

# Conforto de familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento

COMFORT OF THE PATIENT'S FAMILY IN AN INTENSIVE CARE UNIT RELATED TO WELCOMING

CONFORT DE FAMILIARES DE PERSONAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS FRENTE A LA ACOGIDA

Mariana de Almeida Moraes Gibaut<sup>1</sup>, Luisa Mayumi Rocha Hori<sup>2</sup>, Kátia Santana Freitas<sup>3</sup>, Fernanda Carneiro Mussi<sup>4</sup>

## RESUMO

Objetivou-se identificar o nível de conforto de familiares de pessoas em estado crítico de saúde decorrente das práticas de acolhimento da equipe hospitalar. Foram entrevistados 250 familiares em hospitais do Estado da Bahia, utilizando-se uma escala Likert. Os dados foram analisados em percentuais e separatrizes. Para nove das 12 afirmativas da escala, a maioria dos familiares pontuou seu nível de conforto entre muito e totalmente confortável, mediana de 4, revelando gentileza, tranquilidade e comunicação cordial com familiares. Mais da metade da amostra pontuou seu nível de nada a mais ou menos confortável, mediana=3, para afirmativas sobre demonstrações de interesse da equipe pelo familiar e flexibilização da visita ao ente. Constatou-se a necessidade de maior interesse da equipe quanto a condição e necessidade do familiar. A promoção do conforto na dimensão acolhimento demanda a interdisciplinaridade da ação assentada em filosofia humanística para o qual a enfermeira tem importante papel a desempenhar.

## DESCRIPTORIOS

Cuidados críticos  
Família  
Acolhimento  
Enfermagem familiar  
Relações profissional-família

## ABSTRACT

This study aimed to identify the level of comfort of families of patients in a critical health condition related to the welcoming practices performed by the hospital staff. Interviews were conducted with 250 relatives in hospitals of the state Bahia, using a Likert scale. Data were analyzed as percentages and quartiles. For nine of the 12 statements of the scale, most relatives scored their comfort level between very and totally comfortable, median of 4, revealing kindness, tranquility and friendly communication with family members. More than half of the sample scored its level as not at all to more or less comfortable, median of 3, for statements about demonstration of interest towards the relative by the staff and flexible visiting of the patient. The necessity of greater interest of the team in the condition and needs of the family was observed. Promoting comfort from the dimension of welcoming demands interdisciplinary actions grounded in humanistic philosophy, in which the nurse has an important role to play.

## DESCRIPTORS

Critical care  
Family  
User embracement  
Family nursing  
Professional-family relations

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar el nivel de *confort* de familiares de personas en estado crítico de salud como resultado de las prácticas de acogida del equipo hospitalario. Se entrevistó a 250 familiares, en hospitales del Estado de Bahía y se utilizó la escala Likert. Los datos fueron analizados en porcentajes y separados en matrices. Para 9 (nueve) de las 12 (doce) afirmaciones de la escala, la mayoría de los familiares señaló su nivel de *confort* entre mucho y totalmente cómodo; mediana de 4, revelando gentileza, tranquilidad y comunicación cordial con los familiares. Más de la mitad de la muestra señaló su nivel de nada a más o menos cómodo (mediana=3), para las afirmaciones sobre las demostraciones de interés del equipo por el familiar y flexibilidad de la visita al paciente. Se constató la necesidad de mayor interés del equipo en relación a la condición y necesidad del familiar. Promover el *confort* en la acogida exige una acción interdisciplinaria basada en la filosofía humanística, donde la enfermera tiene un rol importante que desempeñar.

## DESCRIPTORIOS

Cuidados críticos  
Familia  
Acogimiento  
Enfermería de la familia  
Relaciones profesional-familia

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. mary\_mlr@hotmail.com <sup>2</sup> Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. luisa\_hori@hotmail.com <sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, Brasil. ksfnfpro@hotmail.com <sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada I do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. femussi@ufba.br

## INTRODUÇÃO

O conforto vem sendo considerado por autores nacionais e internacionais um conceito fundamental relacionado à prática da enfermagem e um objetivo a ser alcançado por meio do cuidado da enfermeira(o)<sup>(1)</sup>.

