



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIANA DE ALMEIDA MORAES GIBAUT

NÍVEL DE CONFORTO DE FAMILIARES DE PESSOAS INTERNADAS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SALVADOR

2014

MARIANA DE ALMEIDA MORAES GIBAUT

**NÍVEL DE CONFORTO DE FAMILIARES DE PESSOAS INTERNADAS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, na área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de pesquisa “O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fernanda Carneiro Mussi

SALVADOR

2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de
Saúde, SIBI - UFBA.

G437 Gibaut, Mariana de Almeida Moraes

Nível de conforto de familiares de pessoas internadas em
Unidade de Terapia Intensiva / Mariana de Almeida Moraes
Gibaut. – Salvador, 2014.

81 f.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Fernanda Carneiro Mussi.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2014.

1. Conforto. 2. UTI. 3. Família. 4. Enfermagem. I. Mussi,
Fernanda Carneiro. II. Universidade Federal da Bahia. III.
Titulo.

CDU616-083.98

MARIANA DE ALMEIDA MORAES GIBAUT

**NÍVEL DE CONFORTO DE FAMILIARES DE PESSOAS INTERNADAS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”.

Aprovada em 21 de Fevereiro de 2014

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Fernanda Carneiro Mussi *Fernanda Carneiro Mussi*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Kátia Santana Freitas *Kátia Santana Freitas*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Profª Drª Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima *Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima*
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal do Sul da Bahia

Profª Drª Cláudia Geovana da Silva Pires *Cláudia Geovana da Silva Pires*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico esta Dissertação:

A todos os familiares que sofrem com a hospitalização de um membro querido em situações críticas de saúde e àqueles que zelam por estes, noite e dia, confortando-os.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por trilhar os meus passos na direção e no tempo certos.

Aos meus Pais, Cristiane e Genilson, e a toda a minha família pelo amor e apoio dispensado, por acreditarem em mim e valorizarem tanto os meus avanços profissionais.

A Diego, pela companhia nos momentos de abstração e pela compreensão naqueles em que me ausentei em busca da construção deste trabalho.

Aos meus amigos pelos momentos de alegria e por entenderem esse período mais reservado, em especial às minhas amigas enfermeiras Alana, Daiane, Laís, Manoela e Regina, que tanto me ouvem expressar o amor e esperança pela Enfermagem.

A todos os integrantes do Grupo Interdisciplinar de estudo sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular, pela excelente troca de conhecimentos. Em especial a Luisa e Luciana pela contribuição na coleta, a Elilian, Eulália e Igor pelas discussões acerca do conforto, a Andreia pela cumplicidade durante todo o curso, o companheirismo e as parcerias sempre de sucesso, a Cláudia pelo carinho e a Kátia pelo compartilhamento de saberes e dos sujeitos deste estudo e por me permitir conhecer a Escala de Conforto para Familiares de Pessoas em Estado Crítico de Saúde (ECONF).

Aos membros da banca de defesa, Dr^a Isabel Maria, Dr^a Kátia Freitas e Dr^a Cláudia Geovana pela disponibilidade e por aceitarem partilhar deste momento.

Ao Dr^o Carlos Teles pela competência e contribuição nas análises estatísticas deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, na figura da coordenadora, de seus professores e funcionários, que me estimularam, durante toda a pós-graduação, a ter um olhar mais sensível para com o outro.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo auxílio financeiro.

Aos profissionais com os quais cruzei durante essa caminhada e que, na sua maioria, cooperaram com esse trabalho.

A todos os familiares entrevistados, que dividi, de alguma forma, experiências dolorosas e emoções diversas, através do ato de ouvi-los.

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste sonho e que não foram citados.

Por fim, os meus agradecimentos especiais à **Professora Doutora Fernanda Carneiro Mussi**, pelo exemplo de profissional competente e comprometida com a ética e a ciência, pelas orientações sempre tão cuidadosas e gentis e pelas reflexões e aprendizados riquíssimos em cada uma delas. Tenho o maior orgulho e serei eternamente grata por ser sua orientanda desde a graduação. Obrigada por me tornar uma pessoa apaixonada pela pesquisa e pela academia.

