

Visita de Enfermagem e dúvidas manifestadas pela família em unidade de terapia intensiva

Nursing visit and doubts expressed by families in the intensive care unit

Bruno Bordin Pelazza¹

Rosemary Cristina Marques Simoni²

Ercilhana Gonçalves Batista Freitas³

Beatriz Regina da Silva³

Maria Júlia Paes da Silva²

Descritores

Família; Unidades de terapia intensiva; Relações profissional-família; Comunicação; Questionários

Keywords

Family; Intensive care units; Professional-family relations; Communication; Questionnaires

Submetido

22 de Setembro de 2014

Aceito

15 de Outubro de 2014

Autor correspondente

Bruno Bordin Pelazza
Rua Manoel Serralha, 1075, Uberlândia,
MG, Brasil. CEP: 38408-246
bordizim@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500011>

Resumo

Objetivo: Conhecer as dúvidas dos familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva, há mais de 24 horas, e manifestadas durante as visitas de enfermagem.

Métodos: Estudo transversal prospectivo que incluiu 115 familiares de pacientes internados há mais de 24 horas em unidade de terapia intensiva. O instrumento de pesquisa foi um questionário aplicado em três visitas de enfermagem.

Resultados: A dúvida mais apresentada foi sobre o estado clínico e a diferença média entre as dúvidas da primeira e segunda visita foi estatisticamente significativa ($p=0,047$). A média de dúvidas da primeira visita foi significativa, quando comparada com a terceira ($p<0,001$).

Conclusão: As dúvidas manifestadas por familiares foram sobre o estado de saúde, condições clínicas e sobre o cuidado realizado. O número médio de dúvidas foi menor na terceira visita de enfermagem.

Abstract

Objective: Understanding the doubts expressed by relatives of patients hospitalized in the intensive care unit for more than 24 hours during nursing visits.

Methods: A prospective cross-sectional study that included 115 family members of patients hospitalized for more than 24 hours in the intensive care unit. The research instrument was a questionnaire applied in three nursing visits.

Results: The most frequent doubt was about the clinical status, and the average difference between the doubts of the first and the second visit was statistically significant ($p = 0.047$). The average number of doubts in the first visit was significant when compared with the third ($p<0.001$).

Conclusion: The doubts expressed by family members were about the health status, medical conditions and the care provided. The average number of questions was lower in the third nursing visit.

¹Universidade Federal de Goiás, Jataí, GO, Brasil.

²Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, MG, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A satisfação dos familiares dos pacientes é um aspecto importante na avaliação da qualidade do cuidado oferecido nas instituições de saúde, sendo parte essencial das responsabilidades dos profissionais de saúde que atuam em unidade de terapia intensiva. Os sentimentos desses familiares são os mais variados possíveis: apresentam-se sozinhos, angustiados, em estado de choque e com medo, recebendo pouca ou nenhuma atenção dos profissionais de saúde.^(1,2)

Muitos enfermeiros que atuam nessas unidades concordam sobre a necessidade de dispensar assistência de enfermagem também aos familiares dos pacientes, mas continuam a ocupar-se quase exclusivamente com o cuidado dos pacientes, alegando sobrecarga de serviço e falta de preparo específico para lidar com os familiares.⁽³⁻⁵⁾ O acolhimento aos usuários das instituições, tanto públicas quanto particulares, incluindo a família dos pacientes, é parte indispensável do processo de humanização da assistência e requer dos profissionais da saúde disponibilidade para identificar e atender seus anseios.^(4,5) O tratamento e o cuidado prestados nas unidades de terapia intensiva podem vistos como agressivos e invasivos. Esse cenário poderia ser diferente, tanto para o paciente quanto para sua família, com a assistência humanizada, com a interação entre todos os envolvidos e diálogo entre quem cuida e quem é cuidado. É importante que a equipe de enfermagem seja o elo entre paciente e a família, favorecendo a interação entre estes e, ao mesmo tempo, cuidando de ambos.⁽⁶⁻⁹⁾

A habilidade de comunicar-se com o outro é uma das qualidades importantes e a equipe de enfermagem deve demonstrar sensibilidade à comunicação não verbal, capacidade para ouvir, e usar linguagem clara e acessível. Essa clareza diminui dúvidas e ansiedade.⁽¹⁰⁻¹²⁾

