, mesmo não tendo sido citados, contribuíram para a realização deste trabalho de investigação.

RESUMO

Conhecer as necessidades e o grau de satisfação dos familiares dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos é uma parte essencial dos cuidados dos profissionais de saúde, para se poderem prestar cuidados holísticos ao doente/família.

O objectivo deste estudo de investigação tem como finalidade avaliar o nível de importância e o grau de satisfação que os familiares dos doentes internados em UCI, atribuem às suas necessidades.

Trata-se de um estudo transversal analítico-correlacional, realizado na unidade de cuidados intensivos polivalente do Hospital S. Teotónio, EPE durante o período de 21 de Março a 20 de Junho de 2011. Para avaliação da importância e satisfação das necessidades dos familiares foi utilizada a versão adaptada por Melo (2005) do *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) e do *Needs Met Inventory* (NMI) respectivamente.

Foram inquiridos 60 familiares, com uma média de idade de 45 anos, sendo predominantemente do sexo feminino (60.0%), casados ou a viverem em união de facto (76.7%), a residir em meio urbano (71.7%) e com habilitações literárias entre o 2º ciclo e o ensino secundário (46.7%).

Os resultados sugerem que os familiares dos doentes internados em UCI atribuem uma grande importância às suas necessidades (valor médio superior a 3 numa escala de um a quatro). As necessidades consideradas mais importantes foram as necessidades de segurança (3,48) e informação (3,46), sendo também estas as que apresentam um maior grau de satisfação, com valor médio de 3,13 e 3,07, respectivamente. As necessidades consideradas menos importantes foram as de conforto (2,98), enquanto as menos satisfeitas foram as necessidades de suporte (2,82).

Estes resultados permitem concluir que na generalidade, os familiares encontram-se satisfeitos com o atendimento das suas necessidades por parte dos profissionais de saúde (média >2,5), no entanto esta satisfação fica aquém das suas expectativas, essencialmente na necessidade de suporte.

Palavras-chaves: Família; Avaliação de necessidades de cuidados de saúde; Satisfação; Unidade de cuidados intensivos.

ABSTRACT

To know the needs and the satisfaction degree of the patient's family members who are admitted in intensive care units is an essential part of the health care professionals, to be able to provide holistic care to the patient/family.

The objective of this research study aims to evaluate the importance level and the satisfaction degree that the patients family members admitted in the ICU give to their needs.

It's an analytical-correctional transversal study, performed in the polyvalent intensive care unit of the Hospital S. Teotônio, EPE, between the 21st of March and the 20th of June of 2011. To evaluate the importance and satisfaction of the family members' needs it was used the version adapted by Melo (2005) of the Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) and the Needs Met Inventory (NMI) respectively.

The respondents were 60 family members, with an average age of 45 year old, predominantly female (60.0%), married or living maritally (76.7%), living in an urban area (71.7%) and with qualifications between the 2nd cycle and the secondary teaching (46.7%).

The results suggest that the family members of the patients admitted in the ICU give a great importance to their needs (average higher than 3 in a scale from 1 to 4). The needs that were considered the most important were the safety needs (3,48) and information (3,46), being also the ones who present a major degree of satisfaction, with an average of 3,13 and 3,07, respectively. The needs that were considered the less important were comfort (2,98), while the less satisfied were the support needs (2,82).

These results allow to conclude that generally, the family members are satisfied with the service of their needs by the health professionals (average >2,5), however this satisfaction did not cope with the expectations, mainly in the support needs.

Key words: Family; Evaluation of the health care needs; Satisfaction; Intensive care units

ÍNDICE

| | Pág |
|--|-----------|
| ÍNDICE DE QUADROS | |
| ÍNDICE DE FIGURAS | |
| ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS | |
| 1 – INTRODUÇÃO | 19 |
| 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 21 |
| 2.1 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS | 21 |
| 2.2 – A FAMÍLIA PERANTE A DOENÇA CRÍTICA | 23 |
| 2.3 – NECESSIDADES DOS FAMILIARES DE DOENTES INTERNADOS EM UCI..... | 26 |
| 2.4 - SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS FAMILIARES | 30 |
| 3 – METODOLOGIA | 33 |
| 3.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO..... | 34 |
| 3.2 – PARTICIPANTES | 35 |
| 3.3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS..... | 36 |
| 3.4 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO | 38 |
| 4 – ANÁLISE DOS RESULTADOS | 41 |
| 4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA | 41 |
| 4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL..... | 53 |
| 5 – DISCUSSÃO | 59 |
| 5.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA | 59 |
| 5.2 – DISCUSÃO DOS RESULTADOS | 60 |
| 6 - CONCLUSÃO | 67 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 71 |
| ANEXOS | 75 |
| ANEXO I - Instrumento de colheita de dados..... | 77 |
| ANEXO II - Análise da consistência interna das escalas | 79 |
| ANEXO III - Autorização para utilização das escalas | 81 |
| ANEXO IV - Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados | 83 |
| ANEXO V - Termo de consentimento informado | 85 |
| ANEXO VI - Diagnóstico clínico dos doentes em estado crítico..... | 87 |
| ANEXO VII - Quadros e gráficos da análise da importância e satisfação das necessidades..... | 89 |

ÍNDICE DE QUADROS

pág

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Dimensões de necessidades e respectivos itens..... | 38 |
| Quadro 2 - Estatísticas relativas à idade do familiar..... | 41 |
| Quadro 3 - Características sociodemográfica em função do sexo dos familiares..... | 42 |
| Quadro 4 - Características familiares em função do sexo..... | 43 |
| Quadro 5 - Características clínicas dos doentes..... | 44 |
| Quadro 6 - Ordenação da importância das necessidades dos familiares..... | 45 |
| Quadro 7 - Ordenação da importância das necessidades dos familiares em função do sexo, da zona de residência e da experiência anterior em uci..... | 46 |
| Quadro 8 - Ordenação importância das necessidades dos familiares em função das variáveis familiares..... | 48 |
| Quadro 9 - Ordenação da importância das necessidades dos familiares em função da experiência anterior em uci e do conhecimento do diagnóstico..... | 49 |
| Quadro 10 - Ordenação da satisfação das necessidades dos familiares..... | 50 |
| Quadro 11 - Ordenação da satisfação das necessidades dos familiares em função do sexo, da zona de residência e da situação familiar..... | 51 |
| Quadro 12 - Regressão linear simples entre a importância e a satisfação das necessidades..... | 57 |

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Representação gráfica da articulação das variáveis..... | 35 |
|--|----|

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCFNI - Critical Care Family Needs Inventory

NMI - Needs Met Inventory

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

vs - versus

1 – INTRODUÇÃO

A doença crítica é um evento que causa transtornos, não apenas para a pessoa doente, mas também para os membros da sua família.

De acordo com Bettinelli, Rosa e Erdmann (2007), a família é uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que vivem num determinado espaço de tempo, que possuem a sua organização específica, estabelecem objectivos comuns, constituindo uma história própria. É essencialmente na família que cada pessoa procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo da vida (MOREIRA, 2001).

A hospitalização de um familiar numa unidade de cuidados intensivos (UCI), ocorre geralmente de forma aguda e inadvertida, restando pouco tempo para o ajuste familiar. Perante esta situação stressante, os familiares podem sentir-se desorganizados, deseparados e com dificuldades para se mobilizarem, fazendo emergir diferentes tipos de necessidades (FREITAS; KIMURA; FERREIRA, 2007).

Um aspecto importante da prestação de cuidados e da recuperação dos doentes em estado crítico é o apoio pessoal dos membros da família e pessoas significativas (URDEN; STACY; LOUGH, 2008). Segundo Bettinelli e Erdmann (2009), a família pode ter um grande contributo na recuperação do doente, mas para que isso aconteça, ela precisa de ser orientada sobre as rotinas da UCI e sobre o que o que está a acontecer com o seu familiar, tendo necessidade de se sentir acolhida, respeitada e também ela cuidada.

O tratamento implantado na UCI é muitas vezes considerado agressivo, invasivo, complexo e até hostil para o doente e sua família, onde a tecnologia prevalece em relação às acções humanistas.

Historicamente, a família foi mantida distante da UCI. As justificativas utilizadas para manter esta situação sempre foram apoiadas no estado grave do doente, na estrutura física imprópria da unidade e na intensa actividade a realizar por parte da equipa junto ao doente.

Segundo Knobel, Andreoli e Erlichman (2008), a preocupação com a humanização deve estar presente nas equipas de enfermagem como filosofia-directriz e deve ser um indicador de qualidade e de vanguarda desses serviços. Para Porto (2009), a humanização faz parte integrante das vertentes que contribui de forma decisiva para os níveis de satisfação dos doentes/familiares, assim como nos processos de melhoria contínua da qualidade. Humanizar significa pois, melhorar sempre ao nível da estrutura (instalações e

equipamentos), do processo (onde ressaltam as relações inter-pessoais) e dos resultados (nível de satisfação que corresponda às expectativas do doente/família).

Nesta perspectiva, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros numa UCI deve ter como finalidade prestar cuidados de enfermagem de qualidade, adequados às necessidades de cada pessoa, onde se inclui apoio, conforto e informações aos familiares dos doentes internados. Ou seja, onde a família faz parte integrante do cuidado. Para que isso seja uma realidade, é fundamental que os profissionais de saúde tenham plena consciência das necessidades específicas dos familiares.

Na literatura internacional, as necessidades dos familiares de doentes internados em UCI têm sido investigadas sob diversos aspectos e os resultados dos estudos existentes contribuem para a consciencialização de que o atendimento das necessidades das famílias é uma responsabilidade que não pode ser ignorada. Neste contexto, é essencial que os profissionais conheçam a importância que os familiares dão a cada necessidade e sejam capazes de identificar com precisão as que os familiares consideram não estarem satisfeitas, de modo a poder envolvê-los eficazmente no processo de cuidados.

Em Portugal, os estudos direccionados para esta temática são escasso, daí a pertinência da realização de um estudo de investigação que permita identificar as necessidades dos familiares de doentes internados em UCI e a sua satisfação relativamente ao atendimento das mesmas por parte dos profissionais de saúde. Assim, este estudo de investigação que tem como objectivo principal “Avaliar o nível de importância e o grau de satisfação que os familiares dos doentes internados em UCI, atribuem às suas necessidades”, de modo a contribuir para o desenvolvimento de estratégias que possibilitem um cuidado holístico ao doente e seus familiares.

Face à problemática em estudo, foram delineadas as seguintes questões de investigação “ Qual a importância e o grau de satisfação atribuída pelos familiares dos doentes internados em UCI relativamente às suas necessidades?” e “Será que as necessidades consideradas mais importantes pelos familiares correspondem também a um grau de satisfação mais elevado?”.

Para uma melhor e mais fácil compreensão do presente estudo de investigação, optamos por estruturá-lo em cinco capítulos. No primeiro capítulo, é efectuado um enquadramento teórico, onde são abordados os conteúdos considerados fulcrais para a fundamentação do estudo a realizar; no segundo, são apresentados os aspectos que definem a metodologia a utilizar; no terceiro, são apresentados os resultados através de uma análise descritiva e inferencial dos mesmos; no quarto, é realizada a discussão metodológica e dos resultados. Por último, e de forma sucinta, são tecidas as conclusões do estudo e referidas algumas sugestões.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Pretende-se neste capítulo fazer uma revisão bibliográfica da literatura existente, de modo a sustentar teoricamente a problemática em estudo “*Satisfação das necessidades dos familiares dos doentes internados em UCI*”, tendo a preocupação de seleccionar o que nos pareceu mais pertinente e actual.

Neste sentido, para o enquadramento da temática em estudo, torna-se essencial caracterizar as unidades de cuidados intensivos; descrever a experiência da família perante a doença crítica; salientar as necessidades dos familiares dos doentes internados em UCI e referir a importância da satisfação dos familiares no atendimento dessas necessidades.

2.1 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são um contexto específico de prestação de cuidados de saúde. Diferenciam-se dos outros serviços pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes que aí são atendidos (ALMEIDA; RIBEIRO, 2008).

O ambiente da UCI caracteriza-se como fechado e complexo, com a permanência de doentes em estado de saúde crítica e com grande risco de vida, onde o prognóstico é na sua grande maioria reservado (FONTES; FERREIRA 2009).

O doente crítico é aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou na eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”, como descrito no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (regulamento nº124/2011), publicado em Diário da República em Fevereiro de 2011. Também a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos definiu doente crítico como aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica (SPCI, 2009).

O conceito de UCI não é recente. Já Florence Nightingale, nas suas “*Notes on Hospitals*”, referia a existência, em pequenos hospitais da província, de um pequeno quarto com ligação ao Bloco Operatório, onde os doentes faziam o seu pós-operatório imediato ou permaneciam até à sua recuperação total (ATKINSON, 2009).

Actualmente, as UCI caracterizam-se por áreas físicas com elevados recursos materiais e humanos, onde são prestados cuidados a doentes em estado crítico, de uma forma rápida, eficaz e eficiente (FONTES; FERREIRA 2009). De acordo com Knobel, Andreoli e Erlichman (2008), a UCI é a área do hospital destinada ao atendimento de pessoas gravemente doentes, com possibilidade de recuperação, que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem contínuos, além da eventual utilização de equipamento especializado.

Apesar destas unidades serem muito dispendiosas na sua manutenção e acarretarem vários problemas, decorrentes do carácter agudo e gravidade das patologias, assim como da especificidade do ambiente, com consequências directas sobre o doente e família, possibilitam fornecer o melhor tratamento disponível aos doentes em estado crítico (ATKINSON, 2009).

Bettinelli e Erdmann (2009), referem que a UCI, considerado um local ideal para a prestação de cuidados a doentes agudos, com disfunções orgânicas graves ou sob potencial de desenvolve-las, pode ser visto e interpretado como um ambiente altamente stressante, frio, agressivo e traumatizante para o doente e seus familiares. Almeida e Ribeiro (2008), salientam que as UCI são identificadas como locais onde a distância entre a vida e a morte é ténue.

A admissão de um doente na UCI pode ser um sinal de ameaça à sua vida ou ao seu bem-estar. Tanto os doentes como as suas famílias, encaram frequentemente a admissão no ambiente de cuidados intensivos como sinal de morte iminente, com base nas suas experiências pessoais anteriores ou na experiência de outros (RELF; KAPLOW, 2007). Criou-se assim o mito popular que este ambiente é sinónimo de morte eminente para os doentes aí internados (URIZZI; CORRÊA, 2007; COMASSETTO; ENDERS, 2009).

Em suma, a UCI caracteriza-se como um ambiente altamente agressivo e invasivo em função da intensidade das situações ou da iminência de eventos tais como: o risco de morte, a necessidade de rotina dinâmica e acelerada da equipa de saúde, a ausência de controlo da iluminação natural e a presença de ruídos sonoros. De acordo com Fontaine (2007) cabe aos enfermeiros criar um ambiente restaurador e positivo do cuidado centrado também na família, através do desenvolvimento de estratégias que regulem o estímulo ambiental, assegurem o conforto dos doentes e dos membros da família e melhorem a colaboração e a comunicação.

2.2 – A FAMÍLIA PERANTE A DOENÇA CRÍTICA

A família é a unidade básica da organização social, uma vez que é nesta que a pessoa se desenvolve e socializa. É o primeiro e o mais marcante espaço de realização, desenvolvimento e consolidação da personalidade humana, constituindo assim o verdadeiro fundamento da sociedade e o seu alicerce natural (MOREIRA, 2001). Para Martini et al. (2007), a família funciona como “tijolos de uma construção”, onde são satisfeitas as necessidades que são a base para a conservação, manutenção e recuperação da saúde.

Em geral, família é definida nos dicionários como um grupo de pessoas formado pelos pais e seus filhos que vivem juntos ou não; num sentido mais amplo, a unidade formada por todos aqueles que estão conectados proximamente por laços consanguíneos ou de afinidade (NORTON, 2007).

De acordo com Osório (1996), a família é uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais: aliança (casal), filiação (pais e filhos) e consanguinidade (irmãos). Estas relações conduzem-nos a outro referencial intimamente vinculado à família: o parentesco, que consiste na relação entre pessoas que se vinculam pelo casamento, ou cujo as uniões pessoais geram filhos, ou ainda que possuam ancestrais comuns.