“O conforto é algo a que os seres humanos querem aceder desde que nascem. É por isso que uma criança pára de chorar quando um joelho ferido é beijado, ou um doente idoso se acalma quando é tocado na mão ou ouve palavras delicadas.”
Malinowski e Stamler (2002)

RESUMO

GIBAUT, Mariana de Almeida Moraes. **Nível de Conforto de Familiares de Pessoas Internadas em Unidade de Terapia Intensiva**. 2011. 81f. Dissertação (Mestrado em Gênero, Cuidado e Administração em Saúde) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2011

Introdução: Conforto, meta do cuidado de enfermagem, precisa ser compreendido a partir das interações dos usuários com os serviços de saúde. Todavia pouco se conhece sobre a experiência de conforto de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e quais variáveis influenciam o nível de conforto desses. **Objetivo Geral:** Investigar a influência de variáveis relacionadas aos familiares de pessoas internadas em UTI e ao contexto de internação dessas sobre o nível de conforto dos familiares. **Métodos:** Estudo transversal, realizado em seis UTIs, distribuídas em três hospitais públicos de ensino da Bahia. A amostra de 250 familiares foi entrevistada empregando-se a Escala de Conforto de Familiares de Pessoas em Estado Crítico de Saúde (ECONF). Dados de caracterização da amostra foram analisados por distribuição de frequências, médias e desvio padrão. O nível de conforto dos familiares, global e por dimensão da ECONF foi analisado em médias aritméticas e separatrizes. Para análise da diferença das médias do nível de conforto global e por dimensão da ECONF segundo variáveis de interesse, empregou-se o teste One Way (ANOVA). O teste de Bartlett foi usado para avaliar a homogeneidade das variâncias. Quando o Bartlett mostrou heterogeneidade das variâncias aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal Wallis. Empregou-se o pós-teste de comparação múltipla, Bonferroni, para identificar quais grupos diferiram entre si. Adotou-se o nível de significância estatística de 5%. Os dados compuseram uma base no programa SPSS, versão 17.0 for Windows e realizou-se as análises no programa Stata versão 11. **Resultados:** Dos 250 familiares, 71,2% estiveram em visita a membros internados em hospitais de Salvador e 28% em hospital de Feira de Santana. A idade média do grupo foi de 40,6 anos (dp 11,9). Predominaram participantes do sexo feminino, casados/união estável, católicos, com 2º grau completo, economicamente ativos e sem experiência anterior com familiar em UTI. A maior parte era filho ou cônjuge do membro internado, porém apenas 44,8% residiam com o mesmo. O próprio entrevistado era o responsável pela família em 41,2% dos casos. O nível global de conforto dos familiares foi médio. Observou-se nível de conforto alto nas dimensões Segurança e Interação Familiar e Ente, médio na dimensão Suporte e menor na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano. A UTI de internamento, o nível de gravidade e o tempo de internação do membro; o sexo, a idade e a renda do familiar; e a natureza do relacionamento do familiar com o membro na UTI influenciaram o nível de conforto. **Conclusão:** O nível de conforto dos familiares por dimensão da ECONF variou de alto a médio e o global foi mediano. Sofreu influência de variáveis relacionadas aos familiares de pessoas em UTI e ao contexto de internação dessas. Os resultados assinalaram a importância da reflexão dos profissionais de saúde quanto à efetividade de práticas de cuidar dirigidas a familiares visando a promoção do conforto, em serviços públicos, no contexto baiano. É um desafio implementar ações que ajudem familiares a minimizar o desconforto vivido com internação do membro na UTI, considerando as variáveis estudadas.

Palavras-chave: Conforto, UTI, família, enfermagem.

ABSTRACT

GIBAUT, Mariana de Almeida Moraes. **Comfort level of family members of patients admitted to Intensive Care Units.** 2011. 81f. Dissertation (Masters in Gender, Care and Health Management) – College of Nursing at Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2011

