

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DIOGO DA ROSA VIANA

SATISFAÇÃO, SINTOMAS PSÍQUICOS E QUALIDADE DE VIDA DE
FAMILIARES DE PACIENTES APÓS ALTA DE UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA

Porto Alegre

2021

DIOGO DA ROSA VIANA

**SATISFAÇÃO, SINTOMAS PSÍQUICOS E QUALIDADE DE VIDA DE
FAMILIARES DE PACIENTES APÓS ALTA DE UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Dissertação de Mestrado apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS)

Área de Concentração: Cuidado em
enfermagem e saúde

Linha de pesquisa: Tecnologias do
cuidado em enfermagem e saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Karina de
Oliveira Azzolin

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

da Rosa, Diogo Viana
SATISFAÇÃO, SINTOMAS PSÍQUICOS E QUALIDADE DE VIDA
DE FAMILIARES DE PACIENTES APÓS ALTA DE UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA / Diogo Viana da Rosa. -- 2021.
80 f.
Orientador: Karina Azzolin de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. Família. 2. Satisfação do Paciente. 3. Unidade de
Terapia Intensiva. I. de Oliveira, Karina Azzolin,
orient. II. Título.

DIOGO DA ROSA VIANA

**SATISFAÇÃO, SINTOMAS PSÍQUICOS E QUALIDADE DE VIDA DE
FAMILIARES DE PACIENTES APÓS ALTA DE UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 02 de junho de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Karina de Oliveira Anzolin

Presidente da Banca - Orientadora

PPGEN/UFRGS



Prof. Dr. Juliana Petri Tavares

Membro da banca

PPGEN/UFRGS



Dr. Cassiano Teixeira

Membro da banca

HCPA



Dra. Isis Marques Severo

Membro da banca

Enfermeira Assistencial do Centro de Terapia Intensiva Adulto do - HCPA

Resumo

Introdução: A satisfação do paciente e da família é reconhecida como domínio essencial da qualidade do cuidado na unidade de terapia intensiva. As necessidades e o grau de satisfação dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) tornam-se parte essencial dos cuidados dos profissionais de saúde, que têm, entre seu compromisso com o cuidado, diminuir a dor e o sofrimento daqueles que possuem um familiar criticamente enfermo. **Objetivo geral:** Analisar a satisfação dos familiares de pacientes internados em uma UTI. **Objetivos específicos:** Comparar sintomas de ansiedade e depressão, sintomas de estresse pós-traumático e qualidade de vida em familiares de pacientes sobreviventes e não sobreviventes após 3 meses da alta da UTI. Avaliar sintomas de ansiedade e depressão, estresse pós-traumático, distúrbios de cognição e qualidade de vida em pacientes após 3 meses da alta da UTI. **Métodos:** Estudo com delineamento longitudinal prospectivo, desenvolvido em duas UTI de um hospital público e universitário do sul do Brasil. A amostra foi composta por pacientes que permaneceram por pelo menos 48 horas na UTI e seus familiares próximos. Após a alta, em um período de até 96 horas, o paciente e seu familiar foram abordados na unidade de internação pela equipe da pesquisa. A satisfação dos familiares foi avaliada pelo FS-ICU 24. Os desfechos avaliados em pacientes foram qualidade de vida relacionada à saúde (EQ-5D-3L), disfunção cognitiva (MoCA), sintomas de ansiedade e depressão (HADS A e D) e estresse pós-traumático (IES-6). Em familiares foram avaliados sintomas de ansiedade e depressão (HADS A e D) e sintomas de estresse pós-traumático (IES-6), e qualidade de vida relacionada à saúde (EQ-5D-3L). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, número 3.058.810. **Resultados:** Foram avaliados 69 pacientes e 73 familiares. Nos pacientes predominaram o sexo feminino 42 (62,70%), com idade média de 56,03±15,49 anos. Após três meses da alta da UTI, 22 pacientes foram a óbito, os sobreviventes apresentaram prejuízo da cognição, e ausência de sintomas de ansiedade e depressão (HADS A e D 5,10±3,46 e 5,97±3,77, respectivamente) e piores índices qualidade de vida. Na amostra de familiares a média de idade foi de 48,65±13,80, prevalecendo sexo feminino em 58 (79,5%), filhos (38,4%) e cônjuges (38,4%). A satisfação dos familiares foi de 76,47%, ou seja, considerada satisfatória. Quanto à avaliação destes familiares 3 meses após a alta da UTI, houveram 16 familiares de pacientes não sobreviventes. Destes, houve diferença significativa em relação aos sintomas de depressão (HADS D) 10,50 (7,25-12,0) versus 3,0 (2,0-80), (p=0,049), estresse pós-traumático 11,19±3,17 versus 6,13±3,74, p=0,000, e qualidade de vida, que apresentou diferença significativa nos itens “problemas com cuidados pessoais”, p=0,007 e “ansiedade e depressão”, p=0,009, quando comparados familiares de pacientes não sobreviventes e sobreviventes. Já os sintomas de ansiedade avaliados pelo HADS A não demonstraram diferença significativa entre os familiares (p=0,077). **Conclusão:** A satisfação com os cuidados foi satisfatória entre os familiares. Entre familiares de pacientes não sobreviventes e sobreviventes, os que perderam seus entes estavam mais deprimidos, mas estressados e com piores escores de qualidade de vida. Também os pacientes tiveram prejuízos cognitivos, 3 meses após alta da UTI.

Descritores: Satisfação do Paciente. Família. Unidades de Terapia Intensiva.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Perfil dos pacientes críticos atendidos.....	45
Tabela 2: Avaliação da função/declínio cognitivo em pacientes sobreviventes após 3 meses da alta da UTI.....	47
Tabela 3: Avaliação de sintomas de ansiedade, depressão, estresse pós traumático e qualidade de vida dos pacientes críticos 3 meses pós-alta da UTI	48
Tabela 4: Perfil dos familiares de pacientes críticos.....	50
Tabela 5: Satisfação de familiares de pacientes após internação em UTI.....	51
Tabela 6: Escores finais de satisfação familiar pelo FS-CU24.....	54
Tabela 7: Avaliação dos sintomas de Ansiedade e Depressão através da HADS entre familiares de pacientes críticos.....	54
Tabela 8: Avaliação dos desfechos citados através da Escala de Impacto de Evento.....	55
Tabela 9: Avaliação da qualidade de vida através do EQ5D3L entre familiares de pacientes críticos.....	55
Figura 1. Percentual de UTIs no Brasil.....	28
Figura 2: Fases do estudo.....	35

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2.OBJETIVO.....	13
2.1 Objetivos Gerais.....	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 Unidade de Terapia Intensiva.....	16
3.2 Caracterização dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva.....	19
3.3 Percepção dos familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva..	21
3.4 Desfechos clínicos do paciente crítico: Intra e extra UTI.....	22
4 MÉTODO.....	27
4.1 Tipo de estudo.....	27
4.2 Local do estudo.....	27
4.3 População e Amostra	28
4.4 Procedimento de coleta de dados.....	29
4.5 Desfechos do Estudo.....	30
4.6 Instrumentos utilizados para avaliação dos desfechos	31
5. Análise Estatística.....	32
6. Aspectos Éticos.....	34
7.RESULTADOS.....	35
8. DISCUSSÃO.....	51
9. CONCLUSÃO.....	57
10. REFERÊNCIAS.....	58
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	

(TCLE) 1	64
ANEXO: FS-ICU24.....	66
ANEXO 1: MoCA.....	73
ANEXO 2: IES-6.....	74
ANEXO 3 : HADS.....	75
ANEXO 4: EQ-5D.....	77
ANEXO 5: PARECER CONSUBISTANCIADO DO CEP	78

LISTA DE ABREVIATURAS

ASA Associação Americana de Anestesiologia

CCFSS Satisfação da Família em Cuidados Críticos no Intensivo

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CER Centro Estadual de Regulação

COMPESQ Comissão de Pesquisa

COMPESQ Comissão de Pesquisa em Enfermagem

CPS Cuidados Paliativos

CRM Cirurgia de Revascularização do Miocárdio

CTI Centro de Terapia Intensiva

FS-ICU Family Satisfaction in the Intensive Care Unit

HADS Hospital Anxiety and Depression Scale

HCPA Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IB Índice de Barthel

IRA Insuficiência Renal Aguda

IRC Insuficiência Renal Crônica

JCI Joint Commission International

MEC Ministério da Educação

MOCA Montreal Cognitive Assessment

NBR Normas Brasileiras de Regulação

OMS Organização Mundial da Saúde

PNH Programa Nacional de Humanização

RBTI Revista Brasileira de Terapia Intensiva

RNTI Registro Nacional de Terapia Intensiva

RNTI Registro Nacional de Terapia Intensiva

SPSS Statistical Package for the Social Sciences

SUS Sistema Único de Saúde

UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UTI Unidade de Terapia Intensiva

1 INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é dotada de recursos humanos adequados para manter a vida e a recuperação da saúde e demanda um alto custo devido à diversidade de recursos tecnológicos, com espaço físico distinto e avaliação clínica multiprofissional (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015). O paciente crítico é definido pela Sociedade Americana de Terapia Intensiva como aquele fisiologicamente instável, requerendo suporte avançado de vida e avaliação clínica cuidadosa com ajustes de terapia contínua (LARA *et al.*, 2016).

Os avanços tecnológicos e o aumento da sobrevida dos pacientes não têm sido suficientes para manter a satisfação em relação aos cuidados na área de saúde. A UTI é o ambiente que concentra o maior número de recursos para o cuidado de pacientes gravemente doentes. No entanto, nem sempre se oferece condições de conforto, atenção e informações aos pacientes e seus familiares (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015).

Por isso, iniciaram-se estratégias governamentais, a partir da publicação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em 2001, sendo este modificado em 2003 para Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2010). Essas diretrizes visam acolher o paciente e seus familiares ao adentrar em um serviço tão complexo como a UTI, pois é a partir do tratamento respeitoso que se iniciam e estreitam laços importantes em situações estressoras da vida, nas quais mesmo um simples local de espera pode tornar-se acolhedor (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

A crescente inclusão de familiares no ambiente da UTI vem mudando rotinas e conceitos. Um destes conceitos, o *bundle* ABCDEF, sendo assim a letra A: Avaliação e

manejo da dor; B: Verificação da ventilação; C: Tentativa de acordar; D: Analgesia e sedação; E: Avaliação do delirium e mobilização precoce e F: Empoderamento da família, recentemente vem sendo chamado de ABCDEF, sendo “F” referente ao engajamento e empoderamento da família durante a tomada de decisões e, oportunamente, no auxílio com os cuidados do paciente (SOUZA; AZZOLIN; FERNANDES, 2018).

Estudo de coorte prospectivo, realizado em sete UTIs da Califórnia, avaliou a implementação do *bundle* ABCDEF, sua adesão por parte dos profissionais e a associação com desfechos de delirium, coma e sobrevivência da internação em UTI. Como resultado, níveis crescentes de adesão ao *bundle* ABCDEF, até sua totalidade, foram associados há mais dias livres de coma e delirium, bem como maior sobrevivência à doença crítica (BARNES-DALY; PHILLIPS; ELY, 2017).

Sendo assim, a interação entre equipe assistencial e o paciente-família, bem como a sua influência nos desfechos em UTI e pós-UTI, tem sido alvo de investigação em estudos clínicos. Intervenções que visam à melhoria da comunicação e das informações transmitidas, como o uso de diários de UTI, programas estruturados de comunicação e presença familiar em *rounds* multidisciplinares e diários de campos vêm sendo estudadas quanto à sua relação com desfechos em pacientes e seus familiares, podendo reduzir os sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (GARROUSTE-ORGEAS *et al.*, 2019).

A memória traumática é um registro neurológico do trauma, o qual, não é compreendido como uma memória de qualquer tipo de evento estressor, mas, necessariamente, é um registro cognitivo revestido de conteúdo emocional gerado por um evento extremo de ameaça à vida. Alguns estudos sobre o transtorno de estresse

pós-traumático (TEPT) em pacientes após UTI classificaram as memórias do período de internação em memórias reais, memórias de sentimentos e memórias ilusórias, sendo que as memórias ilusórias demonstraram forte correlação à formação da memória traumática e TEPT (CAUBY.,2010).

Estudo recente traz a análise da satisfação, a compreensão e os sintomas de ansiedade e depressão nas famílias de pacientes admitidos na UTI de um hospital público. Os resultados mostraram que apenas 2,9% dos familiares relataram dificuldade na falta de compreensão do motivo da internação na UTI, e 5,7% não compreenderam o tratamento instituído. A dificuldade maior foi em relação ao prognóstico, 37,1% dos familiares estavam com errôneas expectativas em relação ao desfecho na UTI e 25,7% apresentaram discordância em relação às expectativas médicas (MIDEGA; OLIVEIRA; FUMIS, 2019).

Nesse sentido, há necessidade de ampliar as possibilidades de comunicação estabelecidas com os familiares, visto que é este recurso que os aproxima dos profissionais de saúde. Torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para apoiar os familiares, mostrando-se dispostos a conversar, resolver dúvidas e atender às solicitações quando for conveniente ao paciente e à própria família.

Frente ao exposto, este estudo torna-se relevante considerando a alta incidência de pacientes internados em UTI, os altos custos institucionais, a falta de um consenso quanto à participação da família nos cuidados críticos e as consequências negativas da internação em terapia intensiva para o paciente e família a curta e em longo prazo.