Moreira (2001), define a família como sendo o agregado doméstico, em regra simbolizada pelo “domus” ou lar, composta por pessoas unidas por vínculos de aliança, consanguinidade ou outros laços sociais. Ou seja, a estrutura familiar é um conjunto invisível de solicitações funcionais que organizam os modos pelos quais os membros de uma família interagem. Deste modo, verificar-se que para além da abordagem da família como uma instituição de parentesco associada a vínculos de natureza biológica, existem autores que acrescentam os vínculos afectivos.

Em contexto de cuidados intensivos, Norton (2007, p.27), refere que o termo “família” descreve “as pessoas cuja homeostase social e bem-estar são alterados pela entrada do paciente na arena da doença ou lesão grave”.

A doença crítica ocorre muitas vezes sem aviso, deixando as famílias vulneráveis e com uma sensação de desespero, sem conhecimento claro sobre o que esperar dos profissionais de saúde ou da situação do doente (MAXWELL; STUENKEL; SAYLOR, 2007). Relf e Kaplaw (2007) referem que a doença crítica não é apenas uma alteração fisiológica, mas um processo psicossocial, desenvolvimental e espiritual, e que representa uma ameaça para a estrutura familiar. Esta afirmação é corroborada por Norton (2007), que descreve a doença grave como uma ocorrência repentina e inesperada, frequentemente ameaçadora para o doente e família, que abala o estado de estabilidade e equilíbrio interno geralmente mantido na unidade familiar.

Vários autores partilham da opinião que, quando uma família é confrontada com a doença de um dos seus membros, instaura-se uma situação de crise que provoca alterações na estrutura familiar. Estas implicam um processo de reajuste dos papéis, padrões de comunicação e das relações afectivas dos seus membros, gerando sentimentos como impotência, insegurança, ansiedade e stress (MOREIRA, 2001; NORTON, 2007; KNOBEL; ANDREOLI; ERLICHMAN, 2008). Segundo estes últimos autores, este processo de reajuste pode ser influenciado pela idade do doente, pelo diagnóstico, pela sua representação e função na família, pelas relações individuais e pela estrutura psicológica geral do sistema familiar.

A admissão numa UCI é, geralmente, um acontecimento inesperado na vida de qualquer pessoa. Knobel, Andreoli e Erlichman (2008), referem que em geral, a hospitalização de um familiar numa UCI acontece de forma súbita e inesperada, criando angústia e ansiedade, principalmente nas primeiras horas. Comassetto e Enders (2009) partilham da mesma opinião, ao afirmarem que a hospitalização numa UCI é um evento stressante, que pode acarretar um desequilíbrio na estrutura familiar e que traz uma variedade de responsabilidades emocionais e psicológicas para a família, que muitas vezes são manifestadas por quadros de choque, ansiedade, raiva, culpa, desespero e medo.

Segundo Verhaeghe et al, (2005), existem quatro fases que as famílias passam no período de hospitalização dos seus familiares:

- Período de Flutuação: consiste na espera ansiosa, onde são vivenciados sentimentos como stress, confusão, medo, ansiedade e preocupação. Os familiares não têm consciência das suas necessidades, nem das necessidades do doente;
- Período de busca de informação: começam a ficar mais activos, a procurar compreender o que está a acontecer, fazendo perguntas aos profissionais envolvidos;
- Período de acompanhamento dos cuidados: estão atentos ao processo de evolução do doente e à qualidade do cuidado prestado pela equipa de saúde;
- Período de busca de recursos: procuram meios para atender as suas necessidades assim como as do doente, tanto físicas como psicológicas (através de suporte social, privacidade, fé).

Segundo o mesmo autor, o conhecimento destas fases torna-se importante, pois através delas é possível intervir de forma mais eficaz e contribuir para uma melhor aceitação da hospitalização.

No contexto de cuidados intensivos, os membros da família servem frequentemente como porta-voz e protector do doente, se este se encontra fisiologicamente ou psicologicamente comprometido. A tecnologia avançada, as condições do doente agudo e

as leis do consentimento informado complicam este importante papel (MAXWELL; STUENKEL; SAYLOR, 2007). Os mesmos autores, citando Nendonça e Warren (1998), referem que outras questões, tais como mudanças na estrutura familiar, stress familiar e desorganização, são barreiras que podem comprometer a capacidade dos membros da família e o seu desempenho neste importante papel.

As características tecnológicas e científicas da UCI tornam evidente a priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade por parte dos profissionais de cuidados intensivos. Tal priorização, importante como suporte à manutenção da vida, torna secundário outros aspectos no desenrolar do processo (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007). De acordo com Bettinelli e Erdmann (2009), o trabalho dos profissionais continua centrado na execução de acções assistenciais e administrativas dirigidas ao doente, ficando a família sem a devida atenção.

Neste panorama, o ambiente da UCI pode significar uma ameaça à família, criando uma imagem de ruptura da interdependência afectiva e emocional entre os seus membros. A família faz parte do processo de internamento e tratamento, merecendo da equipa de saúde atenção e apoio (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007).

O tempo que os enfermeiros de cuidados intensivos dedicam à família é por vezes limitado, devido às necessidades fisiológicas e psicossociais do doente. Consequentemente, é importante fazer com que toda a interacção com a família seja o mais produtiva e terapêutica possível (NORTON, 2007). Segundo este autor, iniciar intervenções de enfermagem e estabelecer um relacionamento efectivo com a família tende a ser mais fácil no momento de crise. As pessoas em crise são altamente receptivas àqueles que se apresentam interessados, atenciosos e empáticos.

Como já foi referido, os familiares e as pessoas significativas desempenham um papel importante no processo de tratamento e recuperação do doente crítico (COMASSETTO; ENDERS, 2009). Quando bem orientados, os familiares tornam-se motivadores, participando conscientemente de toda a evolução do doente. Proporcionam um suporte afectivo ao doente, facilitando a sua recuperação (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007). Mas, para que as famílias cumpram o seu papel de suporte, também elas precisam de suporte para as suas necessidades físicas e emocionais (FONTES; FERREIRA, 2009).

O desafio para o enfermeiro de cuidados intensivos passa por gerir a prestação de cuidados de forma agressiva ao doente em estado crítico, e atender às necessidades dos membros da família. Pois como referem Maruiti e Galdeano (2007), o cuidado holístico ao doente passa também por atender as necessidades dos familiares.

2.3 – NECESSIDADES DOS FAMILIARES DE DOENTES INTERNADOS EM UCI

Perante a doença e hospitalização de um dos seus membros, a família vivencia uma situação de crise que se reflecte no desequilíbrio do seu sistema. As necessidades da família entram em ruptura, e a reorganização pode ser funcional e emocionalmente perturbadora para os seus membros (KNOBEL; ANDREOLI; ERLICHMAN, 2008). Os estados de desequilíbrio correspondem às manifestações das alterações dessas necessidades.

A palavra **necessidade** vem do latim *necessitate*, e encontra-se descrito no dicionário de língua portuguesa como “o que se precisa mesmo; o que é indispensável ou imprescindível”.

Segundo Liss citado por Freitas (2005), o termo necessidade pode ser entendido de duas formas: como um estado de tensão, que funciona como uma força motivadora e determinante da acção; ou como uma forma de abordagem baseada no alcance de objectivos, ou seja, a necessidade é uma lacuna entre o estado real da pessoa e os seus objectivos. Freitas (2005), refere ainda que a necessidade é entendida como condição ou situação apresentada pela pessoa, família ou comunidade que exige uma resolução para voltar ao estado de equilíbrio.

Devido ao carácter integral das suas actividades e à maior proximidade com o doente e familiares, o enfermeiro é apontado como o profissional que está em posição ideal para identificar as necessidades dos familiares de doentes internados na UCI (LESKE, 1986; NORTON, 2007).

De acordo com Knobel, Andreoli e Erlichman (2008), a família tem necessidade de se sentir incluída no cuidado à pessoa doente, bem como ter confiança e segurança nos cuidados oferecidos pela equipa de saúde. A manutenção dessa relação deve ser estimulada pela equipa, vendo a família como aliada nesses cuidados, principalmente no que diz respeito à tomada de decisões e às autorizações de procedimentos. Por outro lado, ela constitui a principal fonte, relativamente a informações importantes sobre a história clínica, social e psicológica do doente.

Mezzaroba, Freitas e Kochla (2009), reforçam esta ideia ao afirmar que o cuidado de enfermagem à família deve ir além de permitir a visita do familiar. Deve incluir o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda, na qual a equipa de enfermagem tem a função de identificar as reais necessidades dos familiares, facilitando o tratamento do doente.

O conhecimento da estrutura e funcionalidade das famílias pelo enfermeiro e pela equipa de saúde permite uma avaliação mais ampla e mais próxima das reais necessidades do doente e de sua família (MARTINI et al., 2007)

Leske (1986), conceitua as necessidades dos familiares como algo essencial, exigido pela pessoa, algo que, quando suprido, alivia ou diminui a aflição e a angústia imediata ou melhora a percepção e adequação de bem-estar.

Desde Molter (1979), muitos estudos se têm desenvolvido sobre o grau de importância e de satisfação das necessidades dos familiares dos doentes em estado crítico. Os resultados desses estudos sugerem que a seguir ao impacto da doença crítica, os membros da família apresentam um núcleo bem definido de necessidades, que se podem agrupar em cinco dimensões/categorias: Suporte, Conforto, Informação, Proximidade e Segurança (LESKE, 1991; KOSCO, WARREN, 2000; MELO, 2005; MARUITI, GALDEANO, 2007; FREITAS, KIMURA, FERREIRA, 2007; MAXWELL, STUENKEL, SAYLOR, 2007).

Necessidade de Suporte (Apoio-Ajuda).

Os familiares necessitam de compreensão, respeito e suporte emocional. Dar apoio aos familiares permite ajudar no coping e stress, aumentar os recursos da família e manter a força para apoiar o doente (MAXWELL; STUENKEL; SAYLOR, 2007). Embora os enfermeiros de cuidados intensivos não possam dar apoio constante a todos os membros da família, podem observar a qualidade das interações familiares e formular intervenções que ajudem a família a apoiar o doente (URDEN; STACY; LOUGH, 2008).

Melo (2005) refere que os familiares precisam que os ajudem a ter consciência das suas necessidades, para poderem cuidar de si próprios e assim permanecerem de boa saúde para poderem apoiar o doente. Bettinelli, Rosa e Erdmann (2007) salientam que prestar apoio também aos familiares facilitará o atendimento do doente de cuidados intensivos.

Segundo Velez (2002), sentir-se aceite pela equipa de UCI é umas das necessidades mais importantes para a família.

Atkinson (2009), evidencia a importância de assistência social, referindo que o pessoal de enfermagem precisa de ser capaz de recomendar tais serviços, quando apropriados. Segundo a mesma autora “serviços de apoio adequados são fundamentais para o eficaz funcionamento de uma unidade de cuidados intensivos”.

Necessidade de Conforto.

Maxwell, Stuenkel e Saylor (2007), referem que proporcionar conforto às famílias ajuda a reduzir o stress e a ansiedade. A estrutura física e funcional de uma UCI dificulta as práticas das relações afectivas e emocionais da família, deixando-a mais apreensiva e angustiada (BETTINELLI; ERDMANN, 2009).

Segundo Maruiti e Galdeano (2007), a necessidade de conforto encontra-se relacionada com o planeamento físico da unidade, mobília nela contida e necessidade dos

familiares se sentirem confortáveis na sala de espera ou na própria UCI durante a visita. Plowright citado por Melo (2005), acrescenta ainda a importância de existir no hospital, um local onde os familiares possam fazer uma refeição adequada. Esta necessidade é particularmente valorizada quando o domicílio da família fica fora da localidade onde se situa o hospital.

Necessidade de Informação.

Esta necessidade reflecte o objectivo em compreender a condição do doente, ou seja, conhecer o diagnóstico, prognóstico e tratamentos que estão a ser realizados ao familiar doente.

Segundo Maxwell, Stuenkel e Saylor (2007), o fornecimento de informações estabelece a base para a tomada de decisão e acompanhamento do doente, reduz a ansiedade e proporciona uma sensação de controlo. Knobel, Andreoli e Erlichman (2008), reforçam esta afirmação ao referirem que, a falta de informação e a incerteza da família quanto ao quadro clínico do familiar doente, são causadores de ansiedade, apreensão e aflição, procriando o sentimento de falta de controlo da situação. Nesta perspectiva, é importante que a família seja sempre mantida informada sobre tudo o que ocorre com o doente.

Também Atkinson (2009), salienta a importância dos familiares receberem informações sistemáticas e explicações sobre toda a complexidade do ambiente da unidade, assim como serem dadas ideias realistas do que realmente devem esperar acerca da evolução do estado do doente. Estas informações devem ser dadas de forma adequadas, com palavras simples e de acordo com o nível sociocultural dos familiares (BECCARIA et al, 2008).

A informação objectiva, honesta e frequente é a mais importante necessidade dos doentes e familiares (KNOBEL; ANDREOLI; ERLICHMAN, 2008).

De acordo com Fontes e Ferreira (2009), a incompreensão das informações pode estar associada ao baixo nível socioeconómico e cultural do familiar, assim como ao uso inapropriado de termos técnicos, por parte da equipa de saúde.

Necessidade de Proximidade.

As características e a complexidade da UCI podem significar uma ameaça à família, já que pode criar rupturas e desestruturas de várias formas no seu quotidiano (BETTINELLI; ERDMANN, 2009). A necessidade de permanecer junto do doente reflecte o desejo de manter os laços e relacionamento familiar.

Velez (2002), refere que a proximidade com o seu familiar doente proporciona à família sentimentos de segurança e conforto. Por outro lado, pode fazê-la sentir-se mais útil

na recuperação do doente, pois a sua presença poderá ser sentida por este como forma de desempenho da sua função de protecção. No estudo de Maruiti e Galdeano (2007), as necessidades de proximidade mais relatadas são: conversar com o médico todos os dias (79,5%); ver o doente frequentemente (76,9%) e ter o dia e o horário de visita flexíveis podendo ser modificados em situações especiais (71,8%).

Necessidade de Segurança (Confiança/Tranquilidade).

As questões relativas à segurança reflectem a necessidade de esperar pelos resultados desejados (LESKE, 1991). De acordo com Freitas (2005), o equilíbrio necessário para enfrentar a situação de doença é proporcionado pela convicção de que o doente recebe o melhor atendimento do ponto de vista farmacológico, tecnológico e humano, o que leva à redução de incertezas e ao alívio da tensão.

A necessidade de segurança esta directamente relacionada com o acesso às informações, pois para se sentir seguro, o familiar precisa estar bem informado. Obter respostas sinceras às perguntas, ser informado diariamente sobre a evolução do estado do doente e receber informações que possam ser compreendidas são aspectos considerados muito relevantes para a segurança dos familiares. A capacidade de comunicação e de esclarecimento do corpo clínico e de enfermagem é de suma importância para que os familiares se sintam seguros (KNOBEL; ANDREOLI; ERLICHMAN, 2008). Bettinelli e Erdmann (2009), salientam ainda a importância de prepara e orientar os familiares antes da sua entrada na UCI.

De acordo com vários estudos (Morgon e Guirardello, 2004), (Freitas, Kimura e Ferreira, 2007) e (Maruiti e Galdeano, 2007), as necessidades consideradas mais importantes pela família recaíram nas categorias “informação” e “segurança” tais como: sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar; ter a certeza que os melhores cuidados estão a ser prestados ao familiar; sentir que há esperança de melhoras; obter respostas sinceras às perguntas.

A família é uma importante aliada na procura do bem-estar e qualidade de vida do doente durante o período de internamento. No entanto, ela tanto pode auxiliar como dificultar o tratamento, dependendo do nível de segurança e confiança que tem no trabalho realizado pelos profissionais envolvidos (KNOBEL; ANDREOLI; ERLICHMAN, 2008).

No sentido de estabelecer uma relação de confiança e de ajuda, Maruiti e Galdeano (2007), referem que a assistência de enfermagem deve atender às necessidades dos doentes assim como às da sua família, ajudando-os a compreender, a aceitar e a enfrentar a doença, o tratamento e as consequências que essa nova situação impõe à vida familiar.