Introduction: Comfort, the aim of nursing care, should be understood from the interaction of users with health services. Nevertheless, little is known about the comfort experienced by family members of patients admitted to Intensive Care Units (ICU) and the variables influencing their level of comfort. **General Objective:** Investigate the influence of variables related to family members of patients admitted to ICUs and to the context of hospitalization of these patients on the level of comfort of the family members. **Methods:** Cross-sectional study, performed in six ICUs, distributed among three public teaching hospitals in Bahia. Interviews were performed in a sample of 250 family members using the Comfort Scale for Family Members of Patients in Critical Health Status (ECONF). The information for characterization of the sample was analyzed by distribution of frequency, average and standard deviation. The level of comfort of family members, global and through ECONF dimension was analyzed in arithmetical averages and quartiles. For analysis of the difference of averages of global comfort levels and ECONF dimensions in accordance with variables of interest, the One Way (ANOVA) test was used. The Bartlett test was used to evaluate homogeneity of variances. When the Bartlett test demonstrated variances, the Kruskal Wallis nonparametric test was applied. The Bonferroni multiple comparison post-test was applied to identify which groups differ among themselves. A 5% statistical level of significance was adopted. The data was compiled in the base of the SPSS, version 17.0 for Windows program and analysis were made in Stata version 11 program. **Results:** Out of the 250 family members, 71.2% were visiting patients admitted to hospitals in Salvador and 28% to hospitals in Feira de Santana. The average age of the group was of 40.6 years (dp 11.9). Predominance was for female participants, married/common-law, catholic, secondary education, economically active and without prior experience of family members in a ICU. Most were the child or spouse of the patient, nevertheless only 44.8% lived with the patient. The interviewed party was the member responsible for the family in 41.2% of the cases. The global level of comfort of the family members was average. A high level of comfort was observed in the dimensions of Safety and Family and Patient Interaction, average in the dimension of Support and less in the dimension of Interaction and with daily routine. The ICU, the level of seriousness and hospitalization period, gender, age and family income; and the nature of the family relationship with the ICU patient influenced the level of comfort. **Conclusion:** The comfort level of family members according to ECONF dimensions varied from high to average and global comfort level was average. Influence occurred from variables related to family members of patients in the ICU and to the context of the hospitalization of the patient. Results demonstrate the importance of reflection by health professionals in relation to the effectiveness of health care practices guided towards family members with the aim of promoting comfort, in public services, under the context of Bahia. It is a challenge to implement actions that assist family members to minimize discomfort faced with the hospitalization of patients in the ICU, considering the variables under study.

Key-words: Comfort, UTI, family, nursing.

RESUMEN

GIBAUT, Mariana de Almeida Moraes. **Nivel de Conforto de Familiares de Personas Internadas en Unidad de Terapia Intensiva**. 2011. 81f. Disertación (Mestrado en Genero, Cuidado y Administración en Salud) – Escuela de Enfermería de la Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2011

Introducción: Conforto, meta del cuidado de enfermería, necesita ser comprendido a partir de las interacciones de los usuarios con los servicios de salud. No obstante poco se conoce sobre la experiencia de conforto de familiares de personas internadas en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y cuales variables influyen el nivel de conforto de ellos. **Objetivo Geral:** Investigar la influencia de variables relacionadas a los familiares de personas internadas en UTI e al contexto de internación de estas personas sobre el nivel de conforto de los familiares. **Métodos:** Estudio transversal, realizado en seis UTIs, distribuidas en tres hospitales públicos de enseñanza de Bahia. La muestra de 250 familiares fue entrevistada empleándose la Escala de Conforto de Familiares de Personas en Estado Crítico de Salud (ECONF). Datos de caracterización de la muestra fueron analizados por distribución de frecuencias, promedios y desviación estándar. El nivel de conforto de los familiares, global y por dimensión de ECONF fue analizado en promedios aritméticos y percentiles. Para análisis de la diferencia de los promedios del nivel de conforto global y por dimensión de ECONF según variables de interés, se empleó el teste One Way (ANOVA). El teste de Bartlett fue utilizado para evaluar la homogeneidad de las variancias. Cuando el Bartlett mostró heterogeneidad de las variancias se aplicó el test no-paramétrico de Kruskal Wallis. Se empleó el pos-teste de comparación múltiple, Bonferroni, para identificar cuales grupos difirieron entre ellos. Se adoptó el nivel de significancia estadística de 5%. Los datos compusieron una base en el programa SPSS, versión 17.0 para Windows y se realizó los análisis en el programa Stata versión 11. **Resultados:** De los 250 familiares, 71,2% estuvieron en visita a miembros internados en hospitales de Salvador y 28% en hospital de Feira de Santana. La edad mediana del grupo fue de 40,6 años (dp 11,9). Predominaron participantes del sexo femenino, casados/unión estable, católicos, secundaria completa, económicamente activos y sin experiencia anterior con familiar en UTI. La gran parte era hijo o conjugue del miembro internado, pero solamente 44,8% residían con el mismo. El propio entrevistado era el responsable por la familia en 41,2% de los casos. El nivel global de conforto dos familiares fue mediano. Se observó nivel de conforto alto en las dimensiones Seguridad e Interacción Familiar y Ente, mediano en la dimensión Suporte y menos en la dimensión Interacción Consigo y con el Cotidiano. La UTI de internamiento, el nivel de gravedad y el tiempo de internación del miembro; el sexo, la edad y la renta del familiar; y la naturaleza del relacionamiento del familiar con el miembro en la UTI influenciaron el nivel de conforto. **Conclusión:** El nivel de conforto de los familiares por dimensión de la ECONF varió de alto a mediano y el global fue mediano. Sufrió influencia de variables relacionadas a los familiares de personas en UTI y al contexto de internación de estas. Los resultados señalan la importancia de la reflexión de los profesionales de salud cuanto a la efectividad de prácticas de cuidar dirigidas a familiares visando la promoción del conforto, en servicios públicos, en el contexto de Bahia. Es un reto implementar acciones que ayuden familiares a minimizar el incómodo vivido con internación del miembro en la UTI, considerando las variables estudiadas.