Portanto, tem-se a questão de pesquisa: analisar a satisfação dos familiares de pacientes após internação em unidade de terapia intensiva e avaliar sintomas de ansiedade e depressão, sintomas de estresse pós-traumático e qualidade de vida nestes

pacientes e familiares de pacientes sobreviventes e não sobreviventes após 3 meses da alta da UTI.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a satisfação dos familiares de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva.

2.2 Objetivos específicos

Comparar sintomas de ansiedade e depressão, sintomas de estresse pós-traumático e qualidade de vida em familiares de pacientes sobreviventes e não sobreviventes após 3 meses da alta da UTI.

Avaliar sintomas de ansiedade e depressão, estresse pós-traumático, distúrbios de cognição e qualidade de vida em pacientes após 3 meses da alta da UTI.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Unidade de Terapia Intensiva

O conceito de Terapia Intensiva surgiu no conflito da Crimeia, quando *Florence Nightingale*, em Scutari (Turquia), atendeu, junto a um grupo de enfermeiras, soldados britânicos seriamente feridos, com procedimentos padronizados para cuidados, isolamento e prevenção de infecções (SOUZA; AZZOLIN; FERNANDES, 2018).

A forte influência do culto ao desenvolvimento tecnológico e ao saber científico distanciou nossas UTIs do valor humanista de singularidade do sujeito, fundamental para a atenção à saúde. Os princípios desse movimento estabelecem ações de alcance ao paciente, familiares, profissionais da saúde e adequações do ambiente. Na atualidade, as UTIs são vítimas da moderna medicina. O envelhecimento populacional, os pacientes que sobrevivem a doenças previamente fatais e que se tornam cronicamente e gravemente enfermos, tornam-se desafios para o equilíbrio entre a oferta adequada de serviços e o uso racional de recursos (SOUZA; AZZOLIN; FERNANDES, 2018).

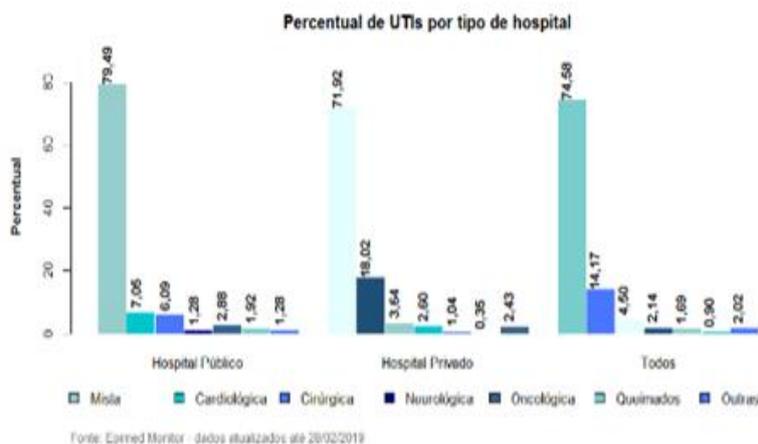
A UTI existente nos hospitais é destinada ao acolhimento de pacientes em estado clínico grave com chances de sobrevivência, que requerem monitoramento constante (24 horas) e cuidados complexos, contando com aparato tecnológico e informatizado de ponta, que apresenta ritmo acelerado, com realização de procedimentos agressivos e invasivos, e onde o duelo entre a vida e a morte está presente, sendo a morte, muitas vezes, iminente (SIQUEIRA *et al.*, 2019). Por ter um elevado grau de complexidade, a UTI é um recurso caro dentro do hospital e responde por, pelo menos, 20% dos custos da admissão hospitalar.

A qualidade de vida dos pacientes que sobrevivem à doença crítica aguda é uma preocupação atual dos intensivistas e de governantes de certos países do mundo. O foco tradicional e histórico da terapia intensiva tem sido na redução da mortalidade em curto prazo, porém os sobreviventes apresentam significativa mortalidade a médio e longo prazos, além de apresentarem comorbidades físicas, disfunção cognitiva, depressão e disfunção sexual após a alta da UTI (TEIXEIRA; ROSA, 2018).

O objetivo básico das UTIs é recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes enquanto eles se recuperam. Assim, as UTIs são equipadas com aparelhos capazes de reproduzir as funções vitais dos internados, como respiradores artificiais (por exemplo, a criação e uso destes aparelhos reduziu de 70% para 10% a morte de recém-nascidos) (PESSINI, 2004), aparelhos de hemodiálise, que substituem a função dos rins, e diversos outros.

Situando-se a UTI no nível mais complexo dos serviços hospitalares, apresenta a necessidade de organização e estruturação da assistência de enfermagem, de maneira a contribuir positivamente para a qualidade das ações e segurança do paciente e da equipe multiprofissional. Sendo assim continua sendo a unidade com uma estrutura equipada com tecnologia e capital humano capazes de fornecer tratamento a pacientes graves, com potencial risco de morte (MASSORI, *et al.* 2015).

Abaixo segue a Figura 1, com o percentual de UTIs por tipo de Hospital no Brasil.

Figura 1. Percentual de UTIs no Brasil, 2019

Fonte: Epimed Monitor

Em consulta ao Registro Nacional de Terapia Intensiva (RNTI), o Brasil possui um total de 79,49% de UTIs referentes ao atendimento público disponibilizado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora o atual número de leitos de UTI para adultos regulados pelo Centro Estadual de Regulação (CER) possa se encontrar dentro da faixa advogada pelo Ministério da Saúde com base na população, pelo controle das taxas de chegada (entrada) e serviço (saída) do sistema (GOLDWASSER *et al.*, 2018).

Utilizando os parâmetros recomendados pela Portaria GM/MS nº 1101/2002, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), considerando que 80% da população brasileira é usuária do SUS, o que equivale a atualmente a aproximadamente 155 milhões de habitantes, seriam necessários atualmente 15.498 leitos de UTI para atender ao mínimo preconizado pela referida portaria, que é de 4% do número de leitos hospitalares necessários. Nesse sentido, conforme os números apresentados, o Brasil possui uma cobertura hospitalar, no que se refere a leitos de UTI de 4,5% (BRASIL,

2009).

No entanto, se considerarmos a população total brasileira, que é de aproximadamente 200 milhões de habitantes, bem como considerando o total de leitos de UTI existentes, que atualmente é de 27.737 leitos de UTI (SUS e não SUS), a cobertura assistencial é de 5,72% (BRASIL, 2012).

3.2 Caracterizações dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva

O envelhecimento da população, associado ao aumento da expectativa de vida agregado ao avanço tecnológico do mundo atual proporcionaram uma mudança do perfil dos pacientes que são internados em UTI (SANTOS *et al.*, 2018). Contudo, em função da maior tecnologia envolvida no cuidado, a UTI é vulnerável à ocorrência de incidentes que, se estudados e analisados, podem contribuir para a melhoria da assistência à saúde.

A alta tecnologia disponível nesse ambiente gera uma grande quantidade de estímulos para o paciente, também podendo ser um fator estressor. Destacam-se, ainda, em relação ao ambiente físico e social, desencadeando o estresse para o paciente: camas dispostas próximas umas das outras; expectativa constante de que ocorram emergências; equipamentos posicionados próximos aos leitos e alarmes sonoros e luminosos provenientes desses; em sua maioria, janelas que permitam ao paciente acompanhar a evolução do dia; homens e mulheres permanecerem internados no mesmo ambiente, podendo desencadear perda da privacidade (MEMBRIVE *et al.*, 2017).

O conhecimento acerca do perfil do paciente internado na UTI é relevante, na busca de levantar variáveis específicas em um determinado grupo, direcionando o

planejamento da assistência pautada nesse perfil e na identificação de suas necessidades e, conseqüentemente, qualificando a assistência (MELO *et al.*, 2016).

Estudo mais recente, realizado no Rio de Janeiro, mostrou o perfil de pacientes internados na UTI. A idade dos pacientes foi de 69 a 75 anos, com predominância do sexo masculino em 68,5%. Em relação ao motivo da internação, 304 (94,12%) pacientes tiveram indicação clínica, 12 (3,66%) foram internados para cirurgia eletiva e sete (2,13%), para cirurgia de urgência ou emergência. A média de permanência na unidade foi de sete dias. O desfecho na unidade foi de alta para 295 (91,33%) pacientes e 28 (8,67%) pacientes foram a óbito (MELO *et al.*, 2016).

Com relação ao desfecho clínico, o principal foi óbito, em 49,8% dos pacientes. 45,3% deram alta para unidades de internação e somente 2% foram transferidos para outra instituição. Nota-se que os valores se aproximaram em relação ao óbito e transferência intra-hospitalar, porém, ainda houve uma pequena diferença, se sobressaindo os óbitos (MELO *et al.*, 2016).

A caracterização de pacientes críticos internados em UTI pode auxiliar nas diretrizes das admissões e altas dessa unidade, pois o conhecimento do perfil desses pacientes favorece o estabelecimento de critérios objetivos para essa finalidade (MELO *et al.*, 2016). Manter a integralidade da assistência em uma UTI é, portanto, um grande desafio para a equipe de saúde. Diante da ambivalência entre tecnologia e cuidado humanizado, é importante considerar se os pacientes sentem-se amparados como necessitam, durante os frágeis momentos de uma internação (MEMBRIVE *et al.*, 2017).

Ainda quanto à instituição de tratamento intensivo, há a discussão sobre metas de atendimento e a adequada comunicação acerca da mudança do plano terapêutico de

curativo/restaurativo para paliativo preferencial ou exclusivo.

A mortalidade nas unidades de terapia intensiva permanece elevada, e as equipes de profissionais de saúde das UTIs constantemente enfrentam situações complexas, nas quais o tratamento e as medidas de suporte avançado de vida não atingem os objetivos de evitar a morte, nem respeitam a vontade dos pacientes e seus familiares. Precisamos estar preparados para discutir com os pacientes e suas famílias as limitações da tecnologia para curar e também proporcionar cuidados de conforto. Muitos casos precisarão de cuidados paliativos fornecidos por uma equipe de suporte, além dos hospitais desenvolverem protocolos para situações de conflito que envolva as especialidades (COELHO; YANKASKAS, 2017).

3.3 Percepções dos familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva

A família deve ser considerada como extensão do paciente, sendo responsabilidade da equipe de saúde zelar pelo cuidado assistencial desta, através do fornecimento de orientações, informações e suporte emocional. Para isso, torna-se fundamental conhecer suas demandas, expectativas e dificuldades associadas à vivência da hospitalização (MADUREIRA *et al.*, 2019).

Reconhecendo as inúmeras mudanças na nossa sociedade, principalmente no acesso aos serviços de saúde, a família ocupa o principal papel de cuidador em situações de doença e a principal fonte de suporte socioemocional do indivíduo, sendo ela, também, o amortecedor do impacto das transformações sociais (MADUREIRA *et al.*, 2019).

Os familiares de pacientes internados na UTI servem como uma valiosa fonte

de informação. Confirma-se que, em condições de cuidados críticos, o tratamento do paciente tem um impacto direto na satisfação dos familiares, e isto pode ser utilizado como uma medida alternativa da satisfação do paciente em condições de UTI. Quando os pacientes são admitidos à UTI em razão de uma condição clínica aguda, seus familiares experimentam estresse psicológico, distúrbios emocionais, choque, depressão e ansiedade. Apesar dos desafios que enfrentam, os familiares são particularmente fornecedores essenciais de apoio para os pacientes e desempenham um importante papel em sua recuperação (MAHROUS., 2017).

O equilíbrio familiar é alterado pela doença grave, pois isto é visto como um evento catastrófico gerador de sentimentos de medo, choque e descrença. A família, assim como o paciente, sofre com a ruptura de sua rotina e de seu ambiente, pela percepção da desagregação familiar e da descontinuidade de sua história de vida. O tratamento impessoal dado pela equipe, à exclusão da rotina hospitalar e a uniformização no tratamento dos pacientes podem gerar na família a sensação de perda de controle, despersonalização dos mecanismos de defesa, sentimento de abandono e confusão cognitiva (SOUZA., 2015).

A importância da satisfação dos familiares com os cuidados ao paciente. Estudo indica que atender às necessidades dos familiares resulta na qualidade do cuidado prestado ao paciente. Ademais, múltiplos estudos descrevem a satisfação dos familiares com os cuidados que seus parentes estão recebendo na UTI. Estudo realizado na Austrália revelou que atender às necessidades dos familiares do paciente os torna mais propensos a tomar parte dos cuidados dele após a alta (MAHROUS, 2017).

O índice mais elevado de satisfação dos familiares com a UTI associa-se

diversos domínios de uma melhor cultura de organização e segurança. Tem se procurado estudar os fatores considerados estressantes para os pacientes e profissionais de saúde que trabalham nesse ambiente e, mais recentemente, alguns autores têm buscado avaliar as necessidades dos familiares e acompanhantes dos pacientes internados. Sabe-se que ocorre um elevado nível de estresse nas condições de trabalho da UTI e estas condições contribuem para o sofrimento diário da equipe e/ou pacientes. A reação do estresse associado ao trabalho distancia os profissionais e o restante da equipe diretamente envolvida no cuidado. Porém, isto pode levar a uma queda da qualidade dos cuidados fornecidos ao paciente e/ou aos seus familiares (MAHROUS, 2017).

Contudo, a enfermagem necessita de meios para minimizar e preservar a saúde física e mental desses familiares. Ademais, a participação do enfermeiro no processo de escuta e acolhimento é o elo entre a família e os outros membros da equipe de saúde, permitindo que o paciente e a família se ajustem ao seu novo modo de vida, aumentando assim a sua total reabilitação. Em geral, quando a equipe de enfermagem se comunica com familiares de pacientes internados em uma UTI, deve considerar fornecer a informação em local físico adequado (não nos corredores ou no coletivo), ouvindo atentamente e com tempo suficiente para todas as dúvidas e questionamentos (FERNANDES; KOMESSU, 2013).