Melo (2005), refere que reconhecer as necessidades dos familiares dos doentes críticos e avaliar o seu grau de satisfação, permite envolver a família de forma eficaz no processo de cuidados.

2.4 - SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS FAMILIARES

A satisfação dos cuidados prestados em UCI, mede-se muitas vezes pela perspectiva da família, uma vez que os doentes se encontram frequentemente impossibilitados de comunicar. Deste modo, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, é necessário avaliar o grau de satisfação dos familiares (CABRERA et al., 2007). Por sua vez, Neves et al. (2009), refere que o grau de satisfação dos familiares de doentes internados em UCI é um parâmetro fundamental para avaliar a comunicação neste ambiente.

Como já foi referenciado o apoio às famílias é muitas vezes negligenciado pelos profissionais, devido à priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade. A falta de recursos humanos, falta de tempo e intercorrências constantes, são outros aspectos que dificultam a comunicação e interação dos profissionais com os familiares (FONTES; FERREIRA, 2009). Neste contexto, os enfermeiros tendem a direccionar os seus cuidados apenas para os doentes, ignorando as necessidades das famílias, o que pode gerar insatisfação e assim, exacerbar o stress sentido pela família, impedindo-a de desenvolver formas de colaborar na recuperação do doente.

Bettinelli e Erdmann (2009), referem que é fundamental dar apoio e atenção aos familiares, escutando-os nos momentos das visitas assim como durante a permanência na sala de espera. Esta escuta e aproximação com a família aumentará a satisfação dos familiares relativamente ao processo do cuidado.

Segundo Verhaeghe et al. (2005), é notório que as necessidades dos membros da família são subestimadas pelos profissionais de saúde e que não é feito o suficiente para satisfazê-las. Os enfermeiros subestimam o seu próprio papel na satisfação das necessidades dos membros da família, concretamente no que diz respeito à prestação de informações. A iniciativa para satisfazer as necessidades deve partir dos profissionais de saúde, pois nas circunstâncias extremas com as quais os familiares são confrontados, estes esperam que as suas necessidades sejam atendidas sem ter a necessidade de o pedir. De acordo com o mesmo autor, os membros mais velhos da família e os que apresentam menor escolaridade requerem uma atenção extra.

Na opinião de Liberado (2004), apesar dos progressos tecnológicos e terapêuticos, a satisfação só é sentida pelos doentes e familiares quando lhes é dispensada a devida atenção (respeitosa/delicada) e a informação de que carecem.

Diversos estudos apontam para que, uma melhor qualidade de informação está associada a resultados positivos na identificação das necessidades e aumento do grau de satisfação dos familiares (NEVES et al., 2009). Também Fumis, Nishimoto e Deheinzelin (2008), referem que a comunicação tem sido descrita em vários estudos como uma das principais determinantes da satisfação dos familiares na UCI. O apoio e a informação dada à família durante o período de internamento são determinantes fundamentais para a satisfação das famílias.

Velez (2002) salienta que, “ ao comunicar efectivamente com a família, os enfermeiros de cuidados intensivos podem reduzir a sua ansiedade, e transmitir uma sensação de envolvimento na assistência ao doente”.

Nesta linha de pensamento, Knobel, Andreoli e Erlichman (2008,p.109), referem que:

“ Uma comunicação efectiva e afectiva é útil em minimizar as dificuldades e incertezas que levam ao alto nível de ansiedade e, assim, poder dar à família clareza para se organizar. Isso servirá também para fortalecer o sentimento de segurança, facilitando e promovendo o bom relacionamento entre a equipe, família e paciente”.

Segundo Neves et al. (2009), existem algumas características dos familiares que podem estar relacionadas com a percepção das necessidades e o grau de satisfação, tais como: nível de escolaridade; número de visitas e o sexo (masculino/feminino). Aos quais Melo (2005), acrescenta o grau de parentesco, a idade e distância a que os familiares residem da unidade hospitalar.

Satisfazer as necessidades dos familiares torna-se essencial para se poder prestar um cuidado integral ao doente crítico e família (CABRERA et al., 2007).

Vários estudos têm investigado as necessidades dos familiares dos doentes críticos. No entanto, a importância dada às mesmas não é sinónimo de satisfação, pois algumas consideradas pouco importantes podem encontrar-se satisfeitas e vice-versa, as consideradas importantes não garante que haja uma satisfação. Neste sentido, como refere Melo (2005), na elaboração dos planos de cuidados, deve ser tida em consideração a importância que os familiares atribuem a cada necessidade, pois a satisfação moderada de uma necessidade considerada muito importante, merece mais atenção do que outra que, embora com um muito baixo grau de satisfação, é no entanto tida como pouco importante.

3 – METODOLOGIA

A hospitalização numa unidade de cuidados intensivos (UCI) tem sido vista como uma situação de crise para o doente e sua família, criando ansiedade, stresse e desequilíbrio familiar. A família exercer um papel importante na recuperação do doente, mas para desempenhar esse papel, também ela necessita ser cuidada.

A enfermagem, sendo uma profissão que enfatiza o cuidado personalizado e holístico, deve preocupar-se em atender não apenas as necessidades dos doentes mas também as dos seus familiares (MAURUITI; GALDEANO, 2007).

Actualmente observa-se um progressivo conhecimento de que os familiares de doentes críticos não são apenas meros visitantes da UCI. Conhecer as necessidades e o grau de satisfação dos familiares de doentes internados em UCI é parte essencial dos cuidados dos profissionais de saúde, que possuem o compromisso de diminuir a dor e o sofrimento daqueles que têm um parente criticamente doente (NEVES et al.,2009).

Após a fundamentação teórica e no sentido de aprofundar o conhecimento sobre a *Satisfação das necessidades dos Familiares de Doentes internados em unidade de cuidados intensivos*, surgiram as seguintes questões de investigação:

- Qual a importância atribuída pelos familiares dos doentes internados nas UCIs relativamente às suas necessidades?
- Qual o grau de satisfação das necessidades percebidas pelos familiares dos doentes internados nas UCIs?
- Será que as necessidades consideradas mais importantes pelos familiares correspondem também a um grau de satisfação mais elevado?
- As variáveis sociodemográficas, sociofamiliares e clínicas, influenciam a percepção dos familiares quanto à importância e satisfação das suas necessidades?

No entender de Fortin (2009) a fase metodológica é definida como um conjunto de métodos e técnicas que guiam a investigação científica.

Neste capítulo iremos definir a metodologia de investigação que nos conduzirá à resposta das questões de investigação supracitadas, apresentando, de forma sistematizada e objectiva, os procedimentos que se pretendem realizar ao longo das etapas, nomeadamente: na conceptualização do estudo; na caracterização dos participantes; na

descrição do instrumento de colheita de dados e procedimentos para a sua aplicação, e nos procedimentos estatísticos para o processamento dos dados.

3.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Na procura de respostas para as questões de investigação colocadas, formula-mos os seguintes objectivos:

- Identificar as necessidades dos familiares dos doentes internados em UCIs e o nível de importância atribuído;
- Avaliar o grau de satisfação das necessidades atribuído pelos familiares;
- Analisar a influencia das variáveis sociodemográficas, familiares e clínicas no grau de importância e no nível de satisfação das necessidades dos familiares;
- Aferir a correspondência entre as necessidades consideradas mais importantes pelos familiares e o grau de satisfação.

O estudo realizado é de natureza quantitativa, transversal, descritivo, correlacional e analítico.

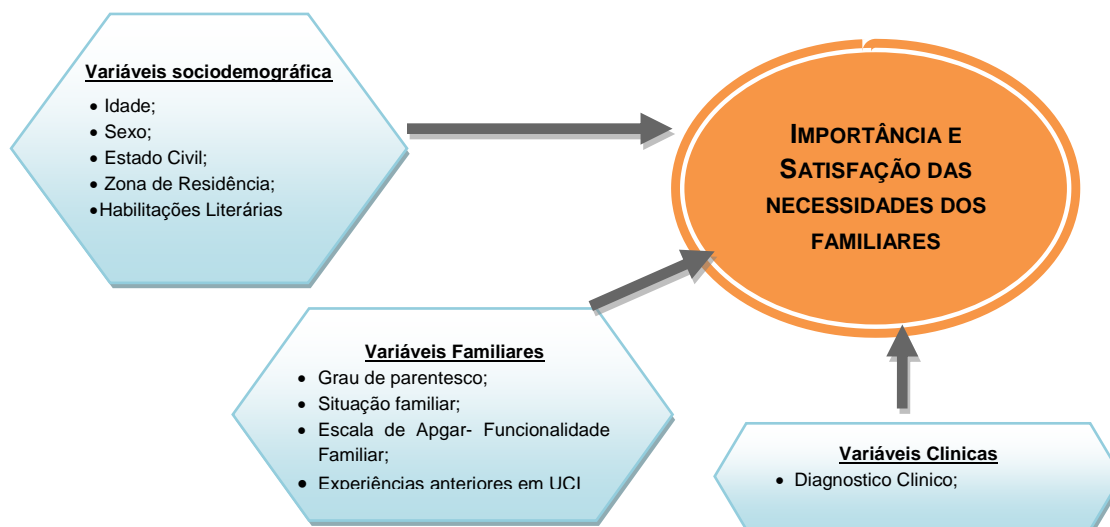
Tendo em conta os objectivos delineados e as variáveis em estudo, foi elaborada uma representação gráfica (cf. Figura 1), que constituiu um guia orientador para a realização e desenvolvimento do estudo.

Querendo analisar não só a importância atribuída às diferentes necessidades percebida pelos familiares dos doentes internados nas UCIs, mas também o grau de satisfação, identificamos como variáveis dependentes deste estudo a **importância e a satisfação das necessidades dos familiares dos doentes internados em UCI**.

Como variáveis independentes temos três grupos de variáveis:

- As variáveis associadas à caracterização sociodemográfica do familiar (idade, sexo, estado civil, zona de residência, Habilitações Literárias)
- As variáveis associadas à caracterização familiar (graus de parentesco, experiências anteriores em UCI, situação familiar e Escala de Apgar-Funcionalidade Familiar)
- Caracterização Clínica do doente (diagnóstico clínico).

Figura 1 – Representação gráfica da articulação das variáveis



Tendo em conta que uma hipótese é uma tentativa de previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis em estudo, neste estudo, partindo-se do conhecimento teórico e prático, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas têm influência sobre o nível de importância das necessidades atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI.

Hipótese 2 – O nível de importância das necessidades atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI é influenciada pelas variáveis familiares.

Hipótese 3 – As variáveis clínicas têm influência no nível de importância das necessidades atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI.

Hipótese 4 – Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e o grau de satisfação atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI às suas necessidades.

Hipótese 5 – As variáveis familiares influenciam o grau de satisfação atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI às suas necessidades.

Hipótese 6 – Os características clínicas têm influência no grau de satisfação atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI às suas necessidades.

Hipótese 7 – O grau de satisfação atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI às suas necessidades é influenciada pela importância atribuída as necessidades.

3.2 – PARTICIPANTES

A técnica de amostragem para seleccionar os familiares foi não probabilística por conveniência¹. A amostra ficou constituída por 60 familiares de doentes internados em UCI. A amostra deste estudo é constituída pelos familiares que visitaram os doentes internados na UCI do Hospital de Viseu, no período de 21 de Março a 20 de Junho de 2011. Entende-

¹ Neste tipo de amostragem, a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo. (Maroco, 2007).

se como familiar a pessoa que apresente um grau de parentesco com o doente ou que seja uma a pessoa significativa para o mesmo (vínculo afectivo).

São considerados como critérios de inclusão:

- Possuir idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter visitado o familiar internado pelo menos uma vez;
- Ter um familiar internado na UCI por um período igual ou superior a 24 horas após a admissão;
- Apresentar condições de compreender e responder às questões do questionário.

3.3 – INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados cuja aplicação foi concretizada após os procedimentos éticos e formais necessários, é constituído por um questionário que se encontra estruturado em duas partes (cf. Anexo I).

Parte I – As questões que visam a caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e zona de residência), sociofamiliares (parentesco com o doente, experiências anteriores em UCI e situação familiar) e clínica do doente (diagnóstico clínico).

Parte II – Diz respeito às escalas aplicadas, sendo elas a *Escala de Apgar Familiar* e a versão adaptada por Melo (2005) do *Critical Care Family Needs Inventory* (Molter e Leske, 1986) e do *Needs Met Inventory* (Warren, 1993).

A ***Escala de Apgar Familiar***, elaborada por Smilkstein, Ashworth e Montano (1978) *cit. in* Azeredo e Matos (1989), foi utilizada para a avaliação da funcionalidade familiar, pois mede a existência de disfunção familiar e o grau desta, através de 5 questões, com possibilidades de resposta (quase sempre; algumas vezes e quase nunca). Considera-se 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.

As versões adaptadas do *Critical Care Family Needs Inventory* (**CCFNI**) e do *Needs Met Inventory* (**NMI**), foram utilizadas respectivamente para a avaliação do nível de importância e do grau de satisfação das necessidades dos familiares.

O *Critical Care Family Needs Inventory* foi desenhado por Molter (1979) e posteriormente desenvolvido por Leske (1986). Tem sido utilizado na maioria dos 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; KIMURA; FERREIRA, 2007).

A versão original do CCFNI é constituída por 45 itens de necessidades específicas referidas por familiares de indivíduos com doença crítica, que permitem avaliar cinco dimensões, respectivamente: necessidade de segurança, de informação, de proximidade, de suporte e de conforto (LESKE, 1991).

O CCFNI tem como objectivo avaliar o nível de importância que o familiar inquirido atribui a cada necessidade, usando para tal, uma escala tipo Likert de quatro pontos: (1) nada importante, (2) pouco importante, (3) importante e (4) muito importante. A pontuação é obtida através da soma da totalidade dos itens, ou obtendo a soma parcial dos itens 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 dimensão de necessidades avaliadas em conjunto (LESKE, 1991).

O grau de satisfação dos familiares, conforme já mencionado, foi avaliado pela aplicação do *Needs Met Inventory* (NMI), que tem sido utilizado por vários autores (Kosco e Warren, 2000), (Melo, 2005) e (Maxwell, Stuenkel e Saylor, 2007). Esta escala é constituída pelos mesmos itens e dimensões que contempla o CCFNI, diferindo deste porque solicita ao familiar inquirido que identifique o grau de satisfação que percepção para cada necessidade, utilizando para tal, uma escala tipo Likert com 4 pontos: (1) não satisfeito, (2) pouco satisfeito, (3) satisfeito, (4) Muito satisfeito. A metodologia a utilizar para obtenção da pontuação a partir da aplicação desta escala, é igual à utilizada para o CCFNI.

Apesar destas escalas (CCFNI e NMI) não se encontrarem validadas para a população portuguesa, Melo (2005), procedeu à sua tradução e aferição para a população do seu estudo (Familiares de doentes internados em UCI), obtendo uma versão final de 38 itens, com um valor de Alfa de Cronbach de 0,742, o que traduz uma razoável consistência interna. Relativamente às dimensões, os valores de Alfa de Cronbach variam entre 0,739 e 0,768.

Uma vez que a população deste estudo é similar à do estudo efectuado por Melo (2005), a versão adaptada do CCFNI e NMI será constituída pelos 38 itens da versão final e pelas mesmas dimensões. Cada dimensão de necessidade engloba itens de resposta específicos conforme descritos no Quadro 1.

A satisfação e a importância atribuída a cada dimensão, diz respeito ao “score” de cada uma das cinco necessidades, este é calculado através do somatório do valor dos itens que constituem cada necessidades a dividir pelo número de itens que cada necessidade possui.

Quadro 1 – Dimensões de Necessidades e respectivos itens

| NECESSIDADES | Nº DE ITENS | ITENS |
|--------------|-------------|-------------------------------------|
| Segurança | 10 | 2, 4, 8, 24, 29, 31, 32, 33, 34, 35 |
| Informação | 8 | 1, 12, 13, 14, 15, 17, 36, 37 |
| Proximidade | 7 | 5, 6, 9, 11, 21, 22, 38 |
| Suporte | 7 | 3, 19, 20, 23, 25, 26, 28 |
| Conforto | 6 | 7, 10, 16, 18, 27, 30 |

Fonte: Adaptado de Melo (2005)

A análise da consistência interna na presente investigação revelou uma consistência muito boa, quer na escala da importância das necessidades, com um valor de Alfa de Cronbach de 0.916, quer na escala da satisfação das necessidades com um valor de 0.949 (cf. Anexo II).