Embora a preocupação com o conforto seja histórica, sua concepção tem sido idealizada e predominantemente evocada a partir do referencial da(o) enfermeira(o), da racionalidade científica e da administração hospitalar, sendo pouco levada em consideração a relação do indivíduo com a doença e as práticas de saúde<sup>(1)</sup>. O fenômeno é considerado multidimensional, uma experiência positiva e subjetiva, um estado ou sentimento de bem-estar, experienciado nas esferas física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental<sup>(2-3)</sup>. Resulta das interações que as pessoas estabelecem consigo, com outros seres, situações e objetos e modifica-se no tempo e no espaço<sup>(4)</sup>.

Considera-se que a concepção de conforto precisa ser explorada e compreendida a partir das interações dos usuários com os serviços de saúde. Vários estudos vêm sendo desenvolvidos nessa perspectiva, especialmente a partir da década de 90<sup>(2-4)</sup>; todavia pouco se conhece sobre a experiência de conforto de familiares de pessoas em estado crítico de saúde.

A situação de doença, o atendimento e a hospitalização de um membro da família em geral conduzem a um estado de fragilidade, insegurança e medo em decorrência da ameaça gerada pela doença e o tratamento. Em face desses desconfortos, a família precisa ser confortada<sup>(5)</sup>.

Quando da internação na UTI, tanto o paciente como os familiares enfrentam uma das maiores crises em razão de desconfortos gerados pela privação do convívio com o familiar adoecido, a possibilidade de perdê-lo, a mudança na rotina da vida familiar, a carência de informação acerca de seu estado de saúde do parente e a necessidade de se adequar às rotinas impostas pela instituição onde se processa o atendimento.

Diante dessa perspectiva, a família passou a se constituir objeto de investigação e do cuidado de enfermagem<sup>(6)</sup>. A vasta literatura existente sobre família indica a complexidade desse objeto, o qual tem convocado estudiosos em diversos campos disciplinares, que concordam quanto ao fato de se tratar de um objeto que requer uma abordagem multi ou transdisciplinar. A família precisa ser vista para além de uma unidade de residência, em diferentes pontos do tempo, como uma estrutura relacional que envolve seus membros, amigos e vizinhos. Assim, o conceito de família deve ser utilizado não só para pessoas

unidas por laços consanguíneos, mas também aquelas unidas por laços afetivos em um contexto social<sup>(7-8)</sup>.

A interação da família com contextos institucionais pode representar fonte de desconforto. Entrar no ambiente da UTI para visitar o parente gravemente enfermo e deparar-se com fios, telas, monitores, ruídos e pessoas movimentando-se a todo instante impressiona e gerar medo, dúvidas e ansiedades, motivo pelo qual o familiar precisa ser confortado. Uma maneira de atender essa necessidade consiste em acolher, que significa relacionar-se com o outro, em um encontro de escuta e receptividade, o que demanda reorganizar o processo de trabalho em saúde e englobar diferentes demandas dos sujeitos<sup>(9)</sup>. Enfim, acolhimento pode promover conforto<sup>(5,10)</sup>.

Pesquisa qualitativa sobre vivências de conforto de familiares de pessoas em estado crítico de saúde verificou que uma das dimensões desse construto reside justamente no acolhimento da família<sup>(10)</sup>. Os familiares sentiram-se confortáveis quando considerados como pessoas nas relações interpessoais com a equipe de atendimento hospitalar. Conforto significou ser respeitado, aceito, valorizado, ouvido e compreendido pela equipe, bem como a percepção de que a equipe preocupava-se com o sofrimento da família e as possibilidades de minimizá-lo. Para os familiares, o conforto foi promovido quando atendidos gentilmente na recepção do hospital e na própria UTI, tratados com tranquilidade, cumprimentados com um sorriso ou abordados com uma conversa. A atitude da equipe, ao demonstrar interesse por suas necessidades, por exemplo, saber se estavam preparados para a visita, acompanhá-los até o leito do parente, oferecer explicação sobre o motivo de atraso da visita e garantir a reposição do tempo perdido significou conforto. Tais ações podem figurar como indicadores de acolhimento para a promoção do conforto.

Acolher, no contexto dos serviços de saúde, é receber bem, ouvir as demandas, buscar formas de compreendê-las e solidarizar-se com elas. Ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família, paciente internado e a equipe de saúde. O acolhimento gera relações humanizadas entre quem cuida e é cuidado<sup>(10)</sup>. Não consiste em um espaço ou local, mas em uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de *abrigar e agasalhar* outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Trata-se de um processo contínuo e não apenas uma etapa do atendimento que se dá nas portas dos serviços de saúde, muitas vezes relacionado a recepções de demanda aberta ou triagens.