Faz-se necessário o uso de linguagem coloquial, tanto quanto possível, para que a família possa compreender o estado de saúde do paciente hospitalizado, e mostrar empatia. Da mesma forma, o cuidado e a atenção ao paciente e sua família devem ser realizados não de maneira solicitada, mas de maneira diária, contínua, sempre pensando o outro como ser humano (MIRANDA *et al.*, 2012).

3.4 Desfechos clínicos do paciente crítico: Intra e extra UTI

Almejando definir estratégias para aprimorar os desfechos dos pacientes críticos, um estudo buscou examinar os fatores clínicos e cirúrgicos envolvidos na maior incidência de complicações e morte. Situações de risco, como pré-operatórias, anemia, Insuficiência renal aguda (IRA) ou insuficiência renal crônica (IRC) e sepse, tornaram os pacientes mais suscetíveis ao óbito, de modo que os doentes com essas comorbidades podem configurar um grupo-alvo para intervenção. A anemia é achada prevalente em pacientes críticos (cerca de 60% dos admitidos na UTI). Ainda, uma revisão sistemática demonstrou que a instabilidade hemodinâmica e hipoperfusão tecidual no paciente crítico são fatores de risco independentes para óbito desses indivíduos (STAHLSCHMIDT *et al.*, 2018).

Há alta mortalidade pós-operatória, intra-hospitalar em pacientes submetidos a cirurgias não eletivas (14,4%). Os dados encontrados são compatíveis com os da literatura nacional sobre pacientes graves, internados em UTI no pós-operatório de cirurgias não cardíacas. Esse resultado reflete a alta complexidade da população atendida (45,4% dos pacientes com escore ASA \geq III) e espelha a dificuldade de acesso e diagnóstico precoce de doenças cirúrgicas na população atendida pelo SUS no Brasil (STAHLSCHMIDT *et al.*, 2018).

Em outro estudo, a alta prevalência de sepse entre os pacientes que faleceram (44,4%) corrobora o perfil de pacientes atendidos na sala de urgência deste hospital, que não inclui trauma. Os resultados encontrados são compatíveis com outros estudos brasileiros, com taxas de até 73% de sepse entre os óbitos e alta prevalência de disfunção de múltiplos órgãos e sistemas secundários a essa condição. A fim de minimizar esse desfecho, a administração de antibióticos precocemente e a busca da

ressuscitação nas primeiras horas parecem prevenir a hipoperfusão tecidual, que está associada à piora clínica (RHODES *et al.*, 2017). Foi observada alta prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão em familiares de pacientes que se encontravam extremamente graves e com risco de mortalidade.

Dessa forma, os desfechos desfavoráveis, incluem questões relacionadas ao prognóstico; 37,1% dos familiares estavam com errôneas expectativas em relação ao desfecho na UTI, e 25,7% dos familiares apresentaram discordância em relação às expectativas médicas, além de à incapacidade funcional e à morte (MIDEGA; OLIVEIRA; FUMIS, 2019).

O paciente crítico, após alta da UTI, pode manifestar alterações de ordem física, cognitiva e psiquiátrica, que resultam em recuperação prolongada, aumento do consumo de recursos em saúde e, possivelmente, redução de qualidade de vida (ROBINSON *et al.*, 2019).

Em concordância com estudos prévios, à satisfação da família não depende do desfecho do paciente. Diante do pior desfecho na UTI, os principais determinantes para satisfação são a comunicação efetiva e o suporte recebido na UTI. São importantes o acolhimento, a comunicação efetiva e as boas decisões tomadas, para suprir as necessidades da família nos piores momentos. É preciso dedicar mais tempo para escutar a família; dar informações completas e claras na UTI; demonstrar respeito, compaixão, empatia com os sentimentos e crenças do familiar; ser acessível e acolhedor; e não utilizar termos técnicos e sofisticados na conferência com a família (MIDEGA; OLIVEIRA; FUMIS, 2019).

No entanto, enquanto o comportamento dos pacientes em relação à gravidade na classificação corresponde a uma distribuição equivalente no tempo de internação e

desfecho (alta e óbito) em Portugal, a maioria dos pacientes teve alta no Brasil, indicando que casos menos graves têm menos tempo de internação em nosso país (GUEDES *et al.*, 2017).

Outro fator que contribui para um maior tempo de permanência na UTI é o uso prolongado de dispositivos invasivos, como o dreno de tórax. Nesta casuística, o tempo de permanência do dreno foi de $51,43 \pm 27,57$ horas, ficando um pouco acima do referido estudo. Sabe-se que é difícil prever o momento da retirada, pois os fatores que influenciam são multifatoriais, não havendo, assim, dados suficientes sobre o momento ideal da retirada do dreno. Já o sangramento configurou-se como a segunda intercorrência mais frequente. O sangramento é um dos principais desfechos e necessita ser diferenciado quanto à sua etiologia: se é devido a distúrbio de coagulação ou por hemostasia cirúrgica inadequada. Esta complicação é considerada importante, pois ocorre em torno de 10% dos casos (SANTOS *et al.*, 2016).

Contudo, a estabilidade fisiológica dos pacientes associada às suas dimensões psicossociais é fundamental para a sua alta da UTI. Ademais, pacientes críticos, com repercussões orgânicas, modificam de diversas formas o seu perfil clínico. Esse fato exige a necessidade de cuidados intensivos, a fim de se estabelecer uma boa recuperação hemodinâmica dos pacientes.

4 MÉTODO

4.1 Desenho de estudo

Por ser um estudo observacional, a sua descrição, deve estar embasada na diretriz do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) em todas as suas etapas, aninhado a um projeto maior denominado “Avaliação do impacto da implementação de um programa de cuidados centrados nos pacientes criticamente enfermos e seus familiares em desfecho clínico: estudo antes e depois”.

4.2 Contexto do Estudo

O cenário do estudo foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O HCPA é hospital público e universitário, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). É certificado pela Acreditação Internacional da *Joint Commission International* (JCI), conquistada em 2013 e 2017, de forma pioneira dentre os hospitais universitários brasileiros. Esta certificação representa a adequação aos padrões internacionais de atendimento, gestão, infraestrutura e qualificação profissional, com foco na qualidade e segurança de pacientes e profissionais (HCPA,2018).

O centro de terapia intensiva possui três áreas de assistência específicas, sendo elas divididas em Área 1, Área 2 e cardíaca. A Área 1 destina-se aos pacientes críticos, em situação aguda, que necessitem de assistência intensiva. Na área 2 estão localizados os leitos destinados aos pacientes críticos com germes multirresistentes e que necessitam de cuidados intensivos. No ano de 2020, até o momento, foram abertos mais 95 leitos para atendimento de pacientes acometidos pelo COVID-19. As unidades que

foram locais do presente estudo foram as UTIs Área 1 e 2. O horário de visitas no CTI é das 11h às 12h, das 16h30 às 17h (neste horário apenas de segundas a sextas-feiras) e das 20h às 21h. O acesso é feito com o crachá de acompanhante, entregue a um familiar pelo assistente administrativo (HCPA., 2021).

A instituição presta atendimento, em sua maioria, para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), provenientes de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Estado do Rio Grande do Sul.

4.3 PARTICIPANTES E TAMANHO DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva, adultos e seus familiares, sendo que a amostra se compõe por pacientes críticos e familiares que atendam aos seguintes critérios.

4.3.1 Critérios de Inclusão: para pacientes: idade ≥ 18 anos e que tenham permanecido por pelo menos 48 horas na UTI. Para familiares: idade ≥ 18 anos e ser familiar próximo (com procuração judicial, cuidador principal, familiar responsável (preferencialmente nesta ordem: esposo (a), filho (a) adulto (a), pai/mãe, irmão/irmã, avô/avó, neto(a)) de paciente internado na UTI.

4.3.2 Critérios de Exclusão: para pacientes: ter dificuldade de comunicação (afasia, déficit auditivo grave, estar em coma ou *delirium* no dia da alta da UTI, não falar português). Para familiares: dificuldade de comunicação (afasia, déficit auditivo grave, não falar português).

4.3.3 Tamanho Amostral: considerando-se um valor médio de 78,1 pontos como escore de satisfação geral, para se detectar uma diferença de 8 pontos entre os grupos, foram necessários 69 familiares de pacientes internados na UTI, considerados

os familiares e mesmo número de pacientes da primeira fase do estudo original. Considerou-se um α -bicaudal de 0,05 e um poder de 80%.

4.4 Coleta de dados

O estudo foi desenvolvido em duas fases, sendo que na primeira fase os pacientes críticos das UTIs 1 e 2 foram avaliados diariamente quanto à possibilidade de alta das unidades. Pacientes e familiares que preencheram critérios de elegibilidade foram convidados a participar do estudo, sendo os familiares de pacientes ainda internados na UTI e os pacientes após a alta, já na unidade de internação. A primeira fase do estudo foi desenvolvida no período de maio há setembro de 2019;

Após a alta, em um período de até 96 horas, o paciente e seu familiar foram abordados na unidade de internação pela equipe da pesquisa, eram fornecidas informações sobre o estudo e seus objetivos e, posteriormente, apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando item por item para posterior anuência. Após o aceite do paciente/familiar, iniciava-se a entrega dos formulários Satisfação do familiar com os cuidados na Unidade de Terapia Intensiva, cuidados do familiar, além do termo de consentimento livre e esclarecido (Apendice 1).

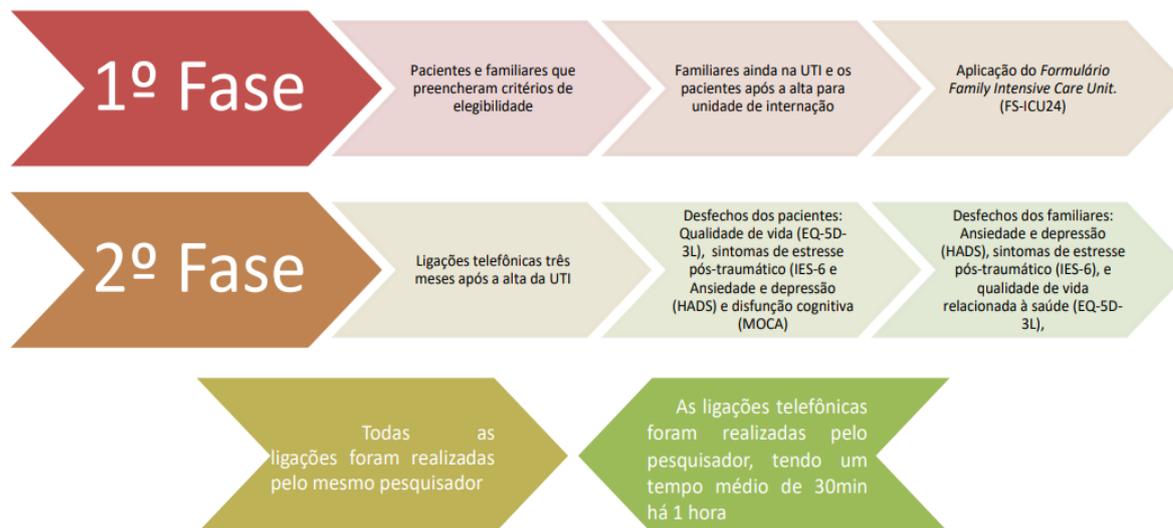
O prazo mínimo para o preenchimento do questionário foi de 24 horas após a entrega, sendo este ampliado sempre que houvesse interesse e solicitação dos familiares e/ou acompanhantes.

A segunda fase da pesquisa foi realizada através de ligação telefônica 3 meses após a alta da UTI, sendo analisado os seguintes desfechos: qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão, estresse pós-traumático de familiares e pacientes e avaliação da função cognitiva de pacientes, através dos instrumentos EQ-5D-3L,

Escala Hospital de Ansiedade e Depressão (HADS), Escala do Impacto do Evento (IES-6) e Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

A seguir, o fluxo de coleta de dados das respectivas fases do estudo:

Figura 2: Fases do estudo



Fonte: Elaborado pelo autor

4.5 Desfechos do Estudo

Para desfechos do estudo, considerou-se: *desfecho primário*: satisfação dos familiares com os cuidados recebidos na UTI, verificada através do formulário *Family Intensive Care Unit* (FS-ICU24) durante a internação hospitalar; e os *desfechos secundários*; cognição, sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático e qualidade de vida, avaliados 3 meses após a alta hospitalar:

Em pacientes: disfunção cognitiva (verificada pela escala *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA)), sintomas de ansiedade e depressão (verificados pela escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)), sintomas de estresse pós-traumático (verificados pela escala IES-6) e qualidade de vida relacionada à saúde (avaliada pelo questionário EQ-5D-3L), aferidos 3 (três) meses após alta da UTI através de entrevista

telefônica estruturada.

Em familiares: sintomas de ansiedade e depressão (verificados pela escala HADS), sintomas de estresse pós-traumático (verificados pela escala IES-6), e qualidade de vida relacionada à saúde (avaliada pelo questionário EQ-5D-3L), aferidos 3 meses após alta da UTI do paciente através de entrevista telefônica estruturada.

4.6 Instrumentos utilizados para avaliação dos desfechos

Dito isso, destacam-se os instrumentos utilizados para a avaliação dos desfechos.