De forma a simplificar o questionário e à semelhança de Castro (1999, referido por Freitas, 2005), que adoptou o CCFNI para o português do Brasil, passando a ser denominado como *Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI)*, foram colocadas as duas escalas lado a lado. Uma coluna corresponde ao nível de importância das necessidades e a outra ao grau de satisfação dos familiares quanto ao atendimento de cada uma delas.

Apesar de no estudo de Melo (2005) a escala do NMI se encontrar cotada com 5 pontos, neste estudo optou-se por manter a mesma pontuação da versão original, de forma a facilitar a comparação com os resultados obtidos em diversos estudos internacionais que utilizaram estas escalas.

A autorização para usar e modificar o CCFNI foi amavelmente concedida pelas suas autoras, que simultaneamente indicaram a literatura relativa às propriedades psicométricas deste instrumento, e por Melo, que procedeu à sua tradução e aferição (cf. Anexo III).

Foi também solicitada autorização às entidades competentes, no sentido de poder aplicar o instrumento de colheita de dados para o estudo (cf. Anexo IV), e aos familiares, o consentimento para integrarem a amostra, salvaguardando a garantia de anonimato e confidencialidade (cf. Anexo V).

3.4 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Após a colheita de dados, efectuamos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado a sua codificação e tabulação de modo a preparar o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais (Absolutas (N) e Percentuais (%)), algumas medidas de tendência central ou de localização (Médias \bar{x} ; Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação² (CV)), para além de medidas de simetria³ e achatamento⁴, de acordo com as características das variáveis em estudo.

No que respeita à estatística inferencial, fizemos uso da estatística paramétrica, e para estudo de proporções de estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Maroco, 2007).

Na estatística paramétrica foi utilizado o teste de Qui Quadrado (χ^2).

Os Testes Não Paramétricos empregados na presente investigação foram o Teste de Kruskal-Wallis e o Teste de U Mann Whitney.

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana & Gageiro (2005) sugerem que:

| | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 0.2 ≤ r < 0.39 | associação baixa |
| 0.4 < r < 0.69 | associação moderada |
| 0.7 < r < 0.89 | associação alta |
| 0.9 < r ≤ 1 | associação muito alta |

No estudo das inferências estatísticas, utilizámos os seguintes níveis de significância:

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| p ≥ 0.05 | não significativo (n.s.) |
| p < 0.05* | Significativo |
| p < 0.01** | bastante significativo |
| p < 0.001*** | altamente significativo |

O tratamento estatístico foi efectuado informaticamente através do programa (Statistical Package for the Social Science) SPSS versão 19.0 para o Windows.

² O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis, devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo: 0%-15% dispersão baixa; 16%-30% dispersão moderada e >30% dispersão alta (Pestana & Gageiro, 2005)

³ Quando $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] < 1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo, sendo curva simétrica. Por sua vez, quando $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$ estamos perante uma curva assimétrica, (Pestana & Gageiro, 2005)

⁴ Uma distribuição pode ser: Mesocúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] < 1,96$; Platicúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] < -1,96$ ou Leptocúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$, (Pestana & Gageiro, 2005)

4 – ANÁLISE DOS RESULTADOS

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

Apresentaremos inicialmente uma análise descritiva dos dados, com a qual se pretende caracterizar a amostra face às características sociodemográficas e sociofamiliares dos familiares e às características clínicas dos doentes internados em UCI. Procurámos ainda avaliar a importância atribuída às necessidades pelos familiares dos doentes internados em UCI assim como o seu grau de satisfação relativamente às mesmas, determinando as estatísticas das cinco dimensões que constituem o *CCFNI* e o *NMI* (necessidade de segurança, de informação, de proximidade, de suporte e de conforto). Seguidamente efectuaremos a análise inferencial, de forma a perceber que variáveis influenciam as variáveis dependentes.

4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

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

Assim, inicialmente será abordada a caracterização sociodemográfica dos familiares de doentes internados na UCI, seguido da caracterização familiar e clínica do doente internado e finaliza-se com o estudo da importância e a satisfação das necessidades dos familiares.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

A amostra apresenta idades compreendidas entre os 18 e os 73 anos, com uma idade média de 45.48 anos ($Dp=14.205$). As mulheres são em média mais novas face aos homens, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas ($U=395.0$; $Z=-0.559$; $p=0.576$), (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Estatísticas relativas à idade do familiar

| IDADE | N | Min | Max | \bar{x} | Dp | Sk _{erro} | K _{erro} | CV (%) |
|-----------|----|-----|-----|-----------|--------|--------------------|-------------------|--------|
| Masculino | 24 | 18 | 73 | 46,96 | 15,555 | 0,621 | -0,939 | 33,12 |
| Feminino | 36 | 18 | 72 | 44,50 | 13,366 | 0,527 | -0,906 | 30,03 |
| Total | 60 | 18 | 73 | 45,48 | 14,205 | 0,906 | -1,164 | 31,23 |

Teste U de Mann-Whitney: $U=395,0$; $Z=-0,559$; $p=0,576$

A maioria dos doentes são “casados” ou vivem em “união de facto” (76.7%), 16.7% são “solteiros” e 6.6% estão “divorciados/viúvos”. Os valores entre os homens e mulheres são semelhantes à amostra global, com diferenças não significativas ($\chi^2=0.761$, $p=0.684$), (cf. Quadro 3).

A amostra estudada reside maioritariamente em meio urbano (71.7%). Existindo mais mulheres a residir em meio urbano face aos homens (75.0% vs 66.7%), no entanto as diferenças entre os sexos não são estatisticamente significativas ($\chi^2=0.492$; $p=0.483$), (cf. Quadro 3).

Relativamente às habilitações literárias dos familiares de doentes internados na UCI, 46.7% tem o 2º ciclo e/ou o secundários, 28.3% o 1º Ciclo (antiga 4ª Classe) e 25% um curso superior (Licenciatura/mestrado). Os valores de ambos os sexos assemelham-se ao total, sendo as variáveis independentes, ($\chi^2=0.637$; $p=0.727$), (cf. Quadro 3).

Quadro 3 – Características sociodemográfica em função do sexo dos familiares

| | Sexo | | Feminino | | Total | |
|--|-----------|------|----------|------|-------|-------|
| | Masculino | | n | % | N | % |
| | n | % | n | % | N | % |
| | 24 | 40,0 | 36 | 60,0 | 60 | 100,0 |
| ESTADO CIVIL (N=60) | | | | | | |
| Solteiro | 5 | 20,8 | 5 | 13,9 | 10 | 16,7 |
| Casado\união de facto | 17 | 70,8 | 29 | 80,5 | 46 | 76,7 |
| Divorciado\viuvo | 2 | 8,4 | 2 | 5,6 | 4 | 6,6 |
| Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,761$; $p=0,684$ | | | | | | |
| ZONA DE RESIDÊNCIA (N=60) | | | | | | |
| Urbano | 16 | 66,7 | 27 | 75,0 | 43 | 71,7 |
| Rural | 8 | 33,3 | 9 | 25,0 | 17 | 28,3 |
| Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,492$; $p=0,483$ | | | | | | |
| HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (N=60) | | | | | | |
| 1º Ciclo (4ª Classe antiga) | 8 | 33,4 | 9 | 25,0 | 17 | 28,3 |
| Do 2ª ciclo ao Secundário | 11 | 45,8 | 17 | 47,2 | 28 | 46,7 |
| Curso Superior | 5 | 20,8 | 10 | 27,8 | 15 | 25,0 |
| Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,637$; $p=0,727$ | | | | | | |

Perfil Sociodemográfico dos familiares

Estamos perante um familiar do sexo feminino (60.0%), com cerca de 45 anos, casado\união de facto (76.7%), a residir em meio urbano (71.7%) e com habilitações literárias entre o 2º ciclo e o ensino secundário (46.7%).

CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

Iniciando a caracterização familiar, inferimos que a maioria dos familiares é filho(a) do doente internado (31.7%), 23.3% são o conjugue e 21.7% o irmão. Observamos que nos familiares do sexo masculino o grau de parentesco mais representado é o irmão (37.5% vs

11.1%) enquanto nos familiares do sexo feminino é o filho (41.7% vs 16.7%), sendo as diferenças entre os sexos estatisticamente significativas, ($\chi^2=9.140$; $p=0.048$), (cf. Quadro 4).

A maioria dos familiares vive acompanhada (90.0%). Analisando a relação entre a situação familiar e o sexo, verificamos que a situação familiar é independente do sexo dos familiares do doente internado em UCI, ($\chi^2=0,278$; $p>0.05$), (cf. Quadro 4).

A maioria dos familiares de doentes internados em UCI (70.0%) encontra-se inserida em famílias altamente funcionais, cerca de 25.0% está inserida numa família moderadamente funcional e 5.0% pertencem a famílias com disfunção acentuada. As famílias altamente funcionais são as mais frequentes tanto nas mulheres como nos homens (72.2 vs 66.7%), mostrando o teste Qui-Quadrado, não existirem diferenças estatísticas significativas, ($\chi^2=0.952$, $p=0.621$), (cf. Quadro 4).

A maioria dos familiares nunca vivenciaram uma experiência anterior em UCI (86.7%). Analisando a relação entre esta variável e os sexos, verificamos que as relações não são significativas ($\chi^2= 0.024$; $p=0.877$), (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Características familiares em função do sexo

| Sexo | Masculino | | Feminino | | Total | |
|--|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | N | % | n | % | N | % |
| GRAU DE PARENTESCO COM O DOENTE (N=60) | | | | | | |
| Conjuge | 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 |
| PaiMãe | 2 | 8,3 | 3 | 8,3 | 5 | 8,3 |
| Outro | 5 | 20,8 | 4 | 11,1 | 9 | 15,0 |
| Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=9,140$; $p=0,048^*$ | | | | | | |
| SITUAÇÃO FAMILIAR (N=60) | | | | | | |
| Vive sozinho | 3 | 12,5 | 3 | 8,3 | 6 | 10,0 |
| Vive acompanhada | 21 | 87,5 | 33 | 91,7 | 54 | 90,0 |
| Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,278$; $p=0,598$ | | | | | | |
| FUNCIONALIDADE FAMILIAR (N=60) | | | | | | |
| Disfunção Acentuada | 2 | 8,3 | 1 | 2,8 | 3 | 5,0 |
| Moderadamente Funcional | 6 | 25,0 | 9 | 25,0 | 15 | 25,0 |
| Altamente Funcional | 16 | 66,7 | 26 | 72,2 | 42 | 70,0 |
| Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,952$; $p=0,621$ | | | | | | |
| EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM UCI (N=60) | | | | | | |
| Sim | 3 | 12,5 | 5 | 13,9 | 8 | 13,3 |
| Não | 21 | 87,5 | 31 | 86,1 | 52 | 86,7 |
| Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,024$; $p=0,877$ | | | | | | |

Perfil familiar

O perfil familiar traduz que os familiares são o filho do doente internado (31.7%), vivem acompanhados (90.0%), pertencendo a uma família altamente funcional (70.0%) e sem experiência anterior de internamento em UCI (86.7%).

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS DOENTES

Os diagnósticos clínicos, são maioritariamente conhecidos dos familiares (55.0%), constatando-se que os mais referidos são o de Trauma, PCR e Intoxicações medicamentosas com 5.0% cada, (cf. Anexo VI).

Os diagnósticos foram posteriormente agrupados em dois grupos, os familiares que sabem qual o diagnóstico do doente e os familiares que desconhecem qual diagnóstico. A maioria dos familiares refere saber qual o diagnóstico do doente (55.0%), sendo que as mulheres conhecem melhor qual o diagnóstico do doente internado em UCI face aos homens (63.9% vs 41.7%), contudo as diferenças encontradas não são significativas ($\chi^2=2,873$; $p=0.060$), (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Características clínicas dos doentes

| Sexo | Masculino | | Feminino | | Total | |
|--|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | n | % | N | % | n | % |
| DIAGNOSTICO CLINICO (N=60) | | | | | | |
| Desconhece diagnóstico | 14 | 58,3 | 13 | 36,1 | 27 | 45,0 |
| Conhece o diagnóstico | 10 | 41,7 | 23 | 63,9 | 33 | 55,0 |
| Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=2,873$; $p=0,090$ | | | | | | |

Perfil Clínico do doente internado

Os diagnósticos mais frequentes são o de *Trauma*, *PCR* e *Intoxicações medicamentosas* com 5.0%, contudo 45.0% dos familiares desconhece qual o diagnóstico do seu familiar doente internado em UCI.

CARACTERIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DAS NECESSIDADES

Os cinco itens das necessidades mais importantes para os familiares foram, com valores médios, por ordem decrescente, “*Ter mobiliário confortável na sala de espera*” (3.85), “*Sentir que há esperança*” (3.63), “*Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar*” e “*Visitar o doente com frequência*” (3.62) e “*Obter respostas sinceras às perguntas*” (3.58). Por sua vez as cinco afirmações que os familiares atribuem menor importância são “*Ter um telefone perto da sala de espera*” (2.68), “*Sentir que é bem acolhido*”

pelos familiares: “*Ter alguém a acompanhá-lo quando visita o familiar*” (2.83) e “*Ter um local no hospital onde possa estar sozinho*” e “*Poder estar sozinho sempre que quiser*” (2.85), (cf. salientado em Anexo II).

A análise da importância atribuída pelos familiares às necessidades evidencia que as mais importantes são as necessidades de *Segurança* com valor médio de 3.48 (Dp=0.407), seguida das de *Informação* com 3.46 (Dp=0.418) e posteriormente as de *Suporte* com 3.20 (Dp=0.412). As menos importantes são as necessidades de *Proximidade* e *Conforto* com valores médios de 3.11 e 2.98 respectivamente, (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Ordenação da importância das necessidades dos familiares

| | NECESSIDADES | Méd ⁵ | Dp | Sk _{erro} | Kl _{erro} |
|----|--------------------|------------------|-------|--------------------|--------------------|
| 1º | <i>Segurança</i> | 3,48 | 0,407 | -1,132 | -1,518 |
| 2º | <i>Informação</i> | 3,46 | 0,418 | -1,291 | -1,831 |
| 3º | <i>Suporte</i> | 3,20 | 0,412 | -0,242 | -0,455 |
| 4º | <i>Proximidade</i> | 3,11 | 0,473 | -0,786 | -0,217 |
| 5º | <i>Conforto</i> | 2,98 | 0,454 | -1,805 | -0,269 |

No que concerne à importância das necessidades, por **sexo**, observou-se que as três primeiras posições em ambos os sexos são a *Segurança*, a *Informação* e a *Proximidade* e a menos importante o *Conforto*. As mulheres apresentam valores médios em todas as necessidades maiores que os homens, revelando o teste de U de Mann-Whitney diferenças estatísticas significativas na necessidade *Segurança* (U=249.0; Z=-2.776; p=0.005), *Informação* (U=272.0; Z=-2.427; p=0.015), *Suporte* (U=261.5; Z=-2.593; p=0.010) e *Proximidade* (U=282.0; Z=-2.278; p=0.023). Ou seja, quer homens e mulheres atribuem a mesma ordem de importância às necessidades, contudo as mulheres atribuem maior importância às necessidades que os homens, (cf. Quadro 7).

A relação entre a **zona de residência** e a importância das necessidades, observamos que quer os familiares que vivem em meio rural, quer os que vivem em meio urbano, entendem que a *Proximidade* é a necessidade menos importante. Sendo que os familiares que residem em meio rural atribuem maior importância à *Segurança*, seguido da *Informação* e do *Conforto*, já os familiares do meio urbano entendem que a *Informação* é a necessidade mais importante seguida da *Segurança* e do *Conforto*. Contudo as diferenças encontradas não são significativas (p>0.05), ou seja, a zona de residência não influencia na importância atribuída às necessidades, (cf. Quadro 7).

⁵ Um valor maior na média significa um maior grau de importância atribuída à necessidade em análise.