As famílias estão inseguras quanto a diagnósticos, a tratamentos ou à equipe multidisciplinar. Podem estar vivenciando situações dramáticas, assim como o paciente. Portanto, se o profissional quer transmitir a ideia de que não há nada a esconder, deve facilitar as visitas familiares.⁽¹³⁻¹⁷⁾ Resultados de estudos realizados em unidades de terapia intensiva evidencia-

ram que a implementação da visita de enfermagem beneficiou o relacionamento entre a equipe de enfermagem e familiares dos pacientes internados, ou seja, o enfermeiro pode proporcionar informações e acolhimento para os familiares durante os horários de visita, respondendo às suas questões sobre o cuidado de enfermagem prestado para o paciente, diminuindo as dúvidas e ansiedades dos familiares^(15,18)

Por outro lado os familiares aceitam as informações do enfermeiro. Isso indica que parece ser possível obter um grau de satisfação da família, mesmo com pouco tempo de contato entre o profissional e o familiar, pois o que importa não é a quantidade do tempo gasto com o contato, mas, sim, a maneira como essa comunicação é realizada.⁽¹⁹⁻²¹⁾

O termo Visita de Enfermagem está sendo usado para nomear uma forma de comunicação estruturada com a família de pacientes em unidades de terapia intensiva, o que vem sendo apontado como uma estratégia que aumenta a satisfação da família e atende as suas necessidades.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ O objetivo deste trabalho foi conhecer as dúvidas dos familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva há mais de 24 horas e manifestadas durante as visitas de enfermagem.

Métodos

Estudo transversal e prospectivo realizado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital privado na cidade de Uberlândia, estado de Minas Gerais, região sudeste do Brasil. A população do estudo foi constituída por 115 familiares de pacientes internados há mais de 24 horas na unidade de terapia intensiva, no período de setembro a dezembro de 2013.

O instrumento de pesquisa foi um questionário elaborado com as variáveis selecionadas para o estudo (sóciodemográficas e dúvidas manifestadas). A coleta de dados foi realizada pelo mesmo entrevistador, em três visitas de enfermagem.

A estatística descritiva avaliou frequência, média e desvio-padrão das variáveis de interesse. Os dados quantitativos foram apresentados na forma de média \pm desvio-padrão. As respostas obtidas com as questões abertas foram objetivas e apresentadas na

forma de frequência e porcentagem de ocorrência de cada categoria. Para a comparação do número médio de dúvidas entre os dias de visitas, foi utilizado ANOVA de medidas repetidas e, para nível de comparação entre as datas, utilizou-se o teste *t* pareado. Foram considerados valores estatisticamente significantes quando $p < 0,05$. Na análise estatística, foi utilizado o *software Prism 6 for Windows* - versão 6. O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Em relação à caracterização dos pacientes, verificou-se que 63 pacientes (54,7%) eram do sexo masculino e 52 (45,3%) do sexo feminino; 89 (77,4%) foram internados por patologias clínicas, tanto gerais quanto cardiológicas, e os outros 26 pacientes (22,61%) foram internados por patologias cirúrgicas. Em relação à idade, a média foi de 66,21 anos e o tempo de internação na UTI apresentou a média de 9,4 dias.

Quanto à caracterização do gênero dos familiares, verificou-se que, dos 115 familiares estudados, 85 (73,9%) eram do sexo feminino e 30 (26,1%) do sexo masculino. A média da idade dos familiares foi de 49 anos \pm 14,1. O familiar mais jovem que se apresentou para a visita tinha 23 anos (neta) e o mais velho, 82 anos (esposo).

A figura 1 apresenta a distribuição do grau de parentesco com os internados, por ordem decrescente: 40 filhos (35%), 37 cônjuges (32%) e irmãos (12%).

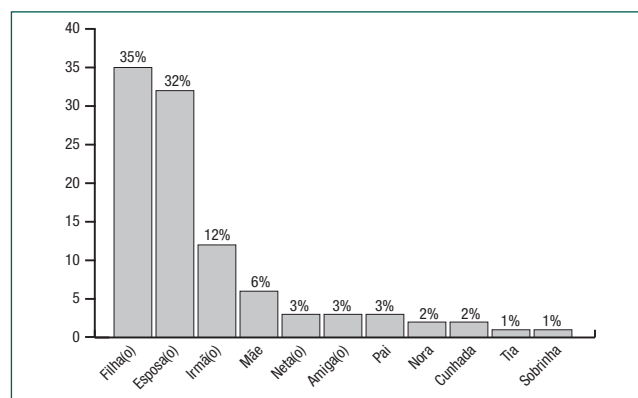


Figura 1. Distribuição dos familiares por grau de parentesco (em porcentagem)

Na figura 2 está a distribuição das profissões dos familiares. A maioria dos familiares apresentou como profissão a atividade *do lar* $n=24$ (21%).