4.6.1 Family Intensive Care Unit (FS-ICU24): a aplicação aos familiares utilizou-se para os propósitos da pesquisa a versão do FS-ICU 24 estruturada em duas seções: os cuidados prestados pela equipe (14 questões) e a satisfação com tomada de decisão (10 questões). O questionário FS-ICU 24 possui uma parte adicional (03 questões) direcionada à avaliação do atendimento em final de vida. O questionário conta também com uma parte inicial de levantamento de dados demográficos, capaz de fornecer o perfil do público entrevistado. A avaliação das respostas foi organizada em Escala Likert, com variação de 1 a 5 pontos para uma escala de 0% a 100%, sendo: 1- excelente (100%), 2- muito bom (75%), 3- bom (50%), 4- médio (25%), 5- pobre (0%).

A apresentação dos resultados ocorreu em frequência absoluta e relativa em cada categoria. A versão inicial era composta por 34 questões, mas anos mais tarde, o questionário passou por uma revisão, a qual originou a versão atual com 24 questões. Esta adaptação recebeu a colaboração de pesquisadores dos Estados Unidos, sendo validada para ambos os países – Canadá e EUA (WALL *et al.*, 2007). A partir desta revisão, definiu-se um escore para mensurar a satisfação em relação aos cuidados, um escore para a participação no processo de tomada de decisão e um escore de satisfação

geral que engloba o cuidado e a tomada de decisão. Além dos três itens avaliados, o instrumento também prevê um escore e questões para avaliar familiares. Não foi validado para o português do Brasil.

4.6.2 Montreal Cognitive Assessment (MoCA): é constituído por um protocolo de uma página, cujo tempo de aplicação é de, aproximadamente, 10 minutos, e por um manual onde são explicitadas as instruções de modo objetivo. Com uma pontuação máxima de 30 pontos, o MoCA avalia oito domínios cognitivos: visoespacial, nomeação, memória, atenção, linguagem, abstração, evocação tardia e orientação, contemplando diversas tarefas em cada domínio. Quanto maior a pontuação melhor. A versão final deste instrumento representa um método rápido, prático e eficaz na distinção entre desempenhos de adultos com envelhecimento cognitivo normal e adulto com déficit cognitivo. O processo de adaptação do MoCA para a língua portuguesa, descrito neste trabalho, procurou seguir as linhas orientadoras propostas na literatura (Freitas *et al*, 2010).

A coleta de dados deste instrumento foi realizada por entrevista telefônica, o que limitou a realização do mesmo na íntegra, portanto, os domínios visoespacial e de nomeação não foram avaliados, além de uma questão do domínio atenção, pois envolvem habilidades a serem avaliadas presencialmente, fazendo com que a pontuação máxima a ser atingida com a soma dos demais domínios seja 21 pontos.

4.6.3 Escala do Impacto do Evento (IES-6): a Escala do evento resumida é uma escala do tipo Likert no qual o indivíduo responde às questões baseando-se nos 7 dias anteriores à aplicação da escala e desenvolvida para autoaplicação. É composta de 22 itens distribuídos em 3 subescalas (evitação, intrusão e hiperestimulação) que contemplam os critérios de avaliação de transtorno do estresse pós-traumático. O escore

para cada questão varia de 0 a 4 pontos e o cálculo do escore de cada subescala é obtido por meio da média dos itens. O escore total é a soma dos escores das subescalas. Sendo assim o valor somatório no final irá apresentar o valor e a indicação, se o paciente apresentou ou não estresse pós-traumático. Esta escala foi validada para o português do Brasil (Thoresen *et al*, 2010).

4.6.4 Escala Hospital de Ansiedade e Depressão (HADS): a HADS contém 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala varia de 0 a 21. É um instrumento mais apropriado para aplicação em pacientes hospitalizados e permite avaliar a ansiedade e a depressão mantendo o raciocínio que encara os estados de humor como conceitos distintos e, além disso, é uma escala de fácil manuseio e de rápida execução, podendo ser realizada pelo paciente ou pelo entrevistador (Marcolino *et al*, 2007).

Dos 14 itens, sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala, em que se o escore obtido for de 0 a 7 é improvável, de 8 a 11 é um possível caso, e de 12 a 21 é um caso provável. Esta escala foi validada para o português do Brasil em 2007 (Marcolino *et al*, 2007).

4.6.5 EQ-5D-3L: É um instrumento de medição de autopreenchimento. A descrição do estado de saúde do participante se dá pelo sistema classificativo composto pelos cinco domínios com valores de 1 a 3, para a obtenção de informação sobre o impacto do estado de saúde na vida e na qualidade de vida dos indivíduos. A versão brasileira de adaptação à língua portuguesa do questionário EQ-5D-3L foi finalizada em

rótulos que descrevem os níveis de gravidade de uma dimensão e são usados para fazer parte de uma descrição numérica de um estado de saúde. Tendo propriedades aritméticas e não devem ser usados para derivar uma pontuação resumida. Para obter a pontuação do índice resumido, é necessário um conjunto de valores apropriado, que fornece valores (pesos) para cada descrição do estado de saúde de acordo com as preferências da população geral de um país e região (EUROQOL, 2021).

5. Análise estatística

Os dados foram analisados no programa Software de Estatística Statistics (SPSS) 22.0. As variáveis contínuas foram descritas com média e desvio padrão ou mediana e intervalos interquartis. As variáveis categóricas foram apresentadas com frequências absolutas e relativas. A normalidade dos dados quantitativos foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para comparar os desfechos com as variáveis quantitativas (HADS e IES-6), foi utilizado o Teste T. Os testes de Qui-quadrado com as subescalas da EQ-5D-3L. Em todos os testes foi adotado $p < 0,05$. Dados *missing* não foram computados nas análises.

6. Aspectos Éticos

O projeto maior “A avaliação do impacto da implementação de um programa de cuidados centrados nos pacientes criticamente enfermos e seus familiares em desfechos clínicos: estudo antes e depois”, aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, sob o registro 3.058.810, e este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Portanto, essa pesquisa foi executada seguindo as diretrizes e normas vigentes, regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução nº 466/12 do

Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

7 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em formato de artigo original que será submetido à Revista de Terapia Intensiva (RBTI), motivo pelo qual seguem-se as etapas e regras dessa respectiva revista.

Satisfação, sintomas psíquicos e qualidade de vida de familiares de pacientes após alta de Unidade de Terapia Intensiva

Satisfação, sintomas psíquicos e qualidade de vida de familiares de pacientes críticos após a alta

Diogo da Rosa Viana¹, Luísa Brehm Santana¹, Cristhiane de Souza Silveira¹, Juliana Petri Tavares¹, Paula Pinheiro Berto², Cassiano Teixeira², Karina de Oliveira Azzolin¹

Resumo

Objetivos: Avaliar a satisfação dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) e sintomas de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e qualidade de vida em familiares de pacientes sobreviventes e não sobreviventes após alta. **Métodos:** Estudo longitudinal. Amostra composta por familiares de pacientes com permanência ≥ 48 horas na UTI de um hospital público do sul do Brasil. Coleta de dados realizada em dois momentos: após alta da UTI, no hospital, e após três meses, por ligação telefônica. Os desfechos avaliados foram satisfação do familiar após alta da UTI pelo FS-ICU 24, ansiedade e depressão pelo HADS, estresse pós-traumático pelo IES-6 e qualidade de vida pelo EQ-5D-3L. **Resultados:** Avaliados 73 familiares, com idade de $48,65 \pm 13,80$ anos, 58 (79,5%) do sexo feminino. A satisfação dos familiares foi de 77,42%. Três meses após alta da UTI, foram avaliados 16 familiares de pacientes não sobreviventes e 31 familiares de pacientes sobreviventes. Houve diferença significativa nos sintomas de depressão ($p=0,001$), estresse pós-traumático ($p=0,000$) e qualidade de vida, nos itens “cuidados pessoais” ($p=0,007$) e “ansiedade e depressão” ($p=0,009$), quando comparados familiares de pacientes não sobreviventes e sobreviventes. Já os sintomas de ansiedade não apresentaram diferença significativa ($p=0,095$). **Conclusão:** A satisfação com os cuidados foi satisfatória. Entre familiares de pacientes não sobreviventes e sobreviventes três meses após a alta da UTI, os que perderam seus entes estavam mais deprimidos, estressados e com piores escores de qualidade de vida.

Palavras-chave: Satisfação do Paciente; Relações Profissional-Família; Unidades de Terapia Intensiva; Assistência centrada no paciente; Sintomas psíquicos; Qualidade de Vida.

Keywords: Patient Satisfaction; Professional-Family Relations; Intensive Care Units; Patient-Centered Care; Psychic Symptoms; Quality of Life.

[1] Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

[2] Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Juvenal Alves de Oliveira. nº 1435, apto. 203. Santa Rita – Montenegro.
CEP: 97.510-000.

Telefone para contato: (55) 99660-1109

E-mail: diogoviana95@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Quando um paciente ingressa na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), seus familiares também apresentam risco de perda em sua própria saúde. A incerteza sobre a sobrevivência do paciente ou de sua reabilitação, ambiente inóspito da unidade de terapia intensiva (UTI)¹ e falta de apoio para decisões compartilhadas sobrecarrega a família do doente crítico, com repercussões a curto e médio prazo. Estudos mostram elevadas taxas de sintomas psicológicos nessa população^{1,2}, ansiedade (73%), depressão (35%) e estresse pós-traumático (TEPT) (56%), com consequente perda em sua qualidade de vida (QV)^{3,4}.

A Sociedade Americana de Medicina Intensiva (*Society of Critical Care Medicine - SCCM*) denominou Síndrome de pós UTI da Família (PICS-F) para abordar a carga física, cognitiva e psicológica dessa população, que podem se prolongar a longo prazo após a alta da UTI⁵, com incidência variável entre os estudos - 6-66% nos primeiros 6 meses após a alta UTI⁶.

Alguns estudos relacionam a insatisfação da família com o cuidado crítico e maior incidência de doenças psicológicas pós alta da UTI. Estudo brasileiro apontou maior satisfação da família e menores taxas de ansiedade e depressão com a política de flexibilização das visitas familiares na UTI, provavelmente associado a melhor

comunicação e apoio da equipe assistencial e proximidade do paciente^{1,7,8}. O envolvimento da família na tomada de decisões sobre o tratamento parece ter efeito importante na redução da PICS-F⁹, que é facilitada pela maior presença da família na UTI.

O papel do desfecho do doente sobre a satisfação da família e o surgimento de doenças psicológicas ainda é desconhecido. A literatura é inconclusiva em relação ao desfecho morte sobre o desenvolvimento de PICS-F. Sabe-se que os desfechos pós-UTI nem sempre são dicotômicos, alta ou óbito¹⁰, podendo ser seguidos pelo agravamento de alguma doença de base ou por sequelas da doença crítica.

Estudo mostra que a alta hospitalar do paciente sobrevivente de UTI com limitações funcionais promove um desequilíbrio no sistema familiar⁷ e, conseqüentemente, aumento da PICS-F e diminuição da qualidade de vida^{3,4}. Por outro lado, estudos apontam que familiares de pacientes que morreram apresentam maior risco de sofrimento psicológico⁸; outros estudos não mostram diferença entre os diferentes desfechos⁶.

O objetivo deste estudo é avaliar a satisfação dos familiares de pacientes internados em uma UTI após a alta e comparar sintomas de ansiedade e depressão, estresse pós-traumático e qualidade de vida pós-UTI entre familiares de sobreviventes e não sobreviventes após três meses da alta hospitalar, avaliando o impacto do desfecho na PICS-F.

MÉTODOS

Tipo do Estudo e Local

Trata-se de um estudo com delineamento longitudinal prospectivo, realizado em um hospital público universitário do Sul do Brasil.

População e Amostra

Foram incluídos familiares de pacientes com permanência mínima de 48 horas na UTI, com idade ≥ 18 anos; familiar próximo ou familiar com procuração judicial, cuidador principal, familiar responsável (preferencialmente nesta ordem: esposo(a), filho(a) adulto(a), pai/mãe, irmão/irmã, avô/avó, neto(a)). Foram excluídos familiares com dificuldade de comunicação (afasia, déficit auditivo grave, não falar português).

Considerando-se um valor médio de 78,1 pontos como escore de satisfação geral, para se detectar uma diferença de 8 pontos entre os grupos, foi necessário 65 familiares de pacientes internados na UTI, considerados os familiares da primeira fase do estudo original. Considerou-se um α -bicaudal de 0,05 e um poder de 80%.

Coleta de dados

O estudo foi desenvolvido em duas fases. Na primeira fase, os pacientes críticos das UTIs foram avaliados diariamente quanto à possibilidade de alta das unidades. Familiares que preencheram critérios de elegibilidade foram convidados a participar do estudo, ainda na UTI. Esta fase foi desenvolvida no período de maio a setembro de 2019.

Após a alta, em um período de até 96 horas, os familiares foram abordados na unidade de internação pela equipe de pesquisa. Após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido eram entregues os formulários de pesquisa, com questões de coleta de variáveis sociodemográficas dos familiares e o instrumento *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 24)*¹¹. Este

questionário é estruturado em duas seções: cuidados prestados pela equipe (14 questões) e satisfação com a tomada de decisão (10 questões). Os resultados são obtidos em uma escala Likert, com variação de um a cinco pontos para uma escala de 0% a 100%, sendo: 1- excelente (100%), 2- muito bom (75%), 3- bom (50%), 4- médio (25%), 5- pobre (0%). O prazo médio de retorno dos questionários foi de 24 horas após a entrega, sendo este ampliado sempre que houvesse interesse e solicitação dos familiares.