A relação entre a importância e a variável **situação familiar**, permite observar que a importância das necessidades tem valores médios mais elevados nos familiares que vivem acompanhados face aos que vivem sozinhos, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas ($p>0.05$), (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Importância das necessidades dos familiares em função do sexo, da zona de residência e da experiência anterior em UCI

| NECESSIDADES | SEXO | | Teste de U Mann-Whitney | | |
|--------------|-------------------|------------------|-------------------------|--------|---------|
| | Masculino | Feminino | U | Z | P |
| Segurança | 3,31 | 3,59 | 249,0 | -2,776 | 0,005** |
| Informação | 3,20 | 3,56 | 272,0 | -2,427 | 0,015* |
| Suporte | 2,91 | 3,25 | 261,5 | -2,593 | 0,010* |
| Proximidade | 3,03 | 3,31 | 282,0 | -2,278 | 0,023* |
| Conforto | 2,81 | 3,08 | 306,5 | -1,911 | 0,056 |
| NECESSIDADES | ZONA RESIDÊNCIA | | Teste de U Mann-Whitney | | |
| | Urbano | Rural | U | Z | P |
| Segurança | 3,45 | 3,58 | 294,0 | -1,179 | 0,239 |
| Informação | 3,46 | 3,47 | 355,0 | -0,173 | 0,863 |
| Suporte | 3,13 | 3,07 | 346,0 | -0,322 | 0,747 |
| Conforto | 3,19 | 3,23 | 342,5 | -0,380 | 0,704 |
| Proximidade | 2,98 | 2,97 | 350,0 | -0,257 | 0,797 |
| NECESSIDADES | SITUAÇÃO FAMILIAR | | Teste de U Mann-Whitney | | |
| | Vive sozinha | Vive acompanhada | U | Z | P |
| Segurança | 3,23 | 3,51 | 97,5 | -1,598 | 0,110 |
| Informação | 3,27 | 3,48 | 112,5 | -1,226 | 0,220 |
| Suporte | 2,95 | 3,14 | 119,0 | -1,068 | 0,286 |
| Conforto | 2,97 | 3,23 | 98,5 | -1,575 | 0,115 |
| Proximidade | 2,78 | 3,00 | 120,5 | -1,032 | 0,302 |

Quanto ao estudo da **Idade**, observa-se uma associação inversa entre a idade com as cinco necessidades dos familiares, ou seja, quando a idade aumenta, diminui a importância atribuída as necessidades *Segurança*, *Informação*, *Suporte*, *Proximidade* e *Conforto*, (cf. Quadro 1 em Anexo VII).

Os valores de t revelam que a idade não influencia na importância que os familiares atribuem às necessidades, ($p>0.05$), (cf. Quadro 1 em Anexo VII).

Na variável **Estado Civil**, verificamos que a *Segurança* é a necessidade mais importante nos familiares casados\união de facto e divorciados\viúvo, já os solteiros atribuem maior importância à *Informação*. Nos três grupos o *Conforto* é considerado como sendo a que menos importância tem para os familiares de doentes internados em UCI. O teste de Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente não significativas nas cinco necessidades em análise, ($p>0,05$), ou seja, o estado civil é independente da importância atribuída as necessidades pelos familiares, (cf. Quadro 2 em Anexo VII).

Pela representação gráfica dos dados podemos ainda constatar que os familiares casados ou a viver em união de facto, são os que atribuem maior importância a todas as necessidades, (cf. gráfico 1 em Anexo VII).

A análise da relação entre as **Habilitações literárias** e a importância das necessidades, permite contactar que o *Conforto* é descrito por todos os grupos como a que menor importância tem, sendo a *Segurança* e a *Informação* as mais importantes para os familiares. Verificamos ainda que os familiares com curso superior apresentam valor médios mais altos nas cinco necessidades, (cf. gráfico 2 em Anexo VII). Contudo o teste Kruskal-Wallis revelou que as Habilitações Literárias não influenciam as necessidades *Segurança* ($\chi^2=0.373$; $p=0.830$), a *Informação* ($\chi^2=0.505$; $p=0.777$), a *Proximidade* ($\chi^2=2.678$; $p=0.262$), o *Suporte* ($\chi^2=0.902$; $p=0.637$) e o *Conforto* ($\chi^2=0.819$; $p=0.664$), (cf. Quadro 2 em Anexo VII).

Relativamente ao **grau de parentesco com o doente**, os familiares com os graus de conjugue, filho(a) e irmão(ã) atribuem em média maior importância à necessidade *Segurança*. Por sua vez os familiares com outro grau e os pais, atribuíram maior ponderação à necessidade *Informação*. As diferenças encontradas entre os grupos revelou ser estatisticamente não significativa nas cinco necessidades, ($p>0.05$), (cf. Quadro 8).

Quanto à **Funcionalidade Familiar**, observamos que os familiares com alta funcionalidade apresentam valor médios mais altos, e por sua vez os familiares com disfunção familiar têm valor médios mais baixos relativamente à importância atribuída às cinco necessidades (cf. gráfico 3 em Anexo VII). Ou seja, quanto maior é a funcionalidade familiar maior é a importância atribuída às necessidades. Verificamos que nas necessidades *Segurança* e *Informação*, as diferenças são estatisticamente significativas ($\chi^2=11.129$; $p=0.004$) e ($\chi^2=16.861$; $p=0.000$), respectivamente, (cf. Quadro 8).

Ao nível da hierarquização das necessidades, a representação gráfica dos dados permite verificar que a menos importante para as famílias moderadamente ou altamente funcional é a necessidade de *Conforto*, e nos familiares que pertencem a famílias disfuncionais, é a necessidade de *Proximidade*. Por sua vez a *Segurança* foi considerada a mais importante nas famílias disfuncionais e moderadamente funcionais, e a necessidade *Informação* a mais importante para os familiares com famílias altamente funcionais, (cf. gráfico 3 em Anexo VII).

Quadro 8 - Importância das necessidades dos familiares em função das variáveis familiares

| NECESSIDADES | GRAU DE PARENTESCO COM O DOENTE | | | | | Teste de Kruskal-Wallis | |
|--------------|---------------------------------|----------|----------|--------|-------|-------------------------|-------|
| | Conjuge | Filho(a) | Irmão(ã) | PaiMãe | Outro | χ^2 | P |
| Segurança | 3,71 | 3,44 | 3,40 | 3,34 | 3,41 | 7,194 | 0,126 |
| Informação | 3,52 | 3,41 | 3,39 | 3,43 | 3,57 | 1,268 | 0,867 |
| Proximidade | 3,26 | 3,02 | 3,23 | 3,09 | 2,97 | 2,806 | 0,591 |
| Suporte | 3,27 | 3,21 | 3,14 | 3,17 | 3,17 | 0,411 | 0,982 |
| Conforto | 2,94 | 3,09 | 2,97 | 2,83 | 2,89 | 2,401 | 0,663 |

| NECESSIDADES | FUNCIONALIDADE FAMILIAR | | | Teste de Kruskal-Wallis | |
|--------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------|
| | Disfunção Acentuada | Moderadamente Funcional | Altamente Funcional | χ^2 | P |
| Segurança | 3,10 | 3,27 | 3,59 | 11,129 | 0,004** |
| Informação | 2,91 | 3,17 | 3,60 | 16,861 | 0,000*** |
| Proximidade | 2,76 | 3,05 | 3,17 | 3,693 | 0,158 |
| Suporte | 2,90 | 3,12 | 3,26 | 4,288 | 0,117 |
| Conforto | 2,78 | 2,84 | 3,04 | 1,853 | 0,396 |

Quanto ao **internamento anterior em UCI**, verificamos que os familiares que já tiveram experiência em cuidados intensivos atribuem maior importância à *Segurança*, à *Informação* e ao *Suporte*, sendo estas também as necessidades mais importante para familiares que nunca tiveram doentes internados em UCI. Contudo verificamos que os familiares com experiência em UCI apresentam, em geral, valores médios face à importância destas necessidades mais elevados que os familiares sem experiência em UCI (cf. gráfico 4 em Anexo VII). A necessidade *Informação*, é a segunda mais importante em ambos os grupos, contudo é mais importante para os familiares com experiência em UCI (3.70 vs 3.42), sendo as diferenças estatisticamente significativas (U=124.5; Z=-2.826; p=0.048), (cf. Quadro 9).

Face ao **conhecimento do diagnóstico clínico por parte dos familiares**, os familiares que sabem qual o diagnóstico apresentam valor de média mais elevados, logo atribuem maior importância a todas as necessidades, excepto na necessidade *Conforto* onde o valor médio é mais elevado nos familiares que desconhecem o diagnóstico. (cf. gráfico 5 em Anexo VII). Contudo as diferenças encontradas entre os grupos não são significativas (p>0.05), ou seja, o nível de importância que os familiares atribuem as necessidades é independente do conhecimento ou não do diagnóstico clínico, (cf. Quadro 9).

Quadro 9 – Importância das necessidades dos familiares em função da experiência anterior em UCI e do conhecimento do diagnóstico

| NECESSIDADES | EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM UCI | | Teste de U Mann-Whitney | | |
|--------------|-----------------------------|------|-------------------------|---------------|---------------|
| | Sim | Não | U | Z | P |
| Segurança | 3,71 | 3,45 | 130,5 | -1,694 | 0,090 |
| Informação | 3,70 | 3,42 | 124,5 | -2,826 | 0,048* |
| Proximidade | 3,07 | 3,13 | 175,5 | -0,712 | 0,476 |
| Suporte | 3,20 | 3,21 | 198,0 | -0,219 | 0,827 |
| Conforto | 3,02 | 2,97 | 194,0 | -0,307 | 0,759 |

| NECESSIDADES | CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO | | Teste de U Mann-Whitney | | |
|--------------|-----------------------------|------|-------------------------|--------|-------|
| | Não | Sim | U | Z | P |
| Segurança | 3,43 | 3,53 | 380,5 | -0,971 | 0,332 |
| Informação | 3,42 | 3,49 | 409,0 | -0,545 | 0,589 |
| Proximidade | 3,04 | 3,19 | 359,0 | -1,295 | 0,195 |
| Suporte | 3,20 | 3,21 | 443,5 | -0,030 | 0,976 |
| Conforto | 3,03 | 2,93 | 377,0 | -1,207 | 0,304 |

CARACTERIZAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES

Os cinco itens das necessidades mais satisfeitas pelos familiares foram, em valores médios, por ordem decrescente, “*Ser informado acerca do ambiente de cuidados intensivos antes de entrar nesse ambiente pela primeira vez*” (3.30), “*Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar*” (3.22), “*Ter a certeza que pode ausentar-se do hospital e o familiar fica bem*” (3.20), “*Visitar o doente com frequência*” (3.20) e “*Sentir que é bem acolhido pelo pessoal hospitalar*” (3.17). Os itens menos satisfeitos pelos familiares são “*Poder visitar o familiar a qualquer hora*” (2.58), “*Ter alguém que possa ajudar nos seus problemas financeiros*” (2.60), “*Ser informado de alguém que possa resolver os seus problemas*” (2.67), “*Poder visitar o familiar fora do horário estabelecido*” (2.68) e “*Ter alguém que possa ajudar a resolver os problemas familiares*” (2.71), (cf. salientado em Anexo II).

Relativamente ao estudo da satisfação das necessidades pelos familiares dos doentes internados em UCI, observa-se que as necessidades *Segurança* e *Informação* são as que apresentam um grau de satisfação mais elevado (3,13 e 3,07, respectivamente), o *Conforto*, a *Proximidade* e o *Suporte* expõem valores médios inferiores, ou seja, estas necessidades encontram-se menos satisfeitas pelos familiares, (cf. Quadro 10).

Quadro 10 – Ordenação da Satisfação das necessidades dos familiares

| | NECESSIDADES | Méd ⁶ | dp | Sk _{erro} | K _{erro} |
|----|--------------|------------------|-------|--------------------|-------------------|
| 1º | Segurança | 3,13 | 0,443 | 1,268 | 0,084 |
| 2º | Informação | 3,07 | 0,458 | 1,210 | 0,564 |
| 3º | Conforto | 2,97 | 0,367 | 2,013 | 1,757 |
| 4º | Proximidade | 2,87 | 0,391 | 0,919 | 2,856 |
| 5º | Suporte | 2,82 | 0,475 | 0,424 | 1,692 |

Quanto à relação entre o **sexo** dos familiares e a satisfação das necessidades, verificamos que em média as mulheres apresentam valor de satisfação mais altos que os homens nas cinco necessidades em estudo. Tanto os homens como as mulheres entendem que a *Segurança* e a *Informação* são as necessidades mais satisfeitas. Relativamente às necessidades com menor satisfação, são o *Suporte* e a *Proximidade* para ambos os sexos, (cf. gráfico 5 em Anexo VII). O teste U de Mann-Whitney revelou diferenças não significativas nas cinco necessidade em estudo, ($p > 0.05$), ou seja, a satisfação das necessidades é independente do sexo dos familiares, (cf. Quadro 11).

Face à **zona de residência**, podemos constatar, através da representação gráfica dos dados, que os familiares que residem em meio rural se encontram mais satisfeitos em todas as necessidades face aos que residem em meio urbano. A necessidade de *Informação* com valor médio de 3.29 e de *Segurança* com valor médio de 3.28 correspondem às necessidades consideradas mais satisfeitas pelos familiares que vivem em meio rural. Já os familiares que residem em meio urbano apenas consideram a necessidade de *Segurança* com 3.07 como a mais satisfeita. Quanto à necessidade considerada menos satisfeita corresponde em ambos os casos à necessidade de *Suporte*, (cf. gráfico 6 em Anexo VII). As diferenças são estatisticamente bastante significativas na necessidade *Informação* ($U=197.0$; $Z=-2.797$; $p=0.005$), ou seja os familiares de doente que residem em meio rural estão mais satisfeito face à informação que lhes é facultada, (cf. Quadro 11).

Relativamente à **situação** familiar, os familiares que vivem acompanhados apresentam valores médios de satisfação mais elevados que os familiares que vivem sozinhos, excepto na necessidade de *Suporte* (2,82 vs 2,86). Ou seja, os familiares que vivem sozinhos encontram-se menos satisfeitos na maioria das necessidades, no entanto as diferenças encontradas não são significativas (*Segurança*: $Z=-1.772$; $p=0.076$); (*Informação*: $Z=-0.711$; $p=0.477$); (*Proximidade*: $Z=-0.499$; $p=0.618$); (*Suporte*: $Z=-0.385$; $p=0.700$) e (*Conforto*: $Z=-1.089$; $p=0.276$), (cf. Quadro 11).

⁶ Um valor maior na média significa um maior grau de importância atribuída à necessidade em análise.

Quadro 11 – Satisfação das necessidades dos familiares em função do sexo, da zona de residência e da situação familiar

| NECESSIDADES | SEXO | | Teste de U Mann-Whitney | | |
|--------------|-----------|----------|-------------------------|--------|-------|
| | Masculino | Feminino | U | Z | P |
| Segurança | 3,11 | 3,14 | 420,0 | -0,183 | 0,854 |
| Informação | 3,01 | 3,11 | 381,0 | -0,779 | 0,436 |
| Proximidade | 2,84 | 2,90 | 399,5 | -0,496 | 0,620 |
| Suporte | 2,81 | 2,83 | 430,0 | -0,030 | 0,976 |
| Conforto | 2,95 | 2,98 | 408,5 | -0,360 | 0,719 |

| NECESSIDADES | ZONA RESIDÊNCIA | | Teste de U Mann-Whitney | | |
|--------------|-----------------|-------|-------------------------|---------------|----------------|
| | Urbano | Rural | U | Z | P |
| Segurança | 3,07 | 3,28 | 280,0 | -1,421 | 0,155 |
| Informação | 2,98 | 3,29 | 197,0 | -2,797 | 0,005** |
| Proximidade | 2,83 | 2,99 | 290,0 | -1,245 | 0,213 |
| Suporte | 2,77 | 2,96 | 295,0 | -1,167 | 0,243 |
| Conforto | 2,94 | 3,05 | 340,0 | -0,425 | 0,671 |

| NECESSIDADES | SITUAÇÃO FAMILIAR | | Teste de U Mann-Whitney | | |
|--------------|-------------------|------------------|-------------------------|--------|-------|
| | Vive sozinha | Vive acompanhada | U | Z | P |
| Segurança | 2,82 | 3,17 | 91,0 | -1,772 | 0,076 |
| Informação | 2,81 | 3,09 | 133,5 | -0,711 | 0,477 |
| Proximidade | 2,71 | 2,89 | 142,0 | -0,499 | 0,618 |
| Suporte | 2,86 | 2,82 | 146,5 | -0,385 | 0,700 |
| Conforto | 2,78 | 2,99 | 118,5 | -1,089 | 0,276 |

No que concerne à análise das **correlações entre a idade e a satisfação das necessidades**, podemos referir que a associação entre as variáveis varia entre um mínimo de $r=0,036$ e um máximo de $r=0,231$. As associações são inversas em todas as correlações com excepção da correlação entre a idade e a necessidade *Suporte* que é positiva, ou seja, quando aumenta a idade diminui a satisfação com as necessidades *Segurança*, *Informação*, *Proximidade* e *Conforto*, por sua vez com o *Suporte* quando mais velhos são os familiares maior a satisfação com esta necessidade, (cf. Quadro 3 em Anexo VII).