Entrar no ambiente da UTI para visitar o parente gravemente enfermo e deparar-se com fios, telas, monitores, ruídos e pessoas movimentando-se a todo instante impressiona e gerar medo, dúvidas e ansiedades, motivo pelo qual o familiar precisa ser confortado.

Dado seu valor, consiste em uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política da Política Nacional de Humanização do SUS<sup>(10)</sup>.

Por acreditar ser fundamental o acolhimento da família nesse cenário para a promoção do seu conforto, definiu-se como objetivo do estudo: identificar o nível de conforto de familiares de pessoas em estado crítico de saúde decorrente das práticas de acolhimento da equipe de atendimento hospitalar.

O estudo pretende contribuir para as(os) enfermeiras(os) e demais profissionais da saúde refletirem e compreenderem as situações de conforto e desconforto experienciadas pelos familiares, bem como para avaliar a efetividade do acolhimento na promoção do conforto. Poderá também fortalecer as políticas de humanização do Ministério da Saúde que têm apontado o acolhimento como uma ferramenta que deve ser utilizada em virtude das possibilidades de ampliação e efetivação do cuidado humanizado, pois preconiza o encontro, a escuta, o vínculo e o respeito às diferenças entre trabalhadores da saúde e usuários.

## MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, de corte transversal, realizado em seis UTI distribuídas em três hospitais de ensino da rede pública do Estado da Bahia. O projeto de pesquisa "Construção e validação de uma escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde", do qual deriva esse estudo, foi submetido à avaliação pela Comissão de Ética para análise em Projetos de Pesquisa, protocolo CEP: 022/2009, e aprovado sem restrições.

Os participantes foram familiares de pessoas internadas em UTI, que atenderam aos critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; ter laços de consanguinidade ou ser a pessoa mais próxima do parente hospitalizado, que com ele convive e mantém relacionamento estreito; ter um familiar adulto na UTI da rede pública de saúde há mais de 24 horas; ter realizado pelo menos uma visita ao parente, aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi por conveniência, ou seja, o estudo incluiu aqueles que aceitaram participar e atenderam aos critérios de elegibilidade. O tamanho amostral foi estimado em 246 participantes considerando-se um erro alfa de 0,05 e beta de 0,20.

Para a coleta de dados utilizaram-se dois instrumentos. O primeiro, uma Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos contendo questões fechadas acerca do paciente internado e do familiar. O segundo, uma escala para avaliar o Nível de Conforto dos Familiares de Pessoas em UTI, relacionado ao acolhimento, constou de 12 afirmativas construídas com base em pesquisa qualitativa pregressa<sup>(11)</sup>. Nessa investigação identificaram-se indicadores

(itens, afirmativas) de conforto que subsidiaram a definição de sete dimensões do fenômeno conforto, entre elas, a dimensão Acolhimento.

Como forma de se obter um instrumento consistente, procedeu-se à validade de conteúdo das afirmativas elaboradas a partir da pesquisa qualitativa pregressa. Essa validade consiste em julgar em que proporção os itens selecionados para medir uma construção teórica representam bem todas as facetas importantes do conceito a ser medido. Tal validade é um processo de julgamento composto pelo desenvolvimento do instrumento e sua avaliação por meio de especialistas<sup>(12)</sup> e efetiva-se por meio da análise dos juízes e da análise semântica.

Tais análises têm como objetivo verificar a correspondência dos itens à dimensão acolhimento, e dessa ao construto conforto de familiares de pessoas em estado crítico de saúde. Para a análise de juízes, foram convidados sete profissionais experientes na área do construto, de diferentes regiões do país, a fim de julgar se as afirmativas estavam se referindo, ou não ao fenômeno em questão e opinar individualmente sobre sua pertinência à dimensão acolhimento. Com base nas considerações dos especialistas, os itens sofreram modificações.

Ademais, as 12 afirmativas foram submetidas à análise semântica junto à população alvo. Dez familiares foram convidados a participar individualmente e cinco constituíram um grupo focal. Tiveram orientação para ouvir atentamente e sinalizar quaisquer dúvidas quanto à formulação e à compreensão das afirmativas. Consideraram todas as sentenças compreensíveis.

A elaboração das instruções para o familiar pontuar a sua resposta e a escolha da escala de pontuação do nível de conforto antecedeu a análise semântica, com o intuito de identificar possíveis problemas. Dado que o conforto é um estado subjetivo, dinâmico e produto da interação de familiares com diversos objetos sociais, foi utilizada a escala de atitudes do tipo Likert para a mensuração do construto, com cinco categorias de respostas: 1- nada confortável, 2- pouco confortável, 3- mais ou menos confortável, 4- muito confortável e 5- totalmente confortável. As escalas de pontuação dos itens são crescentes, ou seja, quanto maior o valor atribuído maior o conforto referido.