A segunda fase da pesquisa foi realizada através de ligação telefônica três meses após a alta do paciente da UTI, sendo analisados os seguintes desfechos: qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão e estresse pós-traumático de familiares.

A qualidade de vida foi avaliada através do EQ-5D-3L¹², instrumento composto por cinco escalas (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor e ansiedade ou depressão) com escores de um a três, sendo que quanto maior, mais limitações de saúde. Os sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados através da *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*¹³, composta por duas subescalas para ansiedade e depressão, com sete itens cada, sendo que cada item pode pontuar de zero a três. A pontuação global varia de 0 a 21 em cada subescala, sendo de 0 a 7 improvável, de 8 a 11, possível caso, e de 12 a 21, caso provável. Já o estresse pós-traumático foi avaliado através da Escala do Impacto do Evento resumida (IES-6)¹⁴, composta por 6 itens. A pontuação de cada questão varia de zero a quatro, o escore total é a soma dos resultados das subescalas.

Análise Estatística

A análise foi realizada no programa SPSS versão 22.0.16. As variáveis contínuas foram apresentadas com média e desvio padrão ou mediana e intervalos interquartis e as categóricas com frequências simples e relativas. A normalidade dos dados quantitativos

foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a comparação do IES-6 foi usado o teste t. Para as variáveis quantitativas (HADS e EQ-5D-3L), foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa é vinculada ao projeto “A avaliação do impacto da implementação de um programa de cuidados centrados nos pacientes criticamente enfermos e seus familiares em desfechos clínicos: estudo antes e depois”, aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, sob o registro 3.058.810.

A pesquisa foi executada seguindo as diretrizes e normas vigentes regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado pelos pesquisadores e assinado pelos participantes, sendo em duplicata.

RESULTADOS

Este estudo incluiu 73 familiares, prevalecendo o sexo feminino em 58 (79,5%), com média de idade de $48,65 \pm 13,80$ anos. Destes, 45 (61,64%) eram casados, 41 (57,70%) residiam com o paciente e 59 (83,10%) eram responsáveis pelas decisões relacionadas aos cuidados de saúde do paciente.

A Tabela 2 apresenta a satisfação dos familiares com cada aspecto abordado no instrumento. Nota-se que a satisfação em relação à atmosfera da UTI teve a menor média observada, igual a $53,52 \pm 28,37$.

A satisfação total, com os cuidados e na tomada de decisão dos familiares foram consideradas satisfatórias, como apresentado na Tabela 3.

Na avaliação realizada três meses após a alta dos pacientes da UTI, obtiveram-se respostas de 31 familiares de pacientes sobreviventes e 16 familiares de pacientes não sobreviventes. Ao comparar os resultados, houve diferença significativa nos escores de depressão ($p=0,001$), estresse pós-traumático ($p<0,001$) e nos itens cuidados pessoais ($p=0,007$) e ansiedade e depressão ($p=0,009$) da qualidade de vida (na escala EQ-5D-3L) entre os familiares de pacientes sobreviventes e não sobreviventes. As Tabelas 4 e 5 apresentam a avaliação dos desfechos descritos.

DISCUSSÃO

A satisfação dos familiares de pacientes críticos foi considerada excelente, ou seja, predominaram familiares satisfeitos com os cuidados recebidos na UTI. Estudos prévios que avaliaram a satisfação da família também apresentaram escores semelhantes, variando entre 74,1¹⁵ e 81,5¹⁶, ou seja, de bom a excelente.

Um estudo realizado na Noruega com o objetivo de explorar a satisfação dos familiares com o cuidado e a tomada de decisão durante a permanência na unidade de terapia intensiva mostrou que 64% dos familiares estavam satisfeitos com o cuidado, porém 73% relataram estar insatisfeitos com a comunicação da equipe¹. Outros estudos semelhantes obtiveram escore de satisfação geral de 74,1±15,2¹⁵ e 81,5±14,3¹⁶ e escore de tomada de decisão, 78,0±14,4¹⁵ e 82,0±14,0¹⁶ e respectivamente.

Estes resultados são semelhantes ao presente estudo, em que a satisfação na tomada de decisão obteve média de 77,67±12,2, considerada satisfatória. Nota-se, dessa forma, que, para aferir a importância das decisões de cuidado do paciente na UTI, faz-se necessário verificar esse aspecto sob a ótica da satisfação familiar, porque somente assim compreendem-se amplamente os fatores associados a esse cuidado.

Estudo realizado na Austrália¹⁷ obteve o melhor escore na satisfação com o cuidado, com média de $92,9 \pm 15,7$, já o pior escore foi na tomada de decisão, $81,8 \pm 19,2$. Observa-se o inverso no presente estudo, uma vez que o melhor escore foi na tomada de decisão e o pior nas questões referentes à satisfação com o cuidado. Em contrapartida, é importante observar que, no estudo australiano, por conta da estrutura das UTIs, não se tinha uma privacidade entre o familiar e o seu ente que estava internado, levando a uma insatisfação quanto ao ambiente e a sala de espera da UTI, que foi o item com menor média, $78,8 \pm 25,0$, indo ao encontro do observado no presente estudo, em que a menor média foi em relação à atmosfera da UTI ($53,52 \pm 28,37$).

Uma revisão integrativa brasileira apresentou fatores relacionados à satisfação e insatisfação indicados na validação do FS-ICU 24 no Canadá. Destacaram-se os fatores positivos: qualidade dos profissionais; competências e profissionalismo da equipe; respeito à família e ao paciente. Já os fatores negativos foram: habilidades interpessoais; caracterização dos médicos como rudes, agressivos e insensíveis; e conversas altas e inapropriadas entre os profissionais, como brincadeiras, especialmente da enfermagem⁸.

A revisão também apresentou um estudo da Suécia que avaliou a satisfação relacionada às necessidades de segurança, informação, proximidade, apoio e conforto, através do instrumento *Critical Care Family Satisfaction Survey* (CCFSS). Os participantes apresentaram mais satisfação com o apoio, competência da equipe e qualidade do tratamento e menor satisfação com o conforto, disponibilidade de médicos para conversas e preparação para a transferência do paciente para a UTI⁸. Embora o instrumento do estudo supracitado seja outro, em nossos dados também a satisfação foi maior nos itens de “Preocupação e cuidados com o paciente”.

O registro de insatisfação com as outras variáveis que não envolvem a estrutura

da UTI demonstra a importância atribuída à comunicação, evidenciando sua associação à satisfação com os cuidados, como receber informações claras sobre as condições de saúde do familiar internado na UTI e em relação às atitudes e atenção que os profissionais dispensam¹⁸.

Pela necessidade de os familiares serem informados e esclarecidos, estes se encontram sensíveis ao modo como são acolhidos. No presente estudo a satisfação com a comunicação no subitem “Informações necessárias” obteve uma média de $85,42 \pm 2,13$, no qual são avaliados aspectos da equipe médica e de enfermagem. Além disso, a frequência de comunicação com os enfermeiros e com os médicos foi considerada excelente por 62,5% e 58,3% dos familiares, respectivamente. A comunicação eficaz faz com que os familiares sintam-se amparados e com suas necessidades atendidas, por meio de diálogo sincero e consideração por suas fragilidades⁷. Além disso, maior acesso à informação pode ter um impacto positivo na satisfação dos membros da família e interações com os pacientes e profissionais da UTI¹⁹.

A satisfação da família não parece ser dependente do desfecho do paciente, estudo brasileiro com objetivo de analisar a satisfação, a compreensão e os sintomas de ansiedade e depressão em familiares de pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva também apresentou resultados semelhantes. Diante do pior desfecho na UTI, os principais determinantes para satisfação foram a comunicação efetiva e o suporte recebido, independente do desfecho clínico do paciente².

Embora os desfechos clínicos considerados desfavoráveis, como o óbito, não pareçam influenciar na satisfação dos familiares, estes podem sofrer sintomas de PICS-F, incluindo ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) com diminuição da qualidade de vida⁴.

O tempo prolongado de internação na UTI e as consequências de longo prazo são cada vez mais reconhecidas como um problema em sobreviventes de doenças críticas, tendo como resultado ansiedade, depressão, insônia, dor crônica, fadiga e redução da qualidade de vida dos sobreviventes da UTI, além de alta carga de problemas psicopatológicos pós-UTI²⁰. Estudo evidenciou que 40% dos pacientes apresentavam sintomas crônicos pelo menos 6 meses após alta da UTI²⁰, essas consequências têm um efeito negativo na qualidade de vida e podem levar a sobrecarga dos familiares cuidadores.

As mudanças originárias do impacto provocado pela hospitalização podem afetar a qualidade de vida (QV) dos pacientes e seus familiares. Os desconfortos podem causar uma desestruturação, romper o equilíbrio familiar, bem como afetar as dimensões da vida dos entes durante a internação na (UTI).

Estudo recente identificou nível de QV afetado em todas as dimensões, especialmente em mulheres e naqueles que já possuem problemas de saúde³. A presença de sintomas de ansiedade e estresse pós-traumático entre familiares de pacientes pós UTI levaram a redução de qualidade de vida relacionada à saúde mental⁴.

A avaliação da QV e intervenção com famílias são fundamentais para o progresso da prática e pesquisa dessa importante área de investigação, pois esse conhecimento pode permitir a elaboração de estratégias pela equipe multiprofissional, a fim de fornecer-lhes o suporte para minimizar o risco que o familiar tem de tornar-se um futuro usuário dos serviços de saúde.

As mudanças no funcionamento social criam, nos membros familiares, a necessidade de recorrer a pessoas próximas para obter suporte. Assim, em estudo brasileiro que utilizou o instrumento de avaliação WHOQOL-bref, evidenciou-se que os

familiares obtiveram um nível maior de QV no domínio relações sociais, que está relacionado a manter as relações com as pessoas que os cercam e ter apoio. No entanto, com relação às questões psicossociais, foi evidenciado que os familiares, em decorrência do processo de hospitalização do seu ente, manifestavam cansaço, resultante de noites mal dormidas e acúmulo de funções que antes eram desempenhadas pelo hospitalizado³.

Durante o processo de hospitalização são necessárias tomadas de decisões por parte familiares, estudo realizado na admissão mostrou que 27% relataram ansiedade moderada a grave e 20% relataram depressão moderada a grave. Entre os tomadores de decisão, 10% preencheram os critérios para um diagnóstico provisório de transtorno de estresse pós-traumático. Na admissão, a média para qualidade de vida foi $47,8 \pm 9,91$; ou seja, abaixo da média, que é de $50,0 \pm 10,0^2$.

Uma revisão sistemática recente para avaliação de PICS-F, elegeu 11 estudos, destes apenas dois incluíram parentes de pacientes falecidos, demonstrando dados escassos disponíveis sobre intervenções para prevenção da PICS-F. Percebe-se que a comunicação proativa e o fornecimento de informações parecem essenciais para o tratamento familiar pós-síndrome de terapia intensiva³.

Estudo holandês utilizando a HADS, demonstrou que cerca de um quarto dos familiares relatou um aumento de ansiedade (23,1%) e depressão (24,4%) entre o início do estudo e 3 meses de acompanhamento. Além disso, um em cada seis (17,9%) referiu estresse pós-traumático²¹. Os familiares de pacientes não sobreviventes após três meses, no presente estudo, apresentaram maiores índices de depressão em relação aos familiares de sobreviventes. Estes dados foram corroborados por outro estudo que também mostrou alta prevalência dos sintomas de ansiedade (60%) e de depressão

(54,3%) dos familiares. A depressão não teve diferença significativa entre os grupos, o que difere do presente estudo. Outro fator importante a ser considerado é o sexo feminino, predominante entre a amostra de familiares, e um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão²¹.

Sobre os resultados do presente estudo, a avaliação dos sintomas de estresse pós-traumático, obtidos por intermédio da IES-6, entre familiares de pacientes não sobreviventes e sobreviventes, também apresentou piores escores no primeiro grupo. Os familiares dos não sobreviventes relataram que outros acontecimentos fizeram com que ficassem pensando muito sobre a situação.

Os efeitos negativos da permanência na UTI sobre a saúde psicológica dos familiares não se limitam apenas aos familiares enlutados, portanto, parece que a prática atual de direcionar os membros da família de pacientes não sobreviventes para acompanhamento é insuficiente¹⁹, visto que o nosso sistema de saúde não tem condições de suportar esta demanda, uma vez que nem pacientes críticos têm acesso a atendimento especializado após alta.

Como limitação deste estudo citamos a carência de instrumentos validados para o português do Brasil para avaliar a satisfação da família em terapia intensiva, o que acarreta em uma menor produção para comparação entre estudos sobre a temática. Além disso, os desfechos secundários, presença dos sintomas de ansiedade, depressão e fatores psicossociais não foram avaliados prévios à admissão na UTI.

CONCLUSÃO

Neste estudo a satisfação dos familiares com os cuidados críticos foi considerada

satisfatória após alta da UTI. Foram identificados como aspectos de maior impacto na satisfação os itens “Preocupação e cuidados pela equipe da UTI”, “Cuidados com a família” e “Cuidados da equipe de saúde” mantendo escores acima de 80%, e com pior escore, “Atmosfera da UTI”.

Após três meses da alta da UTI, os familiares de pacientes não sobreviventes apresentaram diferença significativa nos sintomas de depressão, estresse pós-traumático e piores escores de qualidade de vida, nos âmbitos cuidados pessoais e ansiedade e depressão, quando comparados com os familiares de pacientes sobreviventes.