Os valores de t revela que a satisfação com as necessidades por parte dos familiares não sofre influencia da idade ($p>0.05$), (cf. Quadro 3 em Anexo VII).

Face ao **Estado Civil**, constatamos que nos três grupos a necessidade mais satisfeita pelos familiares do doente internado em UCI é a *Segurança*, seguida da *Informação*, em sentido inverso o *Suporte* é a necessidade menos satisfeita. Verificamos ainda que os familiares casados ou em união de facto têm valores médios mais baixos (logo estão menos satisfeitos) nas cinco necessidades, e os familiares divorciados/Viúvos valores médios mais elevados, logo maior satisfação nas cinco necessidades (cf. gráfico 7 em

Anexo VII). Contudo o teste Kruskal-Wallis revelou que as diferenças encontradas não são significativas ($p > 0.05$), (cf. Quadro 4 em Anexo VII).

Na satisfação atribuída às necessidades, de acordo com as **Habilitações Literárias**, a necessidade mais satisfeita nos três grupos em análise é a *Segurança*. Quanto à menos satisfeita, verifica-se que é o *Suporte* nos familiares com habilitações entre o 2º ciclo e o secundário e os que possuem curso superior, e a *Proximidade* em familiares com ao 1º Ciclo (antiga 4ª Classe), (cf gráfico 8 em Anexo VII). O teste de Kruskal-Wallis, revela diferenças estatísticas não significativas nas necessidades *Segurança* ($\chi^2=0.316$; $p=0.854$), *Informação* ($\chi^2=0.303$; $p=0.859$), *Proximidade* ($\chi^2=0.784$; $p=0.676$), no *Suporte* ($\chi^2=1.884$; $p=0.390$) e no *Conforto* ($\chi^2=2.441$; $p=0.295$), ou seja, as habilitações literárias não influenciam na satisfação que os familiares manifestam em relação as cinco necessidades, (cf. Quadro 4 em Anexo VII).

A relação entre o **grau de parentesco do familiar com o doente** e a satisfação das necessidades, foi estudado através do teste Kruskal-Wallis. Os filhos, os irmãos, os pais e “outro” grau de parentesco estão mais satisfeitos com a necessidade *Segurança*, e o conjugue com a *Informação*. As diferenças encontradas entre os graus de parentes não são significativas, ou seja, a satisfação das necessidades é independente do grau de parentesco dos familiares face aos doentes internados em UCI, ($p > 0.05$), (cf. Quadro 5 em Anexo VII).

Na **Funcionalidade Familiar**, os familiares com alta funcionalidade apresentam-se na generalidade mais satisfeitos. As necessidades *Segurança* e *Informação*, correspondem às necessidades consideradas mais satisfeitas pelos familiares com alta funcionalidade, por sua vez os que pertencem a famílias modernamente funcionais ou com disfunção acentuada apenas consideram a necessidade *Segurança* como a mais satisfeita. A necessidade de *Suporte* representa a necessidade menos satisfeita para os três grupos. (cf. gráfico 9 em Anexo VII). O teste Kruskal-Wallis revelou que satisfação dos familiares relativamente às suas necessidades é independente da funcionalidade familiar, ($p > 0.05$), (cf. Quadro 5 em Anexo VII).

Os familiares que nunca **tiveram contacto com internamento em UCI** apresentam níveis de satisfação mais baixos nas cinco necessidades, quando comparados com familiares de doentes que já tiveram uma experiência anterior em internamento em UCI. Contudo as diferenças entre familiares com e sem experiência anterior de internamento em UCI não são significativas nas cinco necessidades abordadas ($p > 0.05$), ou seja as variáveis são independentes (cf. Quadro 6 em Anexo VII).

Pela representação gráfica dos dados verificamos ainda que os familiares que estão a vivenciar pela primeira vez um internamento em UCI apresentam-se satisfeitos com a

necessidade de *Segurança e Informação* e menos satisfeito nas necessidades *Proximidade, Suporte e Conforto*, enquanto que os familiares que já tiveram experiências anteriores em UCI encontram-se satisfeitos com todas as necessidades, (cf. gráfico 10 em Anexo VII).

A relação entre o **conhecimento do diagnóstico clínico** e a satisfação das necessidades, observamos que os familiares que sabem qual o diagnóstico do doente têm menor grau de satisfação face aos familiares que desconhecem o diagnóstico. Contudo as diferenças encontradas não são significativas ($p > 0.05$), ou seja, o conhecimento do diagnóstico por parte dos familiares não influencia no grau de satisfação atribuída as necessidades, (cf. Quadro 6 em Anexo VII).

Verificamos ainda que, tantos os familiares que conhecem o diagnóstico como os que não conhecem, encontram-se mais satisfeitos com as necessidades de *Segurança e Suporte*, e menos satisfeitos com as necessidades de *Suporte, Proximidade e Conforto*, (cf. gráfico 11 em Anexo VII).

4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Após a apresentação e análise descritiva dos dados obtidos, passamos para a abordagem inferencial dos mesmos. Para o efeito, procedemos à realização de testes de hipóteses, relacionando as variáveis independentes em estudo com as variáveis dependentes.

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas têm influência sobre o nível de importância das necessidades atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI.

Iniciando o estudo da influência das variáveis sociodemográficas na importância das necessidades dos familiares, pela variável sexo, onde as mulheres atribuem maior importância a todas as necessidades, mostrando o teste de U de Mann-Whitney diferenças estatísticas significativas na necessidade *Segurança* ($U=249.0$; $Z=-2.776$; $p=0.005$), *Informação* ($U=272.0$; $Z=-2.427$; $p=0.015$), *Suporte* ($U=261.5$; $Z=-2.593$; $p=0.010$) e *Proximidade* ($U=282.0$; $Z=-2.278$; $p=0.023$), ou seja **o sexo influencia na importância atribuída às necessidades por parte dos familiares**, (cf. Quadro 7).

Apuramos ainda que os familiares que residem em meio rural não se diferenciam dos que vivem em meio urbano (*Segurança*: $U=294.0$; $Z=-1.179$; $p=0.239$; *Informação*: $U=355.0$; $Z=-0.173$; $p=0.863$; *Suporte*: $U=346.0$; $Z=-0.322$; $p=0.747$; *Conforto*: $U=342.5$; $Z=-0.380$;

$p=0.704$; e *Proximidade*: $U=350.0$; $Z=-0.257$; $p=0.797$), ou seja a importância atribuída as necessidades é independente da zona de residência, (cf. Quadro 7).

Face à idade verificamos que quando esta aumenta, diminui a importância atribuída as necessidades, sendo as diferenças não significativas, ($p>0.05$), (cf. Quadro 1 em Anexo VII).

Os familiares com o estado civil de casado ou união de facto são os que atribuem maior importância as cinco necessidades, contudo o teste Kruskal-Wallis revelou que as diferenças não são significativas (*Segurança*: $X^2=1.230$; $p=0.541$; *Informação*: $X^2=0.333$; $p=0.847$; *Suporte*: $X^2=0.411$; $p=0.814$; *Conforto*: $X^2=1.782$; $p=0.410$ e *Proximidade*: $X^2=1.284$; $p=0.526$), (cf. Quadro 2 em Anexo VII).

As habilitações literárias dos familiares de doentes internados em UCI revelaram não influenciar no nível de importância as necessidades (*Segurança*: $p=0.830$; *Informação*: $p=0.777$; *Proximidade*: $p=0.262$; *Suporte*: $p=0.637$ e *Conforto*: $p=0.664$), (cf. Quadro 2 em Anexo VII).

Concluimos que a importância atribuída às necessidades pelos familiares apenas é influenciada pelo sexo.

Hipótese 2 – O nível de importância das necessidades atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI é influenciada pelas variáveis familiares.

A importância atribuída às necessidade é independente do grau de parentesco com o doente (*Segurança*: $X^2=7.194$; $p=0.126$; *Informação*: $X^2=1.268$; $p=0.867$; *Suporte*: $X^2=0.411$; $p=0.982$; *Conforto*: $X^2=2.401$; $p=0.663$ e *Proximidade*: $X^2=2.806$; $p=0.591$), (cf. Quadro 8).

A importância das necessidades dos familiares é independente da situação familiar, embora os familiares que vivem acompanhados apresentam valores médios mais elevados. Revelando o teste U de Mann Whitney diferenças não significativas nas cinco necessidades *Segurança*: $U=97.5$; $Z=-1.598$; $p=0.110$; *Informação*: $U=112.5$; $Z=-1.226$; $p=0.220$; *Suporte*: $U=119.0$; $Z=-1.068$; $p=0.286$; *Conforto*: $U=98.5$; $Z=-1.575$; $p=0.115$; e *Proximidade*: $U=120.5$; $Z=-1.035$; $p=0.302$), (cf. Quadro 8).

Quando analisamos a funcionalidade familiar, inferimos que os familiares com alta funcionalidade atribuem maior importância as necessidades *Segurança* ($X^2=11.129$; $p=0.004$) e *Informação* ($X^2=16.861$; $p=0.000$), nas restantes necessidades as diferenças não são significativas (cf. Quadro 8).

Face ao internamento anterior em UCI, os familiares que já vivenciaram um internamento anterior em UCI atribuem em média maior importância a todas as cinco necessidades, face aos familiares que nunca vivenciaram um internamento em UCI, sendo as diferenças estatisticamente significativas na necessidade *Informação* (U=124.5; Z=-2.826; p=0.048), (cf. Quadro 9).

Inferimos que a importância atribuída às necessidades pelos familiares de doentes internados em UCI é influenciada de forma parcial pela funcionalidade familiar e pela experiência anterior de internamento em UCI.

Hipótese 3 – As variáveis clínicas têm influência no nível de importância das necessidades atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI.

O nível de importância que os familiares atribuem as necessidades é independente do conhecimento do diagnóstico clínico por parte dos familiares, (*Segurança*: U=380.5; Z=-0.971; p=0.332; *Informação*: U=409.0; Z=-0.545; p=0.598; *Proximidade*: U=359.0; Z=-1.295; p=0.195; *Suporte*: U=443.5; Z=-0.030; p=0.976; e *Conforto*: U=377.0; Z=-1.207; p=0.304), (cf. Quadro 9).

Hipótese 4 – Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e o grau de satisfação atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI às suas necessidades.

O grau de satisfação dos familiares é independente do sexo (*Segurança*: U=420.0; Z=-0.183; p=0.854; *Informação*: U=381.0; Z=-0.779; p=0.436; *Proximidade*: U=399.5; Z=-0.496; p=0.620; *Suporte*: U=430.0; Z=-0.030; p=0.976; e *Conforto*: U=408.5; Z=-0.360; p=0.719), (cf. Quadro 11).

Relativamente à zona de residência, os familiares de doente que residem em meio rural estão mais satisfeitos face à *informação* que lhes é facultada (U=197.0; Z=-2.797; p=0.005), (cf. Quadro 11).

A idade, o estado civil e as habilitações literárias não influenciam no grau de satisfação das necessidades dos familiares, (p>0.05), (cf. Quadro 3 e 4 em Anexo VII).

Concluimos que o grau de satisfação atribuído pelos familiares às necessidades é influenciado apenas pela variável sociodemográfica zona de residência.

Hipótese 5 – As variáveis familiares influenciam o grau de satisfação atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI às suas necessidades.

As diferenças encontradas entre os graus de parentesco não são significativas, ou seja, a satisfação das necessidades é independente do grau de parentesco dos familiares face aos doentes internados em UCI, (*Segurança*: $X^2=3.448$; $p=0.486$; *Informação*: $X^2=5.273$; $p=0.260$; *Proximidade*: $X^2=1.393$; $p=0.845$; *Suporte*: $X^2=5.267$; $p=0.261$ e *Conforto*: $X^2=5.977$; $p=0.201$), (cf. Quadro 5 em Anexo VII).

Os familiares que vivem acompanhamento têm níveis de satisfação mais elevados, no entanto a satisfação das necessidades é independente da situação familiar (*Segurança*: $p=0.076$; *Informação*: $p=0.477$; *Proximidade*: $p=0.618$; *Suporte*: $p=0.700$ e *Conforto*: $p=0.276$), (cf. Quadro 11).

Quanto mais funcional é a família maior é a satisfação com as necessidades, contudo a satisfação com as necessidades é independente da funcionalidade familiar, (*Segurança*: $X^2=0.893$; $p=0.640$; *Informação*: $X^2=1.956$; $p=0.376$; *Proximidade*: $X^2=1.431$; $p=0.489$; *Suporte*: $X^2=1.524$; $p=0.467$ e *Conforto*: $X^2=0.401$; $p=0.818$), (cf. Quadro 5 em Anexo VII).

Os familiares que nunca tiveram contacto com internamento em UCI apresentam níveis de satisfação mais baixos nas cinco necessidades, contudo as diferenças não são significativas nas cinco necessidades abordadas (*Segurança*: $p=0.063$; *Informação*: $p=0.060$; *Proximidade*: $p=0.226$; *Suporte*: $p=0.323$ e *Conforto*: $p=0.912$), (cf. Quadro 5 em Anexo VII).

Inferimos que o grau de satisfação é independente de todas as variáveis familiares.

Hipótese 6 – Os características clínicas têm influência no grau de satisfação atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI às suas necessidades.

O conhecimento do diagnóstico por parte dos familiares não influencia no grau de satisfação atribuída às necessidades, (*Segurança*: $U=401.5$; $Z=-0.662$; $p=0.508$; *Informação*:

U=433.5; Z=-0.180; p=0.857; *Proximidade*: U=437.5; Z=-0.120; p=0.904; *Suporte*: U=381.0; Z=-0.967; p=0.334; e *Conforto*: U=414.0; Z=-0.476; p=0.634), (cf. Quadro 6 em Anexo VII).

Hipótese 7 – O grau de satisfação atribuído pelos familiares de doentes internados em UCI às suas necessidades é influenciada pelo nível de importância.

Estudamos ainda a relação entre a satisfação das necessidades por parte dos familiares face à importância das necessidades. Observa-se que as associações são positivas, ou seja quanto maior nível de importância as necessidades têm maior é o grau de satisfação. Os resultados são estatisticamente significativos entre a importância da *Segurança* com a satisfação da *Segurança* ($r=0.404$; $p=0.001$) responsável por 16.3% da variância desta variável. O valor de t revelou ainda que a satisfação da *Informação* sofre influencia do seu nível de importância ($r=0.449$; $p=0.000$), sendo responsável por 20.2% da variância da satisfação da necessidade *Informação*, (cf. Quadro 12).

Nas restantes necessidade o valor de t revelou que as associações não são estatisticamente significativas, ($p>0.05$), (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Regressão linear simples entre a Importância e a Satisfação das necessidades

| | r | r ² (%) | P | t | P |
|----------------------------|----------------------------------|--------------------|----------|-------|----------|
| | Satisfação da Segurança | | | | |
| Importância da Segurança | 0,404 | 16,3 | 0,001** | 3,363 | 0,001** |
| | Satisfação da Informação | | | | |
| Importância da Informação | 0,449 | 20,2 | 0,000*** | 3,832 | 0,000*** |
| | Satisfação da Proximidade | | | | |
| Importância da Proximidade | 0,096 | 0,9 | 0,464 | 0,738 | 0,464 |
| | Satisfação do Suporte | | | | |
| Importância do Suporte | 0,134 | 4,2 | 0,308 | 1,029 | 0,308 |
| | Satisfação do Conforto | | | | |
| Importância do Conforto | 0,186 | 3,5 | 0,155 | 1,441 | 0,155 |

5 – DISCUSSÃO

A discussão dos resultados é um dos pontos mais importantes de todo o processo de investigação. Iremos comentar os resultados, de forma breve e posteriormente confrontar e comparar os resultados obtidos com os resultados de outras investigações já desenvolvidas. Iniciaremos contudo pela discussão da vertente metodológica.