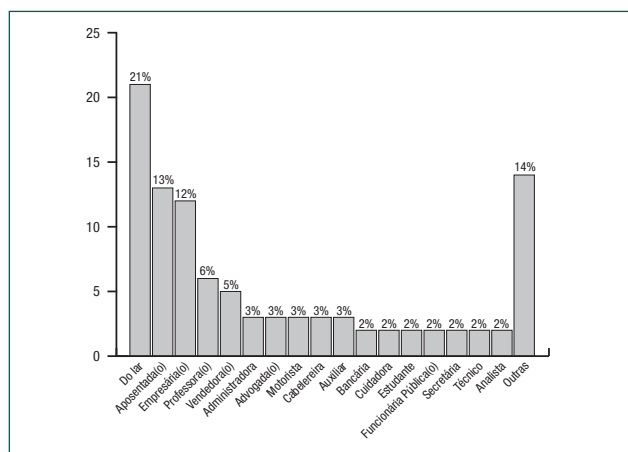


Figura 2. Distribuição da profissão dos familiares (em porcentagem)

A figura 3 apresenta a distribuição da escolaridade dos familiares. A maioria dos familiares do sexo feminino ($n=34$) possui o ensino superior; sexo masculino, em que apenas 12 familiares do sexo masculino possuem o ensino superior.

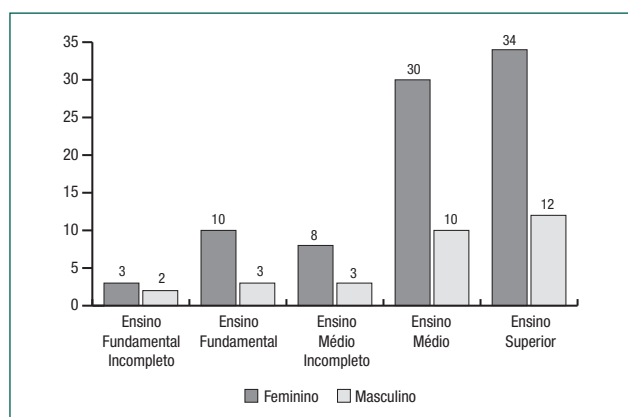


Figura 3. Distribuição da escolaridade dos familiares por sexo

Todos os familiares quiseram receber informações do Enfermeiro nas três visitas realizadas com cada família. Na primeira visita de enfermagem que teve um tempo médio de 9min50s com cada família, 110 familiares (96%) apresentaram as seguintes dúvidas: 64 familiares (56%) sobre o estado clínico; 20 familiares (17%) sobre o prognóstico; 10 familiares (9%) sobre os resultados de exames; nove familiares (8%) sobre o diagnóstico do paciente; cinco familiares (4%) sobre o equipamento monitor; e dois fa-

miliares (2%) sobre a medicação. No item “outros” as dúvidas foram: 14 familiares (12%) sobre a alta e sete (6%) sobre o tipo de cirurgia realizada.

A segunda visita de enfermagem foi realizada com 69 famílias (60%), sendo necessário um tempo médio de 9,12 minutos com cada família. As dúvidas foram: 39 familiares (34%) sobre o estado clínico; 13 familiares (11%) sobre o prognóstico; 10 (9%) sobre resultados de exames; sete familiares (6%) sobre o diagnóstico. Para o item “outros” do formulário, 16 (14%) quiseram saber sobre a previsão de alta e 3% sobre agitação.

A terceira visita de enfermagem foi realizada com 38 famílias (33%), com duração média de nove minutos para cada família. As dúvidas foram: 17 familiares (15%) sobre o estado clínico; 11 (10%) sobre o prognóstico; seis familiares (5%) sobre a medicação; quatro familiares (3%) sobre os resultados dos exames. Para o item “outros” do formulário, 10 (9%) quiseram saber sobre a previsão de alta e 3% sobre a presença de agitação, com $n=4$ (3%).

Na tabela 1, pode-se visualizar a estatística descritiva do número de dúvidas para cada dia de visita. Foi utilizado o teste ANOVA de medidas repetidas para verificar se existe diferença entre o número médio de dúvidas para os dias de visitas. Podemos observar que o número médio de dúvidas diminuiu com o passar das visitas ($p<0,05$).

Tabela 1. Número de dúvidas para cada dia de visita

	Visita 1	Visita 2	Visita 3
Média ± DP	0,94 ± 0,09	0,79 ± 0,07	0,57 ± 0,07
Mediana	1	1	1
Mínimo - Máximo	0-3	0-3	0-3
Total	110	69	38

*Estatisticamente significante

Para efeito de comparação entre os dias de visita, foi realizado o teste *t* pareado. Os resultados são apresentados na tabela 2.