Estes resultados possibilitam avaliar a necessidade de acompanhamento de familiares após internação em UTI, e ainda aprimorar o conhecimento da temática de avaliação da satisfação de familiares com os cuidados recebidos por equipe assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Frivold G, Slettebø Å, Heyland DK, Dale B. Family members' satisfaction with care and decision-making in intensive care units and post-stay follow-up needs - a cross-sectional survey study. *Nurs Open* [Internet]. 2018 [cited 2021 May 17];5(1):6–14. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.97>.
2. Oliveira HSB de, Fumis RRL. Sex and spouse conditions influence symptoms of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in both patients admitted to intensive care units and their spouses. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 09];30(1):35-41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29742213/>. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180004>
3. Bastos AO da S, Freitas KS, Valente CO, Fontoura EG, Oliveira MAN. Qualidade de vida de familiares de pessoas hospitalizadas na unidade de terapia intensiva. *Revista Baiana de Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 2021 Aug 13];42:208-22. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2879>. doi: 10.22278/2318-2660.2018.v42.n0.a2879
4. Petrinec AB, Martin BR. Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. *Palliat Supp Care* [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 13];16(6):719–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29277171/>. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001043>

5. Zante B, Camenisch SA, Schefold JC. Interventions in post-intensive care syndrome-family: a systematic literature review. *Crit Care Med* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 19];48(9):e835–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32590386/>. doi: 10.1097/CCM.0000000000004450.

6. Petrinec A. Post-intensive care syndrome in family decision makers of long-term acute care hospital patients. *Am J Crit Care* [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 13];26(5):416–22. Available from: <https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/26/5/416/4076/Post-Intensive-Care-Syndrome-in-Family-Decision?redirectedFrom=fulltext>. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017414>

7. Lam JNH, Lau VI, Priestap FA, Basmaji J, Ball IM. Satisfação do paciente, da família e do médico com o planejamento da alta direta das unidades de terapia intensiva para casa: Estudo direto para casa enviado à UTI. *J Intensive Care Med* [Internet]. 2020 [citado 2021 May 17];35(1):82-90.

8. Neves J de L, Schwartz E, Guanilo MEE, Amestoy SC, Mendieta M da C, Lise F. Avaliação da satisfação de familiares de pacientes atendidos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2018 [citado 2021 May 21];27(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cNhLzGb6p7L8WVvMxSjBk4k/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180001800016>

9. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive

care syndrome-family. *Crit Care Med* [Internet]. 2012 [cited 2021 Aug 13];40(2):618–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080636/>. doi: 10.1097/CCM.0b013e318236ebf9.

10. Robinson CC, Rosa RG, Kochhann R, Schneider D, Sganzerla D, Dietrich C et al. Quality of life after intensive care unit: a multicenter cohort study protocol for assessment of long-term outcomes among intensive care survivors in Brazil. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 09];30(4):405-13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30652780/>. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180063>

11. Wall RJ, Engelberg RA, Downey L, Heyland DK, Curtis RJ. Refinement, scoring, and validation of the family satisfaction in the intensive care unit (FS-ICU) survey: *Crit Care Med* [Internet]. 2007 [cited 2021 Jun 20];35(1):271–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17133189/>. doi: 10.1097/01.CCM.0000251122.15053.50.

12. EUROQOL. EQ-5D-3L – EQ-5D [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 16]. Available from: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-3l-about/>

13. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1983 [cited 2021 Jun 20];67(6):361–70. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x?sid=nlm%3Apubmed>. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

14. Thoresen S, Tambs K, Hussain A, Heir T, Johansen VA, Bisson JI. Brief measure of posttraumatic stress reactions: impact of Event Scale-6. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 [cited 2021 Jun 20];45(3):405–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19479171/>. doi: 10.1007/s00127-009-0073-x.
15. Jongerden IP, Slooter AJ, Peelen LM, Wessels H, Ram CM, Kesecioglu J et al. Effect of intensive care environment on family and patient satisfaction: a before–after study. *Intensive Care Med* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jun 09];39(9):1626–34. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-013-2966-0>. doi: 10.1007/s00134-013-2966-0.
16. Tajarernduang P, Chittawatanarat K, Dodek P, Heyland DK, Chanayat P, Inchai J et al. Validity and reliability of a Thai version of family satisfaction with care in the intensive care unit survey. *Indian J Crit Care Med* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 18];24(10):946-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7689133/>. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23559.
17. McLennan M, Aggar C. Family satisfaction with care in the intensive care unit: A regional Australian perspective. *Aust Crit Care* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 17];33(6):518-25. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731419301882?via%3Dihub#!>. doi: 10.1016/j.aucc.2020.01.003.
18. Mahrous MS. Relating family satisfaction to the care provided in intensive care

units: quality outcomes in Saudi accredited hospitals. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 21];29(2):188-94. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28591370/>. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170018> .

19. Rosa RG, Falavigna M, Robinson CC, Silva DB da, Kochhann R, Moura RM de et al. Study protocol to assess the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units: a cluster-randomised, crossover trial (The ICU Visits Study). *BMJ Open* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 24];8(4):e021193. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/4/e021193.long>. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021193.

20. Demoro G, Damico V, Murano L, Bolgeo T, D'Alessandro A, Dal Molin A. Long-term consequences in survivors of critical illness. Analysis of incidence and risk factors. *Ann Ist Super Sanita* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 2];56(1):59-65. Available from: https://www.iss.it/documents/20126/0/ANN_20_01_09.pdf https://doi.org/10.4415/ANN_20_01_09.

21. Ridder C de, Zegers M, Jagernath D, Brunnekreef G, van den Boogaard M. Psychological symptoms in relatives of critically ill patients: a longitudinal cohort study. *Crit Care Explor* [Internet]. Jun 2021 [cited 2021 Aug 13];3(7):e0470. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34235457/>. doi: 10.1097/CCE.0000000000000470

Tabela 1: Perfil dos familiares de pacientes críticos (n=73).

Caracterização da amostra	Familiares
	Média ± DP ou n (%)
Idade (em anos)	48,65±13,80
Sexo	
Feminino	58 (79,5)
Anos completos de estudo	9,70±3,79
Renda familiar mensal (R\$)	2.000 (1.500-3.500)‡
Grau de parentesco	
Cônjuge	28 (38,4)
Filho(a)	28 (38,4)
Pai/mãe	7 (9,6)
Irmão(a)	6 (8,2)
Outro	4 (5,5)
Estado civil	
Casado(a)	45 (61,64)
Solteiro(a)	22 (30,14)
Reside com paciente	
Sim	41 (57,7)
Frequência de visita ao paciente	
Diária	17 (58,6)
Semanal	9 (31,0)
Quinzenal, mensal, semestral ou anual	3 (10,2)
Responsável pelas decisões de cuidado do paciente[†]	
Sim	59 (83,1)

DP: desvio padrão. †Mediana e intervalos interquartis. *Variáveis com dados *missing*. Fonte: Dados primários (2020/2021)

Tabela 2: Satisfação de familiares de pacientes após internação em UTI (n=73).

Itens da FS-ICU 24	N	Excelente (%)	Muito bom (%)	Bom (%)	Médio (%)	Pobre (%)	NA (%)	Média±DP
Preocupação e cuidados com o paciente								75,44±12,26
<i>Cortesia, respeito e compaixão com o paciente*</i>	71	67,6	32,4	0	0	0	0	
<i>Manejo da dor*</i>	69	53,6	29,0	2,9	0	0	14,5	
<i>Manejo da falta de ar*</i>	66	37,9	28,8	9,1	0	0	24,2	
<i>Manejo da agitação*</i>	67	43,3	22,4	10,4	0	0	23,9	
Cuidados com a família								81,22±14,13
<i>Avaliação de suas necessidades*</i>	72	50,0	38,9	8,3	0	0	2,8	
<i>Suporte emocional*</i>	72	38,9	20,8	8,3	0	0	31,9	
<i>Coordenação do cuidado*</i>	71	64,8	29,6	5,6	0	0	0	
<i>Cuidado e preocupação*</i>	72	66,7	30,6	2,8	0	0	0	
Cuidados da equipe de saúde								90,42±3,36
<i>Habilidade e competência dos enfermeiros*</i>	72	69,4	30,6	0	0	0	0	
<i>Frequência e comunicação com os enfermeiros*</i>	72	62,5	27,8	4,2	4,2	0	1,4	
<i>Habilidade e competência dos médicos*</i>	72	72,2	25,0	2,8	0	0	0	
Atmosfera da UTI								53,52±28,37
<i>Ambiente da UTI*</i>	71	39,4	25,4	26,8	8,5	0	0	
<i>Sala de espera da UTI*</i>	71	25,4	22,5	42,3	8,5	1,4	0	
<i>Nível de quantidade de cuidado do paciente*</i>	71	5,6	15,5	31,0	47,9	0	0	
Informações necessárias								85,42±2,13
<i>Frequência de comunicação com os médicos*</i>	72	58,3	27,8	8,3	2,8	2,8	0	
<i>Facilidade de obter informações*</i>	72	51,4	34,7	8,3	2,8	2,8	0	
<i>Entendimento da informação*</i>	71	56,3	32,4	9,9	1,4	0	0	
<i>Honestidade da informação*</i>	71	64,8	25,4	7,0	2,8	0	0	

<i>Integridade da informação*</i>	71	64,8	23,9	8,5	1,4	1,4	0
<i>Consistência da informação*</i>	68	55,9	32,4	8,8	1,5	1,5	0
Processo de tomada de decisão							66,05±11,87
<i>Incluído na tomada de decisão*</i>	71	36,6	26,8	33,8	2,8	0	0
<i>Amparado na tomada de decisão*</i>	71	26,8	42,3	25,4	4,2	1,4	0
<i>Controle sobre o cuidado do familiar*</i>	69	29,0	27,5	37,7	2,9	2,9	0
<i>Tempo para tomada de decisões*</i>	68	0	0	97,1	0	2,9	0

UTI: Unidade de Terapia Intensiva. FS-ICU 24: Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit.

DP: desvio padrão. *Variáveis com dados *missing*. Fonte: Dados primários (2020/2021)

Tabela 3: Escores finais de Satisfação Familiar pelo FS-ICU 24.

Questão	N	Média	Desvio Padrão
Satisfação Total	73	76,47	16,55
Satisfação com os Cuidados	73	75,60	19,47
Satisfação na Tomada de Decisão	73	77,67	12,23

FS-ICU 24: *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit*. Fonte: Dados primários

(2020/2021)

Tabela 4: Avaliação dos desfechos ansiedade, depressão e estresse pós-traumático entre familiares de pacientes críticos três meses após alta da UTI (n = 47).

Variáveis de comparação	Familiares de pacientes não sobreviventes (n=16)	Familiares de pacientes sobreviventes (n=31)	P
HADS – Ansiedade	7,5 (5,2-10,0) †	5,0 (2,7-10,0) †	0,095
HADS – Depressão	10,5 (7,2-12,0) †	3,0 (2,0-8,0) †	0,001*
IES-6 Total	11,19±3,17	6,13±3,74	<0,001 *

HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. IES-6: Escala de Impacto de Evento. *p<0,05.

†Mediana e intervalos interquartis. Para a comparação da HADS, foi realizado o Teste U de Mann-Whitney. Para a comparação do IES-6 foi usado o teste t. Fonte: Dados primários (2020/2021).

Tabela 5: Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de familiares de pacientes críticos três meses após alta da UTI (n = 47).

Variáveis de comparação	Familiars de pacientes não	Familiars de pacientes	p
	sobreviventes (n=16)	sobreviventes (n=31)	
	n (%)	n (%)	
EQ-5D-3L – Mobilidade			0,167
Sem problemas em andar	12 (75,0)	28 (90,30)	
Com problemas em andar	4 (25,0)	3 (9,70)	
EQ-5D-3L – Cuidados pessoais			0,007*
Sem problemas com cuidados pessoais	11 (68,80)	30 (96,80)	
Com problemas com cuidados pessoais	5 (31,30)	1 (3,20)	
EQ-5D-3L – Atividades habituais			0,065
Sem problemas em desempenhar atividades habituais	11 (68,80)	28 (90,30)	
Com problemas em desempenhar atividades habituais	5 (31,30)	3 (9,70)	
EQ-5D-3L – Dor ou desconforto			0,937
Sem dores ou desconforto	10 (62,50)	19 (61,30)	
Com dores ou desconforto moderados	05 (31,30)	12 (38,70)	
Com dores ou desconforto	1 (6,30)	0 (0,0)	

extremos

EQ-5D-3L – Ansiedade e

0,009*

depressão

Não está ansioso ou deprimido	2 (12,50)	13 (41,90)
Moderadamente ansioso ou deprimido	10 (62,50)	17 (54,80)
Extremamente ansioso ou deprimido	4 (25,0)	1 (3,20)

UTI: Unidade de Terapia Intensiva. ES: Tamanho de efeito. †Variáveis com dados *missing*. * $p < 0,05$. Para comparação dos resultados, foi realizado o Teste U de Mann-Whitney. Fonte: Dados primários (2020/2021)

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados desta análise, percebe-se que os familiares necessitam de apoio e informação por parte das equipes, bem como participarem das decisões de cuidado de seu ente. A comunicação eficaz com a equipe parece estar relacionada a melhores índices de satisfação, independentes dos desfechos clínicos dos pacientes, mas nosso estudo não teve condições de avaliar esta associação.