Após as análises, 12 afirmativas compuseram o instrumento final visando à avaliação do nível de conforto dos familiares de pessoas em estado crítico de saúde decorrente das práticas de acolhimento da equipe de atendimento hospitalar (Quadro 1).

A técnica de coleta de dados, a entrevista, efetivou-se no período de julho a novembro de 2010. Os familiares que atendiam aos critérios de inclusão foram abordados pela entrevistadora em ambiente privativo na UTI. Antes de sua realização, era explicado o motivo da aproximação, fornecidas as informações sobre os objetivos da pesquisa,

destacada a participação voluntária no estudo, orientado o preenchimento o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e verificados os critérios de inclusão.

Os dados registrados e codificados nos formulários compuseram uma base de dados do programa SPSS, versão 17.0 *for Windows*. Foram analisados em números absolutos, percentuais e separatrizes. Para a estimativa do escore global do nível de conforto da amostra, obteve-se o escore médio de conforto de cada familiar através da média aritmética dos 12 itens respondidos, ou seja, somaram-se os valores pontuados individualmente para cada afirmativa, e a soma foi dividida por 12. Assim, chegou-se a um valor médio para cada participante, a partir dos quais foi finalmente estimado o escore global (valores contínuos).

**Quadro 1** - Relação de afirmativas sobre o acolhimento de familiares - Salvador, 2011

Itens
1. Receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI
2. Perceber que a equipe da UTI oferece informações com boa vontade
3. Sentir que a equipe da UTI se interessa por saber como você está
4. Perceber que os profissionais não insistem para que você saia logo ao término da visita
5. Ser atendido(a) com gentileza na recepção da UTI
6. Perceber que a equipe tem paciência para ouvir os familiares
7. Perceber que os profissionais da UTI compreendem a situação que você está passando
8. Perceber que você é atendido(a) com tranquilidade pela equipe
9. Ser permitido maior número de visitantes quando necessário
10. Ter uma conversa com alguém da equipe
11. Perceber que a equipe se interessa se você está preparado(a) emocionalmente para a visita
12. Ser tratado(a) gentilmente pelos profissionais da UTI

## RESULTADOS

### **Caracterização sociodemográfica do familiar e clínica do ente internado.**

Foram entrevistados 250 familiares, a maioria do sexo feminino (75,6%), cuja idade média foi de 40,6 anos ( $\pm 11,9$ ). Predominaram participantes casados ou em união estável (69,2%); da religião católica (59,2%), seguida da evangélica (30,8%); com 2º grau completo (33,2%) e 1º grau incompleto (25,6%); economicamente ativos (60%), sem experiência anterior de ter familiar

internado em UTI (66,4%). A maior parte era filho(a) (44,8%) ou cônjuge (18,4%) do paciente internado, porém apenas 44,8% residiam com ele. O próprio entrevistado era o responsável pela família em 41,2% dos casos. Predominou a procedência de cidades diferentes das que sediavam os hospitais do estudo (40%), seguidas por Salvador (39,6%) e Feira de Santana (20,4%).

Quanto à caracterização dos pacientes, a idade média foi de 55,8 anos ( $\pm 19,0$ ) e o tempo de internação médio, de 8,2 dias ( $\pm 8,4$ ). O diagnóstico médico predominante foi de natureza clínica (50,8%), seguido de cirúrgico (38,0%) e clínico com evolução para cirúrgico (11,2%). Na Tabela 1, observa-se que para 9 das 12 afirmativas, a maioria dos familiares pontuou seu nível de conforto entre muito e totalmente confortável, e a mediana foi de 4, que caracteriza o nível muito confortável. Ainda, para todas essas sentenças, até 75% da amostra pontuou conforto total.

Foram constatadas os seguintes percentuais para os níveis muito e totalmente confortável para estas 9 sentenças: *Ser tratado(a) gentilmente pelos profissionais da UTI* (84,4%), *Ser atendido(a) com gentileza na recepção da UTI* (84,0%), *Perceber que você é atendido(a) com tranquilidade pela equipe* (82,8%), *Perceber que a equipe da UTI oferece informações com boa vontade* (82,0%), *Perceber que a equipe tem paciência para ouvir os familiares* (81,6%), *Perceber que os profissionais não insistem para que você saia logo ao término da visita* (72,8%), *Ter uma conversa com alguém da equipe* (70,8%), *Perceber que os profissionais da UTI compreendem a situação que você está passando* (68,8%) e *Receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI* (68,4%).