Observa-se, na tabela 2, que a diferença média entre as dúvidas do primeiro e o segundo dia de visita foi estatisticamente significante ($p=0,047$). A média de dúvidas do primeiro dia de visita é estatisticamente maior, quando comparada com a do terceiro dia ($p<0,001$). E, por último, o número médio de dúvidas do segundo dia é estatisticamente maior quando comparado com a terceira visita de enfermagem ($p=0,042$).

Tabela 2. Teste *t* pareado comparando as dúvidas dos familiares a cada Visita de Enfermagem

Dúvidas	<i>p-value</i>
Visita 1 vs Visita 2	0,047*
Visita 1 vs Visita 3	<0,001*
Visita 2 vs Visita 3	0,042*

*Estatisticamente significante

Discussão

As limitações dos resultados do estudo são inerentes ao delineamento transversal, não se podendo estabelecer relações de causa e efeito. Encontramos estudos que também foram desenvolvidos em uma unidade de terapia intensiva, com resultados semelhantes.^(3,9,12)

A contribuição dos resultados é na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem nas unidades de terapia intensiva, reforçando a eficácia da visita de enfermagem junto aos familiares. Caracterizamos os pacientes como sendo na sua maioria homens com faixa etária média de 57 anos, permanecendo aproximadamente nove dias internados por patologias clínicas e cardiológicas. Os familiares eram, na maioria, do sexo feminino, com grau de parentesco filha, na faixa de 50 anos, donas de casa, com ensino superior.

O enfermeiro foi um dos primeiros integrantes da equipe multiprofissional a se relacionar com os familiares. Neste setor, o familiar apresentou ao enfermeiro várias indagações sobre o estado de saúde, condições clínicas e sobre os cuidados realizados, mesmo quando o prognóstico não era favorável. Estar preparado para lidar com situações em que as notícias difíceis são comuns é, portanto, fundamental também para esse profissional.⁽²²⁾

O tempo médio das três visitas de enfermagem com cada família foi de 9min21s. Esse dado indica que, em pouco tempo, é possível que os familiares manifestem dúvidas e recebam atenção. O tema de maior dúvida entre os familiares, nas três visitas de enfermagem, foi sobre o estado clínico.

Ao compararmos as dúvidas levantadas nas três visitas de enfermagem, verificamos que o seu número médio diminuiu, ou seja, o número médio de dúvidas do primeiro dia foi estatisticamente maior, quando comparado tanto com o segundo quanto com o terceiro dia de visita ($p=0,047/p<0,001$). Em

relação ao número médio de dúvidas do segundo dia de visita, também observamos significância ao compararmos com o terceiro dia ($p=0,042$).

Esses resultados podem indicar que a família está passando pela situação de ter um de seus membros hospitalizado pela primeira vez em uma unidade de terapia intensiva, o que pode causar medo sobre o estado do paciente e sobre o cenário que será vivenciado. Os familiares porque não conhecem os procedimentos e protocolos desse setor e permanecem aflitos para conversar com a equipe, a fim de obter informações sobre o paciente, esclarecer dúvidas, receber atenção e acolhimento.^(23,24) As visitas de enfermagem, realizadas em três momentos consecutivos, possibilitaram trabalhar com as principais dúvidas da família, detectar e prevenir sintomas de ansiedade, depressão e estresse vivenciados pelos familiares, o que também é corroborado pelos resultados de outros autores.^(14,24-26)

A redução das dúvidas e ansiedades dos familiares durante as visitas de enfermagem, enfatiza a necessidade desse contato entre enfermeiros e familiares. Além disso, revisão sistemática recente demonstrou que as informações impressas em forma de folhetos ou cartilhas ajudam os familiares a compreender os cuidados e o ambiente da unidade de terapia intensiva, assim como a comunicação regular e estruturada da equipe de enfermagem com a família auxilia na redução do estresse e na compreensão do tratamento realizado.⁽²⁷⁾ Uma estratégia potencializa a outra.

Conclusão

As dúvidas dos familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva, há mais de 24 horas, e manifestadas durante as visitas de enfermagem foram sobre o estado de saúde, condições clínicas e sobre o cuidado realizado. O número médio de dúvidas foi menor na terceira visita de enfermagem.