Sendo assim, deve-se repensar a assistência prestada ao paciente, de maneira multiprofissional, buscando-se vislumbrar desfechos a curto e em longo prazo, definindo prioridades e atuando de maneira precoce na identificação de problemas físicos e emocionais dos pacientes e suas famílias.

Pesquisas adicionais são fundamentais para nortear os profissionais da saúde na condução eficaz da assistência, nas estratégias de comunicação e na inserção da família no cuidado crítico, com seguimento após alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. The Living, Dynamic and Complex Environment Care in Intensive Care Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 3, p. 411–418, 3 jul. 2015.

BARNES-DALY, M. A.; PHILLIPS, G.; ELY, E. W. Improving Hospital Survival and Reducing Brain Dysfunction at Seven California Community Hospitals: Implementing PAD Guidelines Via the ABCDEF Bundle in 6,064 Patients*. *Critical Care Medicine*, v. 45, n. 2, p. 171–178, fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 3432 de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensiva – UTI.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BERNINI, L. S. et al. O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 25, n. 3, p. 533–541, 2017.

CAIUBY, A. V. S. et al. Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 3, p. 597–603, mar. 2012.

CAMPELO, R. C. et al. Atuação do enfermeiro nas orientações para a prevenção de fatores agravantes na insuficiência cardíaca congestiva: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research BJSCR*, v. 24, n, p. 176-180, 2018.

DINO, Barbara Diana; CAMPOS, Renata. Insuficiência renal crônica e suas implicações para os sistemas metabólicos. *Revista UniAndrade*, v. 18, n. 3, 2017.

FERREIRA, P. L.; FERREIRA, L. N.; PEREIRA LN. Contribuição para a validação da versão em português do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, v. 26, n. 6, p. 664-674, 2013.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. 1, p. 16–29, mar. 2017.

FREITAS, S. et al. Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Revista Avaliação Psicológica*, v. 9, n. 3, p. 345-357, 2010.

HCPA. Portal Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Institucional: instalações. [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional>

HEYLAND, D. K.; TRANMER, J. E. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. *Journal of Critical Care*, v. 16, n. 4, p. 142–149, dez. 2001.

HULLEY, S. B. et al. Delineando a pesquisa clínica. 4a ed. ArtMed, Porto Alegre. 2015.

LARA, B. A. et al. The impact of a better coordination between emergency and intensive care units in the care of critically ill patients. *Revista médica de Chile*, v. 144, n. 7, p. 911–917, jul. 2016.

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. DA. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, p. 1040–1047, out. 2017.

MARCOLINO, J. Á. M. et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 57, n. 1, p. 52–62, fev. 2007.

MARCOLINO, José Álvaro Marques et al. Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório. Estudo comparativo. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 57, n. 2, p. 157-166, 2007.

MIDEGA, T. D.; OLIVEIRA, H. S. B. DE; FUMIS, R. R. L. Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 31, n. 2, 2019.

NETTO, R. et al. Ansiedade e depressão em pacientes com tumores do sistema nervoso, hospitalizados à espera da cirurgia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 11, n. 2, p. 267–284, dez. 2009.

OLIVEIRA, J. B. DE et al. Atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). *Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem*, v. 2, n. 2, 23 jun. 2017.

OLIVEIRA, P. S. et al. Autocuidado em diabetes mellitus: estudo bibliométrico. *Revista Eletrônica Trimestral de Enfermería Global*, v. 16, n. 1, p. 653-669, 2017.

SILVA, C. N. DA et al. Atuação do enfermeiro no tratamento de diálise peritoneal ao portador de insuficiência renal crônica. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, v. 1, n. 3, p. 66-72, abr. 2019.

SOUZA, T. L. DE; AZZOLIN, K. DE O.; FERNANDES, V. R. Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 39, n. 0, 2 ago. 2018.

THORESEN, S. et al. Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of Event Scale-6. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 45, n. 3, p. 405–412, mar. 2010.

CAIUBY, Andrea Vannini Santesso, Andreoli, Paola Bruno de Araújo e Andreoli, Sergio Baxter Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [online]. 2010, v. 22, n. 1 [Acessado 13 Junho 2021] , pp. 77-84. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103->

507X2010000100013>. Epub 21 Maio 2010. ISSN 1982-4335.
<https://doi.org/10.1590/S0103-507X2010000100013>.

VON ELM E, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting observational studies. *Prev Med*, 2007. doi:10.1016/j.ypmed.2007.08.012

MALTA M, et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública*, 2010; 44(3):559-65.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) FAMILIAR/ PACIENTE

Título do projeto: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CUIDADOS CENTRADOS NOS PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS E SEUS FAMILIARES EM DESFECHOS CLÍNICOS: ESTUDO ANTES E DEPOIS

O (a) senhor(a), familiar de um paciente que esteve internado na UTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a satisfação de indivíduos que tiveram acesso à UTI após o início de um programa de cuidados centrados no paciente. Além disso, esta pesquisa tem por objetivo avaliar a aspectos emocionais e de qualidade de vida relacionada a saúde, três meses depois da alta da UTI.

Este estudo está sendo realizado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e, caso o(a) senhor(a) concorde em participar voluntariamente, os procedimentos envolvidos serão os seguintes:

Entrevista presencial no momento da alta da UTI:

O(a) senhor(a) responderá a um questionário que tem o objetivo de avaliar sua satisfação com diversos aspectos do atendimento (tratamento, cordialidade, orientação entre outros) durante o período em que esteve acompanhando seu familiar que estava internado na UTI. O número total de perguntas que o(a) senhor(a) responderá será de 24 questões, as quais e terão duração aproximada de 20 minutos.

Entrevista telefônica três meses após a alta da UTI:

Se o(a) senhor(a) concordar em fornecer seu número de telefone, será realizada uma ligação telefônica três meses após a alta da UTI de seu familiar. Durante esta ligação, o(a) senhor(a) responderá a três questionários. O primeiro possibilitará avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão, enquanto o segundo, avalia a presença de sintomas de estresse pós-traumático. Por último, será aplicado um questionário para avaliar sua qualidade de vida relacionada à saúde. A ligação será realizada por uma pessoa da equipe do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, devidamente treinada para lhe proporcionar o melhor conforto possível e manusear suas informações de forma sigilosa e confidencial. A duração aproximada da entrevista será de 30 minutos.

Os riscos para o(a) senhor(a), caso concorde em participar desta pesquisa,

incluem: possível desconforto ou cansaço ao responder questões da avaliação psicológica e o risco de suas informações serem vistas por outra pessoa. Este último é mínimo, pois a equipe do estudo é treinada para manusear todas as informações de forma sigilosa e confidencial. Caso o(a) senhor(a) venha a sentir-se desconfortável com alguma questão da avaliação psicológica poderá negar-se a responde-la. Caso se sinta cansado(a) durante a realização da entrevista, poderá agendar outro horário para continuar.

Apesar desta pesquisa não trazer benefícios diretos para o(a) senhor(a), os resultados obtidos através de sua participação poderão contribuir para sabermos se a implementação de um programa de cuidados centrados no paciente em UTI pode influenciar na satisfação e na saúde emocional de familiares de pacientes.

Durante o período em que o(a) senhor (a) estiver sendo acompanhado(a) pela pesquisa, os registros de seu familiar poderão ser consultados para obtenção de informações a respeito dos motivos que levaram à internação e, também, do que aconteceu durante a internação na UTI

Os resultados deste estudo serão usados somente para fins científicos e o(a) senhor(a) não será identificado por seu nome nas divulgações dos resultados. A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) senhor(a) decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura deste Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que recebe ou possa vir a receber desta instituição

Este Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e seu responsável e outra para os pesquisadores.

Nome completo do participante da pesquisa:

Assinatura

Nome completo do responsável (se aplicável)

Assinatura do responsável (se aplicável)

Nome completo do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data:

Se o(a) senhor(a) desejar quaisquer esclarecimentos ao longo deste estudo, pode contatar o pesquisador responsável Dr. Cassiano Teixeira, pelo telefone (51) 99968-7062. Para questões referentes à pesquisa e os direitos do participante, ou ainda, sobre problemas decorrentes da pesquisa, contate o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sob a coordenação do Dr. José Roberto Goldim, localizado no 2º andar do HCPA, sala 2227A, pelo telefone (51)

3359-7640 / e-mail: cep@hcpa.edu.br, com atendimento das 8h às 17h

ANEXO 1

FORMULÁRIO FAMILIAR**- Satisfação da família com os cuidados na Unidade de Terapia Intensiva (FS-ICU24)**

Código do Familiar:

Data da avaliação:

/

/

Seu familiar foi paciente nesta UTI e sua opinião é muito importante. As próximas perguntas são destinadas a **VOCÊ**, com o objetivo de saber a sua opinião sobre a **internação mais recente** de seu familiar. Nós entendemos que existem muitos médicos, enfermeiros e outros colaboradores cuidando do seu familiar e sabemos que podem haver exceções, mas estamos interessados na sua **avaliação geral** da qualidade dos cuidados que nós fornecemos. Entendemos que este foi um momento muito difícil para você e seus familiares. Gostaríamos muito que você dispusesse um pouco do seu tempo para nos dar sua opinião. Esteja certo de que todas as suas respostas são confidenciais.

Favor assinalar uma opção que melhor reflita sua opinião. Se a pergunta não se aplicar, assinale (N/A).

PARTE 1: SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO

Como nós tratamos o seu familiar (O Paciente)						
	Excelente	Muito Bom	Bom	Médio	Ruim	N/A
1. Preocupação e cuidados pela equipe da UTI: A cortesia, respeito e compaixão dada ao seu familiar.	()	()	()	()	()	()
Manejo dos sintomas: Como a equipe da UTI avaliou e tratou os sintomas do seu familiar.						
2. Dor:	()	()	()	()	()	()
3. Falta de ar:	()	()	()	()	()	()
4. Agitação:	()	()	()	()	()	()
COMO <u>VOCE</u> FOI TRATADO?						
	Excelente	Muito Bom	Bom	Médio	Ruim	N/A
5. Avaliação de suas necessidades: Como a equipe da UTI demonstrou interesse quanto às suas necessidades.	()	()	()	()	()	()
6. Suporte emocional: Como a equipe da UTI lhe ofereceu suporte emocional	()	()	()	()	()	()
7. Coordenação do cuidado: O trabalho de toda a equipe da UTI que cuidou de seu parente	()	()	()	()	()	()
8. Cuidados e preocupação pela equipe da UTI: A cortesia, respeito e compaixão dados a você	()	()	()	()	()	()
ENFERMEIROS						
	Excelente	Muito Bom	Bom	Médio	Ruim	N/A
9. Habilidade e competência dos enfermeiros da UTI: Como os enfermeiros cuidaram do seu familiar	()	()	()	()	()	()
10. Frequência e comunicação com os enfermeiros da UTI: Qual a frequência que os enfermeiros informaram sobre as condições do paciente	()	()	()	()	()	()
MÉDICOS						
	Excelente	Muito Bom	Bom	Médio	Ruim	N/A
11. Habilidade e competência dos médicos da UTI: Como os médicos cuidaram de seu familiar	()	()	()	()	()	()

--	--	--	--	--

A UTI						
	Excelente	Muito Bom	Bom	Médio	Ruim	N/A
12. O ambiente da UTI foi?	()	()	()	()	()	()
13. O ambiente da sala de espera foi?	()	()	()	()	()	()

14. Algumas pessoas querem todo o possível sendo realizado em relação aos seus problemas de saúde, enquanto outras não querem tudo sendo feito. Quão satisfeito você está com o nível ou quantidade de cuidado recebido por seu familiar na UTI?

() Muito insatisfeito () Ligeiramente Insatisfeito () Satisfeito () Muito Satisfeito () Completamente Satisfeito

PARTE 2: SATISFAÇÃO FAMILIAR COM AS DECISÕES DE CUIDADO DO PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMO.

INSTRUÇÕES PARA OS FAMILIARES DOS PACIENTES CRÍTICOS

PARTE 1: SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO

Como nós tratamos o seu familiar (O Paciente)						
	Excelente	Muito Bom	Bom	Médio	Ruim	N/A
1. Preocupação e cuidados pela equipe da UTI: A cortesia, respeito e compaixão dada ao seu familiar.	()	()	()	()	()	()
Mancjo dos sintomas: Como a equipe da UTI avaliou e tratou os sintomas do seu familiar.	Excelente	Muito Bom	Bom	Médio	Ruim	N/A
2. Dor:	()	()	()	()	()	()
3. Falta de ar:	()	()	()	()	()	()
4. Agitação:	()	()	()	()	()	()
COMO VOCÊ FOI TRATADO?						
	Excelente	Muito Bom	Bom	Médio	Ruim	N/A
5. Avaliação de suas necessidades: Como a equipe da UTI demonstrou interesse quanto às suas necessidades.	()	()	()	()	()	()
6. Suporte emocional: Como a equipe da UTI lhe ofereceu suporte emocional	()	()	()	()	()	()
7. Coordenação do cuidado: O trabalho de toda a equipe da UTI que cuidou de seu parente	()	()	()	()	()	()
8. Cuidados e preocupação pela equipe da UTI: A cortesia, respeito e compaixão dados a você	()	()	()	()	()	()
ENFERMEIROS						
	Excelente	Muito Bom	Bom	Médio	Ruim	N/A
9. Habilidade e competência dos enfermeiros da UTI: Como os enfermeiros cuidaram do seu familiar	()	()	()	()	()	()
10. Frequência e comunicação com os enfermeiros da UTI: Qual a frequência que os enfermeiros informaram sobre as condições do paciente	()	()	()	()	()	()
MÉDICOS						
	Excelente	Muito Bom	Bom	Médio	Ruim	N/A
11. Habilidade e competência dos médicos da UTI: Como os médicos cuidaram de seu familiar	()	()	()	()	()	()

Esta parte do questionário é designada a medir como você se sente sobre o SEU envolvimento nas decisões relacionadas aos cuidados com a saúde do seu familiar.