Verificou-se que mais da metade da amostra pontuou o nível de nada a mais ou menos confortável para as afirmativas *Sentir que a equipe da UTI se interessa em saber como você está* (66,0%) *Ser permitido maior número de visitantes quando necessário* (53,6%) e *Perceber que a equipe se interessa se você está preparado para a visita* (50,8%). Tais sentenças obtiveram a mediana de 3, ou seja, nível médio de conforto.

Chamou a atenção que até 25% da amostra obteve nível de conforto baixo nas afirmativas *Ser permitido maior número de visitantes quando necessário* e *Perceber que a equipe se interessa se você está preparado para a visita* (1º quartil = 2, ou seja, pouco confortável) e, ainda menor nível para *Sentir que a equipe da UTI se interessa em saber como você está* (1º quartil = 1, ou seja, nada confortável).

O escore global do nível de conforto da amostra foi de: 1º quartil = 3,33 (aproxima-se do nível 3, ou seja, mais ou menos confortável); Mediana = 3,83 e 3º quartil = 4,33 (aproximam-se do nível 4, ou seja, muito confortável).

**Tabela 1-** Nível de conforto dos familiares, segundo as afirmativas relacionadas às práticas de acolhimento da equipe de atendimento hospitalar – Salvador, 2011

AFIRMATIVAS	NC		PC		MMC		MC		TC		Mi IQ [p25-p75]
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
1 (n=250)	19	7,6	22	8,8	38	15,2	84	33,6	87	34,8	4 [3-5]
2 (n=250)	3	1,2	12	4,8	30	12	93	37,2	112	44,8	4 [4-5]
3 (n=250)	81	32,4	34	13,6	50	20	41	16,4	44	17,6	3 [1-4]
4 (n=245*)	15	6	15	6	33	13,2	82	32,8	100	40,0	4 [3-5]
5 (n=250)	3	1,2	11	4,4	26	10,4	100	40	110	44,0	4 [4-5]
6 (n=250)	4	1,6	8	3,2	34	13,6	93	37,2	111	44,4	4 [4-5]
7 (n=250)	14	5,6	24	9,6	40	16	88	35,2	84	33,6	4 [3-5]
8 (n=250)	1	0,4	8	3,2	34	13,6	102	40,8	105	42	4 [4-5]
9 (n=247*)	54	21,6	41	16,4	39	15,6	63	25,2	50	20	3 [2-4]
10 (n=250)	24	9,6	14	5,6	35	14	76	30,4	101	40,4	4 [3-5]
11 (n=248*)	52	20,8	34	13,6	41	16,4	58	23,2	63	25,2	3 [2-5]
12 (n=250)	2	0,8	6	2,4	31	12,4	93	37,2	118	47,2	4 [4-5]

Legenda: NC= Nada Confortável; PC= Pouco Confortável; MMC= Mais ou Menos Confortável; MC= Muito Confortável; TC= Totalmente Confortável.

Mi: mediana. IQR: Intervalo Interquartilico

\* N inferior a 250 devido ao item não ter sido pontuado pelo(s) familiar(es) em razão de não se aplicar a situação por ele(s) vivenciada.

## DISCUSSÃO

Os familiares participantes deste estudo caracterizaram-se predominantemente por serem adultos, com idade média de 40,6 anos, casados ou em união estável, adeptos de uma religião, com escolaridade variada, sem experiência anterior com a internação de familiares em UTI e procedentes de cidades diferentes das quais os hospitais do estudo estavam localizados.

Houve predomínio de mulheres entre os familiares que visitam o paciente internado na UTI. Em revisão de literatura sobre cuidados de saúde no âmbito da família(13), os autores notaram que, nos estudos analisados, a maioria dos entrevistados era do sexo feminino. A figura da mulher como principal cuidadora aparece quase como um consenso na literatura e o cuidado realizado pela mulher é um fenômeno mundial.

O contexto sociocultural salienta a mulher como cuidadora por excelência e as próprias mulheres se auto definem como tal, colocando-se na posição de responsável pelos cuidados prestados à família. Viu-se, também, que a maioria dos familiares eram filhos(as) dos pacientes internados na UTI, seguidos de cônjuges, corroborando dados da literatura, de que as esposas e as filhas são as cuidadoras mais frequentes(13).