5.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Desde o início da conceptualização do estudo, que uma das nossas preocupações foi desenvolver um trabalho metodológico rigoroso e científico. A metodologia usada, foi a que nos pareceu ser a mais benéfica para facilitar e tornar possível a realização deste estudo.

No entanto, algumas limitações podem ser apontadas neste estudo, como a técnica de amostragem ser não probabilística, o que não garante a representatividade da população, uma vez que neste tipo de amostragem a probabilidade de um elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. Esta técnica de amostragem está, mesmo assim, na linha das opções metodológicas da generalidade dos estudos levados a cabo neste âmbito, como podemos verificar nos estudos de Kosco e Warren (2000), Morgon e Guirardello (2004), Melo (2005), e Maxwell, Stuenkel e Saylor (2007).

Outras limitações do estudo são: o reduzido tamanho da amostra; o facto da colheita de dados ter sido efectuada apenas numa Unidade de Cuidados Intensivos de um único hospital, que cobre uma área geográfica específica, pois apesar de ter sido pedida autorização para a participação no estudo a outra instituição, esta foi recusada; e o facto das escalas utilizadas não se encontrarem validadas para a população portuguesa. Estas circunstâncias impõem limitações à generalização dos resultados para populações mais alargadas. Verificámos contudo que, embora a grande maioria dos estudos desenvolvidos nesta área utilize escalas aferidas para as respectivas populações, partilham no entanto as restantes limitações agora referidas (Kosco e Warren, 2000; Morgon e Guirardello (2004), Maxwell, Stuenkel e Saylor, 2007; Maruiti e Galdeano, 2007; Neves et al., 2009).

Estes constrangimentos estão, na opinião de Melo (2005) e da qual nós partilhamos, associados a limitações de natureza temporal e à natureza das próprias Unidades de Cuidados Intensivos, em que a rotatividade dos doentes é, por vezes, reduzida. Por outro

lado, o impacto emocional decorrente do internamento de um membro da família numa UCI é, muitas vezes de tal ordem que impediu, por motivos éticos, a abordagem dos familiares para efeitos da sua integração como sujeitos da investigação, levando também à recusa de alguns familiares aceitarem participar no estudo, referindo não se encontrarem em condições para responderem ao questionário.

A análise da consistência interna do instrumento na presente investigação revelou uma consistência muito boa, quer na escala da importância das necessidades, quer na escala da satisfação das necessidades, com um valor de alfa de Cronbach de 0.916 e de 0.949, respectivamente. Estes valores são superiores aos obtidos por Melo (2005) na validação do CCFNI para a população do seu estudo, onde apresentou um alfa de Cronbach de 0,742. No entanto, valores semelhantes foram encontrados no estudo de reavaliação do CCFNI pela sua co-autora, Leske (1991), onde apresenta um valor de alfa de Cronbach de 0,92.

Apesar das limitações referidas, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido.

5.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como objectivo identificar a percepção dos familiares dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos, em relação ao grau de importância e satisfação das suas necessidades.

Relativamente à caracterização dos familiares, observámos que as suas idades variam entre os 18 e os 73 anos com uma idade média de 45 anos, valores muito semelhantes aos obtidos por Neves et al. (2009), num estudo sobre a mesma temática, em que as idades dos familiares variavam entre os 18 e 79 anos, com uma média de 44 anos.

Diversos autores referem a predominância do sexo feminino entre os familiares dos doentes de UCI (Leske, 1991; Morgon e Guirardello, 2004; Melo, 2005; Maruiti e Galdeano, 2007; Freitas, Kimura e Ferreira, 2007; Maxwell, Stuenkel e Saylor, 2007; Neves et al., 2009), situação que também se verifica no presente estudo com 60% dos familiares a pertencerem ao sexo feminino. Esta predominância não encontra justificação expressa em nenhum dos estudos referenciados.

A elevada percentagem de familiares casados e/ou a viverem em união de facto (76,7%), vai de encontro aos resultados apresentados por Melo (2005) e Fumis, Nishimoto e Deheinzelin (2008). Esta situação justificar-se-á, em parte, pela média de idade encontrada

na nossa amostra (45 anos) e pelo critério de inclusão na mesma, que impunha uma idade superior ou igual a 18 anos.

Relativamente às habilitações literárias, verificámos que 46,7% dos familiares possuía uma escolaridade entre o 2º ciclo e o secundário e 28,3% possuía apenas o 1º ciclo. Este baixo nível educacional é semelhante ao referido nos estudos de Melo (2005) e Freitas (2005) e Cabrera et al. (2007), e um dado importante na definição de estratégias ao nível da vertente comunicacional.

Quanto á zona de residência, é notório o predomínio urbano (71,7%), que poderá traduzir a proximidade do local de residência ao hospital S. Teotónio, EPE.

No que diz respeito ao grau de parentesco, a maior percentagem de cônjuges (23,3%) e filhos (31,7%), é uma característica comum à generalidade dos estudos similares (Kosco e Warren, 2000; Melo, 2005; Cabrera et al., 2007; Neves et al., 2009). Este aspecto é facilmente explicável, segundo Melo (2005) e da qual nós corroboramos, pela grande afectividade normalmente associada a pessoas com estes laços de natureza familiar.

Relativamente a experiências anteriores em UCI e ao conhecimento sobre o diagnóstico do doente, verificámos que a maioria dos familiares nunca vivenciaram tal situação (86,7%), e que apenas 55% dos familiares conhecia qual o diagnóstico. Estes dados contrapõem-se aos resultados de Kosco e Warren (2000) e Freitas, Kimura e Ferreira, (2007), cujo os estudos constataram que 91% e 59,3% dos familiares, respectivamente, já possuía uma experiência prévia com parentes em UCI e que quase todos os familiares (>91%) relataram conhecer o diagnóstico do doente.

Nos estudos consultados não encontramos dados sobre a situação familiar e a funcionalidade familiar. No presente estudo, constatámos que a grande maioria dos familiares vive acompanhado (90%) e que pertencem a uma família altamente funcional (70%), características consideradas benéficas para que a família consiga adaptar-se a novas situações e mudanças e assim enfrentar a situação de crise que podem atravessar durante o internamento de um membro da família em UCI. Estes resultados permitem uma avaliação mais ampla e mais próxima das reais necessidades do doente e de sua família, como é referenciado por Martini et al.(2007).

Uma vez discutidas as características dos familiares deste estudo, passamos à discussão da importância atribuída pelos familiares às suas necessidades e do grau de satisfação percebido no atendimento dessas necessidades.

Mediante a aplicação do CCFNI, verificámos que em geral, os familiares avaliaram as necessidades como importantes ou muito importantes, uma vez que quase todas as

necessidades apresentam uma média superior a três numa escala de 1 a 4. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo efectuado por Freitas, Kimura e Ferreira, 2007).

Quanto às necessidades consideradas mais importantes pelos familiares, estas recaem na necessidade de *Segurança* com valor médio de 3.48 e *Informação* com 3.46, nomeadamente “*Sentir que há esperança*”, “*Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar*”, “*Visitar o doente com frequência*” e “*Obter respostas sinceras às perguntas*”. Estes resultados são consistentes com a grande parte dos estudos que abordam esta temática (Molter, 1979; Kosco e Warren, 2000; Morgon e Guirardello, 2004; Melo, 2005; Maruiti e Galdeano, 2007; Freitas, Kimura e Ferreira, 2007) e constituem um dado importante na definição das metodologias e das prioridades de actuação dos profissionais.

Apesar da necessidade “*Ter mobiliário confortável na sala de espera*”, ter sido a mais cotada na hierarquização da importância das necessidades, com valor médio de 3,85, ela integra a dimensão de necessidade de *Conforto*, que por sua vez é a menos valorizada pelos familiares, com valor médio de 2.98. Este resultado demonstra a importância que os familiares dão ao espaço físico e à mobília da sala de espera numa UCI, como verificado também no estudo realizado por Maruiti e Galdeano (2007). Segundo Freitas (2005), a sala de espera para os familiares representa o local onde eles passarão mais tempo, enquanto o seu parente estiver na UCI, já que a família tem necessidade de estar próxima e sentir-se útil. Assim, uma sala de espera adequada, juntamente com a informação fornecida, podem favorecer o sentimento de segurança e de controle da situação.

No entanto, o facto das necessidades menos valorizadas pertencerem maioritariamente à dimensão de necessidade de *Conforto*, é consistente com outros estudos como o de Molter (1979), Melo (2005) e Freitas, Kimura e Ferreira (2007), e revela que os familiares centram as suas preocupações e as suas energias no doente, remetendo para segundo plano as suas próprias necessidades. Estes dados são importantes, no sentido de alertar os profissionais para a importância de ajudar os familiares a tomarem consciência das suas próprias necessidades. Como é referido por Melo (2005) os familiares precisam que os ajudem a ter consciência das suas necessidades, para poderem cuidar de si próprios e assim permanecerem de boa saúde para poderem apoiar o doente.

Relativamente à percepção do grau de satisfação das necessidades dos familiares dos doentes internados em UCI, observamos que as necessidades consideradas mais satisfeitas pertencem à necessidade de *Segurança* e *Informação* com valores médios de 3,13 e 3,07, respectivamente. “*Ser informado acerca do ambiente de cuidados intensivos antes de entrar nesse ambiente pela primeira vez*”, “*Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar*”, “*Ter a certeza que pode ausentar-se do hospital e o familiar fica*

bem”, “*Visitar o doente com frequência*” e “*Sentir que é bem acolhido pelo pessoal hospitalar*”, foram as afirmações mais cotadas e pertencem na sua maioria à dimensão de necessidade de *Segurança*. Estes resultados são similares aos encontrados por Melo (2005) e Freitas (2005), mas contradizem os obtidos por Maxwell, Stuenkel e Saylor (2007) onde as cinco afirmações mais cotadas quanto ao grau de satisfação, pertencem na sua maioria à necessidade de *Proximidade*.

Quanto às necessidades consideradas menos satisfeitas pelos familiares, prendem-se, na sua grande parte, com as necessidades de *Suporte* (2,82) e *Proximidade* (2,87), das quais se salientam, “*Poder visitar o familiar a qualquer hora*”, “*Ter alguém que possa ajudar nos seus problemas financeiros*”, “*Ser informado de alguém que possa resolver os seus problemas*”, “*Poder visitar o familiar fora do horário estabelecido*” e “*Ter alguém que possa ajudar a resolver os problemas familiares*”. Satisfazer as necessidades de *Suporte* ajuda os familiares a enfrentar o coping e o stress provocado pela situação de internamento em UCI, a aumentar os recursos da família e manter a força para apoiar o doente, como é salientado na literatura por Maxwell, Stuenkel e Saylor, (2007). Concordando com Velez (2002) a necessidade de proximidade com o seu familiar doente proporciona à família sentimentos de segurança e conforto. Neste sentido, somos da opinião que a satisfação destas necessidades não pode ser descurada pela equipa de saúde.

De um modo geral, podemos considerar que os familiares se encontram satisfeitos com o atendimento das suas necessidades, como em vários estudos que abordam esta temática (Molter, 1979; Melo, 2005; Cabrera, 2007; Neves et al., 2009), uma vez que todas as dimensões de necessidades apresentam valores médios superiores a 2,50 numa escala cotada de 1 a 4.

Outro aspecto particularmente positivo, é o facto das necessidades com maior grau de satisfação corresponderem em geral, às necessidades consideradas mais importantes pelos familiares, com excepção da necessidade de *Suporte*, que apresenta um nível de importância bastante alto (3,20), mas que corresponde ao menor grau de satisfação atribuído pelos familiares (2,82). Estes dados levam-nos a considerar, à semelhança do encontrado no estudo de Melo (2005), que a instituição em geral, e o serviço em particular, parecem responder às expectativas dos familiares no que diz respeito a alguns aspectos considerados mais relevantes. No entanto, estes resultados evidenciam também que os profissionais de saúde continuam essencialmente centrados no cuidado aos doentes, não prestando o devido apoio e suporte aos familiares. Esta situação também se confirmou num estudo qualitativo efectuado por Bettinelli e Erdmann (2009), onde o trabalho dos profissionais continuou centrado na execução de acções assistenciais e administrativas

dirigidas ao doente, ficando a família sem a devida atenção, depreendendo-se que havia pouco envolvimento e preocupação com os membros da família. Na opinião destes autores, e da qual comungamos, o envolvimento e a atenção à família são essenciais para que se proporcione um cuidados com qualidade.

Ao efectuarmos a análise da regressão linear simples entre a importância e a satisfação das necessidades atribuída pelos familiares, observamos que as associações são positivas, ou seja, quanto maior nível de importância as necessidades têm, maior é o grau de satisfação. Os resultados são estatisticamente significativos para as necessidades de *Segurança* ($r=0.404$; $p=0.001$) e *Informação* ($r=0.449$; $p=0.000$), responsável por 16.3% e 20,2% respectivamente, da variância da satisfação destas necessidades. Estes resultados vêm confirmar os dados supracitados.

Verificamos ainda que o grau de satisfação avaliado pelos familiares face às necessidades é inferior à importância atribuída às mesmas, na globalidade das necessidades. Estes resultados contradizem os encontrados por Melo (2005), onde o grau de satisfação se sobrepõe à importância atribuída às necessidades pelos familiares.

Posteriormente, através da realização de testes de hipóteses, procuramos verificar se as variáveis independentes em estudo (variáveis sociodemográficas, variáveis familiares e variáveis clínicas) exerciam influência na importância e na satisfação atribuída pelos familiares às suas necessidades.

Verificámos que a importância atribuída às necessidades pelos familiares de doentes internados em UCI é influenciada pela variável sexo, pela funcionalidade familiar e pela experiência anterior de internamento em UCI.

As mulheres atribuem maior importância a todas as necessidades, apresentando diferenças estatísticas significativas na necessidade *Segurança* ($Z=-2.776$; $p=0.005$), *Informação* ($Z=-2.427$; $p=0.015$), *Suporte* ($Z=-2.593$; $p=0.010$) e *Proximidade* ($Z=-2.278$; $p=0.023$). Este facto poderá justificar-se pela maior afectividade e sensibilidade normalmente associada às mulheres, e que se evidencia na cultura portuguesa. Já no estudo de Melo (2005), apenas a idade influenciou o nível de importância, sendo estatisticamente significativa nas necessidades de conforto, que foram consideradas menos importante conforme o aumento da idade. No nosso estudo, também constatámos que ao aumento da idade corresponde uma diminuição da importância atribuída às necessidades, no entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Quanto à funcionalidade familiar, verificámos que os familiares com alta funcionalidade familiar atribuem maior importância às necessidades *Segurança* ($\chi^2=11.129$; $p=0.004$) e *Informação* ($\chi^2=16.861$; $p=0.000$). A necessidade de segurança reflecte o desejo

de saber que o doente está a receber os melhores cuidados possíveis. O fornecimento de informações estabelece a base para a tomada de decisão e acompanhamento do doente, reduzindo a ansiedade e proporcionando uma sensação de controlo, como é referido por Maxwell, Stuenkel e Saylor (2007). Deste modo, é perfeitamente perceptível que este tipo de funcionalidade familiar, que apresenta fortes vínculos afectivos entre os seus membros e maior flexibilidade na sua estrutura familiar, como refere Martini et al. (2007), tenha maior capacidade de se apoiarem e manter o equilíbrio familiar perante uma situação de crise, evidenciando-se naturalmente as necessidades de segurança e informação. Não existem no entanto dados em outros estudos para comparação dos mesmos.

Verificámos ainda que os familiares que apresentam experiência anterior em UCI, atribuem maior importância à necessidade de informação, sendo a diferença estatisticamente significativa ($Z=-2,826$; $p=0,048$). Dados estes que, por sua vez também não encontram similaridade com outros estudos, mas que na nossa opinião poderá justificar-se pelo conhecimento que estes familiares já possuem em relação a todas as necessidades, face aos que nunca tiveram experiência anterior em UCI e em que tudo é desconhecido pelos mesmos.