7. Você se sentiu incluído no processo de tomada de decisão?

1. Eu me senti muito excluído.
2. Eu me senti de alguma forma excluído.
3. Eu não me senti incluído, nem excluído do processo de tomada de decisões.
4. Eu me senti de alguma forma incluído.
5. Eu me senti muito incluído.

8. Você recebeu suporte durante o processo de tomada de decisões?

1. Eu me senti completamente sobrecarregado.
2. Eu me senti levemente sobrecarregado.
3. Eu não me senti sobrecarregado e nem amparado.
4. Eu me senti amparado.
5. Eu me senti muito amparado.

9. Você sentiu que tinha controle sobre o cuidado ao seu familiar?

1. Eu me senti realmente fora do controle e que o sistema de saúde assumiu e ditou os cuidados que meu familiar recebeu.
2. Eu me senti de alguma forma fora do controle e que o sistema de saúde assumiu e ditou o cuidado que meu familiar recebeu.
3. Eu não me senti no controle nem fora do controle.
4. Eu senti que tinha algum controle sobre o cuidado que meu familiar recebeu.
5. Eu senti que tinha bom controle sobre o cuidado que meu familiar recebeu.

10. Ao tomar decisões, você teve tempo adequado para abordar suas preocupações e ter suas perguntas respondidas?

1. Eu poderia ter tido mais tempo.
2. Eu tive o tempo adequado.

Se o seu familiar faleceu durante a estadia na UTI, por favor, responda as seguintes questões (11- 13). Se o seu familiar não faleceu, por favor vá para questão 14.

11. Qual das seguintes melhor descreve sua visão:

- 1. Eu senti que a vida de meu familiar foi desnecessariamente prolongada.
- 2. Eu senti que a vida de meu familiar foi levemente desnecessariamente prolongada.
- 3. Eu senti que a vida de meu familiar não foi prolongada nem encurtada desnecessariamente.
- 4. Eu senti que a vida de meu familiar foi levemente encurtada desnecessariamente.
- 5. Eu senti que a vida de meus familiares foi encurtada desnecessariamente.

12. Durante as horas finais de vida de seu familiar, qual das seguintes melhor descreve sua visão:

- 1. Eu senti que ele (a) estava muito desconfortável.
- 2. Eu senti que ele (a) estava ligeiramente desconfortável.
- 3. Eu senti que ele (a) estava confortável na maioria do tempo.
- 4. Eu senti que ele (a) estava muito confortável.
- 5. Eu senti que ele (a) estava totalmente confortável.

13. Durante as últimas poucas horas antes da morte de meu familiar, qual das seguintes melhor descreve sua visão:

- 1. Eu me senti muito abandonado (a) pela equipe de saúde.
- 2. Eu me senti abandonado (a) pela equipe de saúde.
- 3. Eu não me senti abandonado (a) ou amparado (a) pela equipe de saúde.
- 4. Eu me senti amparado (a) pela equipe de saúde.
- 5. Eu me senti muito amparado (a) pela equipe de saúde.

14. Você tem alguma sugestão sobre como melhorar o cuidado oferecido na UTI?

15. Você tem algum comentário sobre coisas que fizemos bem?

16. Por favor, adicione qualquer comentário ou sugestão que você julgue ser útil para a equipe do hospital.

Muito obrigado por disponibilizar o seu tempo para participar desta pesquisa e nos fornecer suas opiniões.

ANEXO 1: MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Nome: _____ Data de nascimento: / /
 Versão Experimental Brasileira Escolaridade: _____ Data de avaliação: / /
 Sexo: _____ Idade: _____

FUNÇÃO VISOESPACIAL EXECUTIVA E NOMEAÇÃO NÃO SÃO REALIZADAS.

MEMÓRIA	Leia a lista de palavras, O sujeito de repeti-la, faça duas tentativas Evocar após 5 minutos		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Sem Pontuação					
		1ª tentativa											
		2ª tentativa											
ATENÇÃO	Leia a sequência de números (1 número por segundo)	O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta		[]	2	1	8	5	/2				
		O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta		[]	7	4	2						
	Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.	[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B							/1				
	Subtração de 7 começando pelo 100	[]	93	[]	86	[]	79	[]	72	[]	65	/3	
	4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 corretas 0 ponto												
LINGUAGEM	Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje.	[]	O gato sempre se esconde embaixo do sofá quando o cachorro está na sala.		[]						/2		
		Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto).											
		[]	_____ (N ≥ 11 palavras)										/1
ABSTRAÇÃO	Semelhança p. ex. entre banana e laranja - fruta		[]	trem - bicicleta		[]	relógio - régua					/2	
EVOCAÇÃO TARDIA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS		[]	[]	[]	[]	[]	[]	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS			/5	
	Pista de categoria												
OPCIONAL	Pista de múltipla escolha												
ORIENTAÇÃO	[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana [] Lugar [] Cidade											/6	
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmiento Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman (UNIFESP-SP 2007)											TOTAL Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade		
											/30		

ANEXO 2: ESCALA DO IMPACTO DO EVENTO- RESUMIDA (IES-6)

Listamos abaixo as dificuldades que as pessoas algumas vezes apresentam, após passar por eventos estressantes. Com relação às memórias de sua internação na UTI em (período da intenção) por favor, escolha a alternativa a seguir que melhor corresponde a seu nível de estresse, nos últimos 7 dias.

1 Outros acontecimentos faziam com que eu ficasse pensando sobre a situação

- 0 Nem um pouco
- 1 Um pouco
- 2 Moderadamente
- 3 Muito
- 4 Extremamente

2 Eu pensava sobre a situação mesmo quando não tinha intenção de pensar

- 0 Nem um pouco
- 1 Um pouco
- 2 Moderadamente
- 3 Muito
- 4 Extremamente

3 Eu tentei não pensar sobre a situação

- 0 Nem um pouco
- 1 Um pouco
- 2 Moderadamente
- 3 Muito
- 4 Extremamente

4 Eu sabia que ainda tinha muitas emoções ligadas à situação, mas as evitei

- 0 Nem um pouco
- 1 Um pouco
- 2 Moderadamente
- 3 Muito
- 4 Extremamente

5 Eu tive problemas de concentração

- 0 Nem um pouco
- 1 Um pouco
- 2 Moderadamente
- 3 Muito
- 4 Extremamente

6 Eu me sentia atento ou na defensiva

- 0 Nem um pouco
- 1 Um pouco
- 2 Moderadamente
- 3 Muito
- 4 Extremamente

ANEXO 3: ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

Vou lhe fazer umas perguntas sobre como o(a) Sr.(a) está se sentindo no momento, diga a melhor alternativa que representa o seu estado atual.

3.1A	Eu me sinto tenso ou contraído	3 = A maior parte do tempo
		2 = Boa parte do tempo
		1 = De vez em quando
		0 = Nunca
3.2D	Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes	0 = Sim, do mesmo jeito que antes
		1 = Não tanto quanto antes
		2 = Só um pouco
		3 = Já não sinto mais prazer em nada
3.3A	Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer	3 = Sim, e de um jeito muito forte
		2 = Sim, mas não tão forte
		1 = Um pouco, mas isso não me preocupa
		0 = Não sinto nada disso
3.4D	Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas	0 = Do mesmo jeito que antes
		1 = Atualmente um pouco menos
		2 = Atualmente bem menos
		3 = Não consigo mais
3.5A	Estou com a cabeça cheia de preocupações	3 = A maior parte do tempo
		2 = Boa parte do tempo
		1 = De vez em quando
		0 = Raramente
3.6D	Eu me sinto alegre	3 = Nunca
		2 = Poucas vezes
		1 = Muitas vezes
		0 = A maior parte do tempo
3.7A	Conseguo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado	0 = Sim, quase sempre
		1 = Muitas vezes
		2 = Poucas vezes
		3 = Nunca

3.8D	Eu estou lento para pensar e fazer as coisas	3 = Quase sempre
		2 = Muitas vezes
		1 = De vez em quando
		0 = Nunca
3.9A	Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago	0 = Nunca
		1 = De vez em quando
		2 = Muitas vezes
		3 = Quase sempre
3.10D	Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência	3 = Completamente
		2 = Não estou mais me cuidando como deveria
		1 = Talvez não tanto quanto antes
		0 = Me cuido do mesmo jeito que antes
3.11A	Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum	3 = Sim, demais
		2 = Bastante
		1 = Um pouco
		0 = Não me sinto assim
3.12D	Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir	0 = Do mesmo jeito que antes
		1 = Um pouco menos do que antes
		2 = Bem menos do que antes
		3 = Quase nunca
3.13A	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico	3 = A quase todo momento
		2 = Várias vezes
		1 = De vez em quando
		0 = Não sinto isso
3.14D	Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa	0 = Quase sempre
		1 = Várias vezes
		2 = Poucas vezes
		3 = Quase nunca

ANEXO 4

EQ-5D-

3L

Vou ler para o(a) senhor(a) 3 afirmativas sobre seu estado de saúde em 5 diferentes categorias, peço que diga qual alternativa melhor representa o seu estado atual.

SISTEMA DESCRITIVO - EQ-5D**Instruções**

Pense sobre seu estado de saúde atual e assinale com um X (assim) em cada um dos seguintes grupos indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde atual.

Mobilidade

- 1. Não tenho problemas em andar
- 2. Tenho alguns problemas em andar
- 3. Estou limitado a ficar na cama

Cuidados Pessoais

- 1. Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
- 2. Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
- 3. Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho

Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- 1. Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- 2. Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- 3. Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

Dor/Desconforto

- 1. Não tenho dores ou desconforto
- 2. Tenho dores ou desconforto moderados
- 3. Tenho dores ou desconforto extremos

Ansiedade/Depressão

- 1. Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)
- 2. Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)
- 3. Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CUIDADOS CENTRADOS NOS PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS E SEUS FAMILIARES EM DESFECHOS CLÍNICOS: ESTUDO ANTES E DEPOIS

Pesquisador: CASSIANO TEIXEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89244918.0.2001.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.058.810

Apresentação do Projeto:

Introdução: Iniciativas de cuidados centrados no paciente e seus familiares, em unidades de Terapia Intensiva (UTI), têm sido propostas como meio de melhoria da qualidade assistencial. Entretanto, a literatura demonstra escassez de estudos que avaliem a efetividade destas ações. **Objetivos:** Avaliar o impacto da implementação de um programa de cuidados centrados em pacientes criticamente enfermos e seus familiares em satisfação com os cuidados de saúde e morbidade neuropsiquiátrica e qualidade de vida pós-UTI. **Metodologia:** Um estudo do tipo estudo antes e depois será realizado no Centro de Tratamento Intensivo adulto do Hospital Moínhos de Vento. Será implementado um programa de cuidados centrados em pacientes criticamente enfermos e seus familiares, o qual será composto pelas seguintes intervenções: 1) treinamento da equipe de profissionais da UTI em estratégias de comunicação em situações críticas; 2) round multidisciplinar diário focado em reabilitação do paciente e orientação do familiar; 3) grupos de apoio familiar; 4) diários de UTI; 5) orientações pós-alta da UTI. Os seguintes desfechos serão avaliados antes e após implementação do programa: satisfação de pacientes com os cuidados durante internação na UTI; satisfação de familiares com os cuidados prestados ao paciente durante internação na UTI; qualidade de vida, disfunção cognitiva e sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático 3 meses pós-alta da UTI em pacientes; qualidade de vida e sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático 3 meses pós-alta da UTI em familiares.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7840

Fax: (51)3359-7846

E-mail: cep@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 3.058.810

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CUIDADOS_NA_UTI_TCLE_Paciente_implemHCPA.pdf	29/09/2018 14:45:42	CASSIANO TEIXEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Cassiano_UTI_assinada.pdf	29/09/2018 14:45:24	CASSIANO TEIXEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo_V2_12062018_Com_alteracoes_destacadas.pdf	12/06/2018 17:31:01	DANIEL SCHNEIDER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo_V2_12062018.pdf	12/06/2018 17:30:33	DANIEL SCHNEIDER	Aceito
Outros	resposta_pendencias_11062018.doc	12/06/2018 17:28:33	DANIEL SCHNEIDER	Aceito
Outros	resposta_pendencias_11062018.pdf	12/06/2018 17:27:52	DANIEL SCHNEIDER	Aceito
Outros	ANEXO8_PSICU_22_Pacientes.pdf	28/04/2018 14:14:31	DANIEL SCHNEIDER	Aceito
Outros	ANEXO7_FSICU_24_familiar.pdf	28/04/2018 14:14:05	DANIEL SCHNEIDER	Aceito
Outros	ANEXOS_3_a_6.pdf	28/04/2018 14:13:21	DANIEL SCHNEIDER	Aceito
Outros	cartasubmissao_piloto.pdf	28/04/2018 14:12:52	DANIEL SCHNEIDER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO2_TCLE_Paciente_implemHMV_final.pdf	28/04/2018 13:51:04	DANIEL SCHNEIDER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO1_TCLE_Familiar_implemHMV_final.pdf	28/04/2018 13:50:54	DANIEL SCHNEIDER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo_piloto_v1_090318.pdf	28/04/2018 13:50:37	DANIEL SCHNEIDER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não