Esses familiares enfrentaram, em média, 8,2 dias de internação do paciente, mobilizando-se para atender as demandas da hospitalização e interagir com a situação de ameaça à vida do parente, cujo nível de gravidade foi definido predominante como grave, mas estável no momento da entrevista.

A hospitalização de um familiar na UTI geralmente ocorre de forma imprevista, com pouco tempo para o ajustamento da família. Trata-se de uma situação estressante que leva as pessoas a se sentir desorganizadas, desamparadas e com dificuldades para se mobilizarem para

atender não só as demandas usuais da vida cotidiana, como aquelas decorrentes da hospitalização(14). Cabe destacar que a maioria dos familiares eram mulheres casadas que, de modo geral, em nossa sociedade costumam se responsabilizar pela organização e cuidado da vida familiar.

Em investigações acerca das percepções da enfermeira em relação à família frente à internação do parente na UTI(15-16), os autores constataram a demonstração de bom conhecimento da crise vivida pela família. As preocupações relacionaram-se à qualidade técnica das informações, em detrimento do modo como essas são transmitidas. Para a família, o profissional de saúde representa aquele que, ao *controlar*, de certo modo, a vida de seu familiar, pode prestar-lhe esclarecimentos. Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde acolham os familiares(15), com consciência e respeito por seu nível de ansiedade, devendo fornecer e repetir as informações conforme a necessidade, oferecendo-se para ouvir as dificuldades com o objetivo de facilitar o enfrentamento dessa nova e sofrida experiência(17).

O escore médio do nível de conforto representado pela mediana e terceiro quartil revelou nível alto de conforto entre os familiares entrevistados decorrente das práticas de acolhimento da equipe de atendimento hospitalar. *Perceber que a equipe da UTI oferece informações com boa vontade* foi motivo de muito e total conforto para 82% dos familiares.

A necessidade da maioria dos familiares de obter informações/ conhecimento sobre o que acontece durante a internação está presente na literatura(14). Para se sentirem acolhidos, os familiares necessitam de esclarecimentos sobre as normas e rotinas do hospital(18). Daí a importância da equipe de saúde estar disponível para atender as demandas de informação da família. Todavia, convém destacar que, para o familiar, não basta receber

a informação, é importante o modo como é transmitida, devendo ser acompanhada de gentileza e tranquilidade em gestos e palavras<sup>(15)</sup>.

Os resultados obtidos parecem indicar que as equipes de saúde das UTI estabeleceram estratégias de comunicação sensíveis para acolher os familiares nesse momento de sofrimento. Evidenciaram que gentileza e tranquilidade permearam outras ações desempenhadas pelas diversas categorias de profissionais que atuaram nas UTI. Isto pôde ser percebido tratando-se das afirmativas *Ser atendido(a) com gentileza na recepção da UTI*, *Perceber que você é atendido(a) com tranquilidade pela equipe* e *Ser tratado(a) gentilmente pelos profissionais da UTI*. Mais de 80% pontuaram muito ou totalmente confortável, com mediana de 4 e terceiro quartil de 5. Tais atitudes podem expressar aceitação da família pelas pessoas que trabalham na unidade hospitalar<sup>(14)</sup>.

*Perceber que a equipe tem paciência para ouvir os familiares*, *Ter uma conversa com alguém da equipe* e *Receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI* consistiram em práticas dos profissionais promotoras de conforto para a maioria dos familiares, pois mais de 68% pontuaram o nível muito ou totalmente confortável para essas afirmativas, com mediana de 4.

O acolhimento visa a escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades e o respeito às diferenças, constituindo uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo<sup>(19)</sup>. No momento de crise, ao enfrentar a situação dolorosa de internação de um familiar na UTI, a família necessita de um membro da equipe hospitalar que possa lhe auxiliar<sup>(19)</sup>. O simples fato dos profissionais estarem abertos para ouvir os familiares pode diminuir a angústia sentida por eles.

O encontro terapêutico dá-se na dimensão dialógica, ou seja, pela abertura de um interesse autêntico em ouvir aquele a quem queremos destinar nossas boas práticas e ser por ele ouvido. É no contínuo da interação entre usuários e serviço de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter essa capacidade de escuta entre suas qualidades<sup>(20)</sup>. Não é a escuta, exatamente, o que faz a diferença, mas a sua qualidade. E não se trata de qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza dessa escuta, daquilo que se quer escutar.