Colaborações

Pelazza BB contribuiu com a concepção do projeto, execução da pesquisa e redação do artigo. Simoni RCM e Silva MJP colaboraram com a concepção do

projeto, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Freitas EGB e Silva BR colaboraram com a execução da pesquisa.

Referências

1. Latour JM, Haines C. Families in the ICU: do we truly consider their needs, experiences and satisfaction? *Nurs Crit Care*. 2007; 12(4):173-4.
2. Azoulay E, Sprung CL: Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2004; 32(11):2323-8.
3. Fox S, Jeffrey J. The role of the nurse with families of patients in ICU: the nurses' perspective. *Can J Cardiovasc Nurs*. 1997; 8(1):17-23.
4. Hardicre J. Meeting the needs of families of patients in Intensive Care Units. *Nurs Times*. 2003;99(27):26-7.
5. Gay EB, Pronovost PJ, Bassett RD, Nelson JE. The intensive care unit family meeting: making it happen. *J Crit Care*. 2009; 24(4):629,e1-e12.
6. Robichaux CM, Clark AP. Practice of expert critical care nurses in situations of prognostic conflict at the end of life. *Am J Crit Care*. 2006; 15:480-91.
7. LeClaire MM, Oakes JM, Weinert CR: Communication of prognostic information for critically ill patients. *Chest*. 2005; 128(3): 1728-35.
8. Fassier T, Darmon M, Laplace C, Chevret S, Schlemmer B, Pochard F, Azoulay E. One-day quantitative cross-sectional study of family information time in 90 intensive care units in France. *Crit Care Med*. 2007; 35(1):177-83.
9. Stapleton RD, Engelberg RA, Wenrich MD, Goss CH, Curtis JR. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006; 34(6):1679-85.
10. Alvarez GF, Kirby AS. The perspective of families of the critically ill patient: their needs. *Curr Opin Crit Care*. 2006; 12(6):614-8.
11. Paul F, Rattray J. Short-and long-term impact of critical illness on relatives: literature review. *J Adv Nurs*. 2008; 62(3):276-92.
12. Damghi N, Khoudri I, Oualili L, Abidi K, Madani N, Zeggwagh AA, et al. Measuring the satisfaction of intensive care unit patient families in Morocco: a regression tree analysis. *Crit Care Med* 2008; 36(7):2084-91.
13. Stricker KH, Kimberger O, Schmidlin K, Zwahlen M, Mohr U, Rothen HU. Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? *Intensive Care Med* 2009; 35(12):2051-9.
14. McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA, Treece PD, Shannon SE, Rubenfeld GD, et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Crit Care Med*. 2004; 32(7):1484-8.
15. Heyland DK, Rucker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med*. 2002; 30(7):1413-8.
16. Fumis R, Nishimoto I, Deheinzelin D. Families' interactions with physicians in the intensive care unit: the impact on family's satisfaction. *J Crit Care*. 2008; 23(3):281-86.

17. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al: Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med.* 2007; 35(2):605-22.
18. Henrich NJ, Dodek P, Heyland D, Cook D, Rocker G, Kutsogiannis D, et al. Qualitative analysis of an intensive care unit family satisfaction survey. *Crit Care Med.* 2011; 39(5):1000-05.
19. Siddiqui S, Sheikh F, Kamal R. What families want - an assessment of family expectations in the ICU. *Int Arch Med.* 2011; 4(21):1-5
20. Nierman DM, Schechter CB, Cannon LM, Meier DE. Outcome prediction model for very elderly critically ill patients. *Crit Care Med.* 2001; 29(10):1853-9.
21. Sibbald R, Downar J, Hawryluck L. Perceptions of "futile care" among caregivers in intensive care units. *Cmaj.* 2007; 177(10):1201-8.
22. Medland JJ, Ferrans CE. Effectiveness of a structured communication program for family members of patients in an ICU. *Am J Crit Care.* 1998;7(1):24-9.
23. Campbell ML, Guzman JA. Impact of a proactive approach to improve end-of-life care in a medical ICU. *Chest.* 2003;123(1):266-71.
24. Scheunemann LP, McDevitt M, Carson SS, Hanson LC. Randomized, controlled trials of interventions to improve communication in intensive care: a systematic review. *Chest.* 2011; 139(3):543-54.
25. Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, Pochard F, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. *Crit Care Med.* 2009; 37(10 Suppl):448-56.
26. Myhren H, Ekeberg Ø, Stokland O. Satisfaction with communication in ICU patients and relatives: comparisons with medical staffs' expectations and the relationship with psychological distress. *Patient Educ Couns.* 2011;85 (2):237-44.
27. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 2007; 356(5):469-78.