Relativamente à satisfação atribuída pelos familiares às suas necessidades, constatámos que apenas a zona de residência influenciava de forma estatisticamente bastante significativa ($Z=-2,797$; $p=0,005$) a satisfação atribuída à necessidade de informação, sendo os familiares que residem em meio rural os mais satisfeitos face à informação que lhes é facultada. Pensamos que este resultado poderá estar associado ao facto dos familiares que vivem no meio rural poderem possuir um maior desconhecimento de toda a complexidade de uma UCI, ficando por isso satisfeitos com toda a informação que lhes é facultada.

No estudo efectuado por Neves et al. (2009) os factores demográficos associados a um menor grau de satisfação prenderam-se com o motivo de internamento clínico, o sexo feminino do familiar, o número de visitas inferiores a quatro e maior escolaridade. Por sua vez Melo (2005) verificou um menor grau de satisfação da necessidade de informação associado ao aumento da idade.

Os resultados que verificamos no estudo das restantes variáveis estão em consonância com os obtidos Melo (2005), na medida em que também este não encontrou relação entre o grau de satisfação das necessidades e o sexo dos familiares ou a existência de experiências anteriores em UCI. Estão também em concordância com os resultados do estudo de Neves et al. (2009) que verificou não haver diferença no grau de satisfação dos familiares em relação à idade do familiar e ao grau de parentesco com o doente. Fumis (2007) verificou também, à semelhança do presente estudo, que o diagnóstico não foi

importante para melhorar o nível de satisfação dos familiares, mas sim, segundo o mesmo, as informações sobre as causas e consequências da doença.

6 – CONCLUSÃO

As necessidades e a satisfação dos familiares de doentes críticos têm sido foco de diversos estudos de investigação, com diferentes metodologias, quantitativa ou qualitativa, mas todos com o mesmo propósito: conhecer as necessidades desses familiares e possibilitar o planeamento de intervenções que contribuam efectivamente para a prestação do cuidado integral ao doente crítico e sua família.

A avaliação das necessidades dos familiares tem-se pautado pela percepção do grau de importância e de satisfação com aspectos relacionados ao cuidado prestado ao doente e à própria família. A identificação da importância possibilita conhecer o valor atribuído pelos familiares às necessidades, fornecendo dados para o planeamento e implementação de acções que visem atendê-las, assim como para redireccionar um possível foco de atenção dado a situações que não são consideradas importantes pelos familiares. Quanto à análise do grau de satisfação, permite identificar as necessidades não atendidas e avaliar a qualidade do cuidado prestado.

Satisfazer as necessidades dos familiares ajuda a reduzir a ansiedade, reforça a confiança da família no atendimento do sistema de saúde e melhora o prognóstico do doente. Os enfermeiros, pela sua interacção contínua com o doente e a família, estão numa posição privilegiada para identificar essas necessidades e desenvolver estratégias no sentido de as satisfazer, contribuindo deste modo para o cuidado holístico ao doente crítico e sua família.

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

Quanto à caracterização da amostra.

É constituída por familiares de doentes internados em UCI, sendo predominantemente do sexo feminino (60.0%), com idade média de 45 anos, casado ou a viver em união de facto (76.7%), a residir em meio urbano (71.7%) e com habilitações literárias entre o 2º ciclo e o ensino secundário (46.7%). Os familiares que mais visitaram os doentes são essencialmente os filhos dos doentes internados (31.7%), vivem acompanhados (90.0%), pertencendo a uma família altamente funcional (70.0%) e a maioria não tem experiência anterior em UCI (86.7%).

Quanto ao nível de importância atribuída às necessidades.

De um modo geral, as necessidades foram avaliadas pelos familiares como sendo importantes ou muito importantes. As necessidades consideradas mais importantes foram as necessidades de Segurança e Informação, traduzidas por afirmações como “Sentir que há esperança”, “Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar”, “Visitar o doente com frequência” e “Obter respostas sinceras às perguntas”. Quanto às afirmações consideradas menos importantes pertencerem maioritariamente à necessidade de Conforto, e revela que os familiares centram as suas preocupações e as suas energias no doente, remetendo para segundo plano as suas próprias necessidades.

O sexo dos familiares, a funcionalidade familiar e a experiência anterior em UCI exercem influência na importância das necessidades atribuída pelos familiares. As mulheres atribuem maior importância a todas as necessidades, apresentando diferenças significativas para a necessidade de Informação, Suporte e Proximidade e bastante significativa para a necessidade de Segurança. Dentro da funcionalidade familiar, os familiares que apresentam alta funcionalidade familiar atribuem maior importância à necessidade de Segurança e Informação, sendo as diferenças bastante significativa para a primeira e altamente significativa para a segunda. Quanto à experiência anterior em UCI, os familiares que já tiveram experiência anterior em UCI atribuem uma maior importância à necessidade de Informação face ao que nunca vivenciaram tal situação.

Quanto ao grau de satisfação atribuído às necessidades.

Na sua generalidade os familiares encontram-se satisfeitos com o atendimento das suas necessidades. As necessidades consideradas mais satisfeitas pertencem à necessidade de Segurança e Informação salientando-se as afirmações “Ser informado acerca do ambiente de cuidados intensivos antes de entrar nesse ambiente pela primeira vez”, “Sentir que a equipa do hospital se preocupa com o familiar”, “Ter a certeza que pode ausentar-se do hospital e o familiar fica bem” e “Visitar o doente com frequência”. As necessidades consideradas menos satisfeitas pelos familiares, prendem-se, na sua grande parte, à necessidade de Suporte e Proximidade, das quais se salientam as afirmações “Poder visitar o familiar a qualquer hora”, “Ter alguém que possa ajudar nos seus problemas financeiros”, “Ser informado de alguém que possa resolver os seus problemas”, “Poder visitar o familiar fora do horário estabelecido” e “Ter alguém que possa ajudar a resolver os problemas familiares”.

A zona de residência influencia de forma bastante significativa a satisfação atribuída à necessidade de Informação, sendo os familiares que residem em meio rural os mais satisfeito face à informação que lhes é facultada.

Quanto á relação entre a importância e o grau de satisfação.

Um maior nível de importância atribuído pelos familiares às suas necessidades parece estar associado a um maior grau de satisfação relativamente às mesmas, sendo estatisticamente significativo para as necessidades de Segurança e Informação. A necessidade de Suporte evidencia-se pela excepção, demonstrando que os profissionais de saúde continuam essencialmente centrados no cuidado aos doentes, não prestando o devido apoio e suporte aos familiares. Face às expectativas reflectidas no grau de importância atribuído, os familiares apresentam um grau de satisfação que fica aquém dessas expectativas.

De um modo geral, os resultados deste estudo corroboram os de outros estudos similares já realizados, e permitem concluir que os familiares dos doentes internados em UCI atribuem uma grande importância às suas necessidades, particularmente às necessidades de segurança e informação, sendo também estas as que apresentam um maior grau de satisfação. Permitem também concluir que na generalidade, os familiares encontram-se satisfeitos com o atendimento das suas necessidades por parte dos profissionais de saúde, no entanto esta satisfação fica aquém das suas expectativas, essencialmente na necessidade de suporte. Estes resultados evidenciam que apesar da progressiva importância que se tem atribuído ao papel da família na recuperação do doente crítico, os profissionais de saúde continuam a não conseguir integrar plenamente os familiares como participantes activos no processo de cuidados.

Inferimos também que algumas variáveis sociodemográficas e familiares, influenciam a importância e a satisfação atribuída pelos familiares dos doentes internados em UCI às suas necessidades, pelo que as mesmas devem ser consideradas quando se planeiam acções para aumentar a satisfação destes familiares.

Apesar de algumas limitações de natureza metodológica já referidas anteriormente, pensamos que os resultados deste estudo fornecem alguns contributos para o desenvolvimento de acções, por parte dos profissionais de saúde e em especial na prática de enfermagem, que permitam uma abordagem mais efectiva da família no processo do cuidado em UCI.

Face ao exposto, apresentamos as seguintes sugestões:

- Consciencializar os profissionais de saúde de que o cuidado centrado na família é essencial para a qualidade do cuidado prestado ao doente crítico, e que o suporte e apoio aos familiares é parte integrante desse cuidado.

- Incentivar o uso de indicadores de qualidade que avaliam a satisfação dos pacientes e familiares, pois esta é uma ferramenta básica na melhoria da qualidade assistencial.

- Incentivar a realização de mais estudos em Portugal no âmbito desta problemática, afim de melhor avaliar as necessidades desta população e a eficácia de medidas que visem melhorar o seu grau de satisfação com o atendimento prestado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Celeste Bastos; RIBEIRO, José Luis Pais – Stress dos doentes nos cuidados intensivos. Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. 2:7 (2008) 79-88.

ATKINSON, Belinda L.A. - A unidade de cuidados intensivos. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. 21: 242 (2009), paginação, fim da revista.

BETTINELLI, Luiz Antonio ; ROSA, Janine; ERDMANN, Alacoque Lorenzini - Internação em unidade de terapia intensiva: Experiência de familiares. Revista Gaúcha de Enfermagem. 28:3 (2007) 377-384.

BETTINELLI, Luiz Antonio ; ERDMANN, Alacoque Lorenzini – Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. Avances en Enfermería. 27:1 (2009) 15-21.

CABRERA, L. Santana [et al.] – Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. Med Intensiva. 31:2 (2007) 57-61.

COMASSETTO, Isabel ; ENDERS, Bertha Cruz – Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre. 30:1 (2009) 46-53.

COSTA, J. Almeida; MELO, A. Sampaio - **Dicionário da língua Portuguesa**. Porto: Porto Editora, 2003. ISBN 972-0-01056-8 1160p.

FONTAINE, Dorrie K. – Impacto do ambiente de cuidados críticos sobre o paciente. In MORTON, Patricia Gonçes [et al.] - **Cuidados críticos de enfermagem : uma abordagem holística**. 8ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop. 2007. XXXIX, [16] f. il., ISBN 978-85-277-1267-5. p. 36-46.

FONTES, Ana Isabel Costa ; FERREIRA, Andreia Cristina Oliveira Santos - Do outro lado da porta : falar com a família numa unidade de cuidados intensivos. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-0844. 85 (2009) 33-38.

FORTIN, Marie Fabienne – **O Processo de investigação: da concepção à realização**. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2009.

FREITAS, Katia Santana; KIMURA, Miako; FERREIRA, Karine Azevedo S.L. - Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva : análise comparativa entre hospital público e privado. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. 15:1 (2007). [Consult. 20 Jun. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a13.pdf

FREITAS, Katia Santana – **Necessidades de familiares em unidades de terapia intensiva : análise comparativa entre hospital público e privado.** [Em linha]. São Paulo: [s.n], 2005. 119 p. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. [Consult. 15 Nov. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-18042006-163318/pt-br.php>

FREIXO, Manuel João Vaz – **Metodologia científica : fundamentos, métodos e técnicas.** Lisboa : Instituto Piaget, 2009. 295 p. ISBN 978-989-659-020-8.

FUMIS, Renata Rego Lins; NISHIMOTO, Inês Nobuko; DEHEINZELIN, Daniel – Families' interactions with physicians in the intensive care unit: the impact on family's satisfaction. Jornal of Critical Care. 23 (2008) 281-286.

KNOBEL, Elias ; ANDREOLI, Paola Bruno de Araujo ; ERLICHMAN, Manes Roberto - **Psicologia e humanização : assistência aos pacientes graves.** São Paulo [etc.] : Atheneu, cop. 2008. 375 p. ISBN 978-85-7379-987-3.

KOSCO, Mary ; WARREN, Nancy A. – Critical care nurses' perceptions of family needs as met. Critical Care Nursing Quarterly. ISSN 0887-9303. 23:2 (2000) 60-72.

LESKE, J. – Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. Heart & Lung. 15: 2 (1986) 189-193.

LESKE, J. – Internal psychometric properties of the critical care family needs inventory. Heart & Lung. 20: 3 (1991) 236-240.

LIBERADO, João - A informação aos familiares e acompanhantes: avaliação do grau de satisfação. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. 52 (2004) 19-24.

MAROCO, J. – **Análise estatística: com utilização do SPSS.** 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.

MARTINI A.M. [et al.] - Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. Rev. Eletr. Enf. [Em linha]. 9:2 (2007) 329-343. [Consult. 20 Jun. 2011]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a04.htm>

MARUITI, Mariana Rumiko ; GALDEANO, Luiza Elaine – Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. Acta Paul Enferm. 30:1 (2007) 37-43.

MAXWELL, Karen Elizabeth; STUENKEL, Diane; SAYLOR, Coleen – Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. Heart & Lung. 36:5 (2007) 367-376.

MELO, Jorge Manuel Cardoso Dias de – **As necessidades dos familiares de doentes internados em UCI : Percepção dos familiares, médicos e enfermeiros.** Lisboa: [s.n], 2005. 141p. Dissertação submetida ao Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa como requisito parcial para a obtenção de grau de Mestre em Gestão do Serviço de Saúde.

MEZZAROBA, Rúbia Manetti; FREITAS, Vívian Maria; KOCHLA, Kátia Renata Antunes – O cuidado de enfermagem ao paciente crítico na percepção da família. Cogitare Enferm. 14:3 (2009) 499-505.

MOLTER, N. – Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. Heart & Lung. 8:2 (1979) 332-339.

MOREIRA, Isabel Maria Pinheiro Borges - **O doente terminal em contexto familiar : uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família.** Coimbra : Formasau, 2001. 154 p. ISBN 972-8485-22-0.

MORGON, Fernanda Elena ; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito – Validação da escala de razão de terapia intensiva. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. 12:2 (2004) 198-203.

NEVES, Maria Pereira Dantas [et al.] – Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 21:1 (2009) 32-37.

NORTON, Colleen – A experiência da família com a doença crítica. In MORTON, Patricia Gonc [et al.] - **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística.** 8ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop. 2007. XXXIX, [16] f. il., ISBN 978-85-277-1267-5. p. 3-11.

OSORIO, Luiz Carlos - **Família hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1996. 91 p. ISBN 85-7307-205-9.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – **Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS.** 3ª ed. Lisboa: Sílabo, 2005.

PORTO, Armando [et al.] - Humanização, justiça e equidade no sistema de saúde. Acção Médica. - Porto. ISSN 0870-0311. 523:4 (2009) 33-61.

REGULAMENTO nº 124/2011. D. R. 2ª Série. 35 (2011-02-18) 8656-8657.
Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

RELF, Michael; KAPLOW, Roberta – Prática de enfermagem de cuidados críticos: integração entre cuidado, competência e compromisso com a excelência. In MORTON, Patricia Goncê [et al.] - **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 8ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop. 2007. XXXIX, [16] f. il., ISBN 978-85-277-1267-5. p. 27-36.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (SPCI) – **Manual do curso de transportes do doente crítico**. 3ª ed. Lisboa:SPCI, 2009. 115p.

URDEN, Linda; STACY, Kathleen; LOUGH, Mary - **Enfermagem de cuidados intensivos : diagnóstico e intervenção** - 5ª ed. - Loures : Lusociência, 2008. - XXV, 1265p. ISBN 978-989-8075-08-6.

URIZZI, Fabiane ; CORRÊA, Adriana Katia – Vivências de familiares em terapia intensiva : o outro lado da internação. Rev. Latino-am Enfermagem. [Em linha] 15:4 (2007) [Consult. 1 Dez. 2010]. Disponível em WW:<URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a12.pdf.

VELEZ, Cláudia P. Godinho - Expectativas dos familiares de doentes internados na UCI face aos enfermeiros. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. A 14:168 (2002) 17-20.

VERHAEGHE, S. [et al.] – The needs and experiences of family members of adult patients in na intensive care unit : a review of the literature. J Clin Nurs. 14:4 (2005) 501-509.

WARREN, N. – Perceived needs of family members in the critical care waiting room. Critical Care Nursing Quarterly. 13:3 (1993) 56-63.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de colheita de dados

ANEXO II

Análise da consistência interna das escalas

ANEXO III

Autorização para utilização das Escalas

ANEXO IV

Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados

ANEXO V

Termo de consentimento informado

ANEXO VI

Diagnóstico clínico dos doentes em estado crítico

ANEXO VII

Quadros e gráficos da análise da importância e satisfação das necessidades