A afirmativa *Perceber que os profissionais da UTI compreendem a situação que você está passando* foi considerada por mais de 65% da amostra entre muito e totalmente confortável. Em contrapartida, outras duas afirmativas que também demandavam o estabelecimento de vínculo entre o familiar e a equipe, e que expressavam envolvimento emocional entre eles, resultaram em níveis de conforto mais baixos: *Sentir que a equipe da UTI se interessa por saber como você está* (46% dos familiares referiram

nada e pouco confortável,  $Mi = 3$ ) e *Perceber que a equipe se interessa se você está preparado(a) para a visita* (34,4% entre nada e pouco confortável,  $Mi = 3$ ).

Isso revela que as interações dos profissionais não podem ser pautadas apenas por cordialidade e abordagem superficial dos familiares e muito menos se assentar em ações meramente normativas, sem se preocupar com o real sentimento daqueles que devem ser alvo de suas práticas.

É válido considerar que mecanismos de defesa são desenvolvidos pelos profissionais de saúde diante do sofrimento e que essa pode ser uma das explicações para a superficialidade de seu envolvimento com os familiares. A fragmentação do relacionamento enfermeiro-paciente, a despersonalização e a negação da importância do indivíduo e a racionalização de sentimentos são alguns dos mecanismos de defesa utilizados pelos profissionais<sup>(1)</sup>. No entanto, para os familiares o conforto decorre da interação e das demonstrações afetivas da equipe de saúde.

As visitas na UTI são importantes para garantir o mínimo de proximidade entre o paciente e família, pois a vida em conjunto foi interdita pela hospitalização. Todavia, não é suficiente permitir apenas a entrada da família na UTI, é necessário prepará-la e acompanhá-la durante a visita, identificando e esclarecendo suas dúvidas, observando as reações e os comportamentos e, especialmente, compreendendo seus sentimentos. Os profissionais precisam reconhecer que, nesse momento, a família também está ansiosa, com medo da morte, de se defrontar com a condição de seu parente e com o ambiente da UTI, sofrendo pelo sofrimento do ente, muitas vezes se percebendo sem controle da situação e sem saber como se conduzir durante a visita.

Considerando-se que as práticas de acolhimento ficam suas bases no relacionamento interpessoal e no cuidado humanizado, percebe-se a necessidade de capacitar os profissionais de saúde, técnica e emocionalmente, para o acolhimento nas UTI, a fim de os instrumentalizar e motivá-los a prestar um cuidado sensível às necessidades dos usuários.

Ainda quanto à visita na UTI, merece destaque a importância do trabalho da enfermeira, visto que o processo de visita é geralmente coordenado por ela, cabendo destacar que normas e rotinas hospitalares precisam ser flexibilizadas em razão das necessidades e das justificativas dos familiares, o que inclui em pensar e viabilizar a permanência desses o maior tempo e sempre que possível.

Em estudo sobre o cuidado das enfermeiras com familiares<sup>(17)</sup>, a visita flexível foi a intervenção mais praticada, confirmando-se como meio para a promoção do conforto como descrito em outras investigações<sup>(11)</sup>. Viu-se que 72,8% da amostra considerou-se muito e totalmente confortável ao perceber que os profissionais não insistiam para que saíssem logo ao término da visita.

Em contrapartida, 38% de familiares pontuaram seu nível de conforto entre nada e pouco confortável na afirmativa: *Ser permitido maior número de visitantes quando necessário*. Ações profissionais pautadas estritamente nas normas hospitalares foram classificadas como não humanizadas<sup>(21)</sup> e horários rígidos para a permanência da família na unidade de internação, com limitado espaço físico e indisponibilidade profissional para a família, foram algumas das barreiras encontradas na interação com a equipe, o que demonstra deficiência nas práticas de acolhimento<sup>(22)</sup>.

Apesar de alguns estudos<sup>(14,17)</sup> apontarem para uma melhoria no que diz respeito ao enfoque do cuidado não somente aos pacientes, mas também a seus familiares, fica visível que avanços como o aumento do tempo de visita e outros ainda são insuficientes para promover o conforto dos familiares. Outros fatores ainda demandam melhoria, fatores esses imprescindíveis para que o familiar sinta-se acolhido pela instituição e pela equipe de profissionais que o cercará no período de internação do familiares.

Estudo que objetivou compreender o significado da internação em UTI para os familiares dos pacientes<sup>(21)</sup> mostrou que ainda existe relativamente aos familiares, pouca consideração e acolhimento da parte dos profissionais da saúde, muitas vezes pela dificuldade de articular a sensibilidade com racionalidade, em virtude de sua formação.

Neste estudo, ainda que a maioria dos familiares tenham se sentido muito ou totalmente confortáveis, frente à maioria das afirmativas relacionadas às práticas de acolhimento dos profissionais, é importante ressaltar que em todas as afirmativas houve familiares que referiram estar nada confortáveis, permitindo perceber lacunas que precisam ser preenchidas e que o desafio para investimentos na promoção do conforto deve ser constante e cotidiano.

A equipe de enfermagem exerce papel fundamental no acolhimento, considerando a sua permanência no

hospital durante 24 horas e, portanto, a maior oportunidade de aproximação da família para identificação de suas necessidades. Além disso, é a(o) enfermeira(o) que gerencia a visita na UTI e tem autonomia para flexibilizar normas e rotinas hospitalares. Assim, os profissionais de enfermagem devem ser e estar capacitados para acolher a família e contribuir para a promoção de seu conforto, bem como as instituições hospitalares precisam garantir um quantitativo de profissionais que permita o exercício digno da profissão.

A promoção do conforto por meio de práticas de acolhimento deve ser entendida como um direito da família que tem um parente na UTI, em consonância com a Política Nacional de Humanização do SUS, que aborda o familiar como sujeito das ações de acolhimento, envolvido no projeto terapêutico.

## CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a sensibilidade dos profissionais nas interações com os familiares, considerando a variação do nível de conforto de muito a totalmente confortável na maioria das afirmativas que expressavam práticas de acolhimento da equipe de atendimento hospitalar. No entanto, em três afirmativas, mais da metade da amostra pontuou seu nível de conforto entre nada a mais ou menos confortável, evidenciando a necessidade de demonstrações de interesse por essa equipe sobre a condição do familiar nesse contexto e de flexibilidade das normas e rotinas hospitalares para garantir o acolhimento.

O estudo aponta para a importância da capacitação técnica e do preparo emocional dos profissionais que trabalham em UTI, com vistas ao acolhimento. A promoção do conforto nessa dimensão demanda a interdisciplinaridade da ação, um trabalho em equipe integrado e assentado em uma filosofia humanística no qual a(o) enfermeira(o) tem importante papel a desempenhar.

## REFERÊNCIAS

1. Mussi FC. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(1):72-81.
2. Kolcaba K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer; 2003.
3. Tutton E, Seers K. An exploration of the concept of comfort. *J Clin Nurs.* 2003;12(5):689-96.
4. Mussi FC, Koizumi MS, Angelo M, Lima MS. Perda da espontaneidade da ação: o desconforto de homens que sofreram infarto agudo do miocárdio. *Rev Esc Enferm USP.* 2002;36(2):115-24.
5. Lourenço EC, Neves EP. As necessidades de cuidado e conforto de visitantes em UTI oncológica: uma proposta fundamentada em dados de pesquisa. *Rev Bras Cancerol.* 2008;54(3):213-20.
6. Ângelo M, Bousso RS, Rossato LM, Damião EBC, Silveira AO, Castilho AMC, et al. Family as an analysis category and research field in nursing. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2011 July 21];43(n.spe2):1337-41. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en\\_a33v43s2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a33v43s2.pdf)
7. Casanova EG, Lopes GT. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(6):831-6.

- 
8. Rangel ML. Desafios e limites de estratégias de promoção da saúde dirigidas à família. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010. Família contemporânea e saúde; p.157-75.
  9. Pinho LB, Santos SMA. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):66-72.
  10. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília; 2006.
  11. Freitas KS, Menezes IG, Mussi FC. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em Unidades de Terapia Intensiva. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(4):896-904.
  12. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3061-8.
  13. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 Supl. 1:1497-508.
  14. Freitas KS, Kimura M, Ferreira KASL. Necessidades de familiares de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. *Rev Latino Am Enferm*. 2007;15(1):84-92.
  15. McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26(5):254-61.
  16. Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung*. 2007;36(5):367-76.
  17. Buckley P, Andrews T. Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011;27(5):263-72.
  18. Prochnow AG, Santos JLG, Pradebon VM, Schimith MD. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(1):11-8.
  19. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):81-9.
  20. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):16-29.
  21. Faquinello P, Higarashi IH, Marcon SS. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(4):609-16.
  22. Bettinelli LA, Rosa J, Erdmann AL. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: experiência de familiares. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(3):377-84.