Palabras-clave: Conforto, UTI, familia, enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	14
1.1.1 Objetivo Geral	14
1.1.2 Objetivos Específicos	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 CONFORTO: CONCEPÇÕES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	15
2.2 CONFORTO DE FAMILIARES DE PESSOAS EM ESTADO CRÍTICO DE SAÚDE .	18
2.2.1 Segurança: uma dimensão para a medida do conforto de familiares de pessoas internadas em UTI	19
2.2.2 Suporte: uma dimensão para a medida do conforto de familiares de pessoas internadas em UTI	21
2.2.3 Interação Familiar e Ente: uma dimensão para a medida do conforto de familiares de pessoas internadas em UTI	23
2.2.4 Integração Consigo e com o Cotidiano: uma dimensão para a medida do conforto de familiares de pessoas internadas em UTI	25
2.3 INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS NO CONFORTO DE FAMILIARES DE PESSOAS INTERNADAS EM UTI	26
2.4 UMA REFLEXÃO ACERCA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA	28
3 MÉTODOS	35
3.1 TIPO DE ESTUDO	35
3.2 LOCAIS DE ESTUDO	35
3.3 AMOSTRA	36
3.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS	37
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	37
3.6 COLETA DE DADOS	38
3.6.1 Instrumentos	38
3.6.2 Operacionalização da coleta de dados	39
3.7 ANÁLISE DE DADOS	40

4 RESULTADOS	41
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MEMBRO INTERNADO E SOCIODEMOGRÁFICA DOS FAMILIARES	41
4.2 NÍVEL DE CONFORTO GLOBAL E POR DIMENSÃO DA ECONF	43
4.3 INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS RELACIONADAS AO CONTEXTO DE INTERNAÇÃO DO MEMBRO NA UTI SOBRE O NÍVEL DE CONFORTO DO FAMILIAR	46
4.4 INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS RELACIONADAS AO FAMILIAR DE PESSOAS INTERNADAS NA UTI SOBRE O SEU NÍVEL DE CONFORTO	48
5 DISCUSSÃO	52
6 CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE A	73
APÊNDICE B	74
APÊNDICE C	75
ANEXO A	76
ANEXO B	78
ANEXO C	79
ANEXO D	80

1 INTRODUÇÃO

O conforto, considerado como um conceito fundamental relacionado à prática da enfermagem e objetivo a ser alcançado por meio do cuidado dessa profissão (MUSSI, 2004; SILVA *et al*, 2011), tem sua concepção predominantemente evocada a partir do referencial do(a) enfermeiro(a), da racionalidade científica e da administração hospitalar, sendo pouco levada em consideração a relação do indivíduo com a doença e as práticas de saúde (MUSSI, 2005). Além disso, algumas definições de conforto são idealizadas quando o associam a um estado ou sentimento de completo bem-estar (MORSE, 2000; ARRUDA, NUNES, 1998).

Entende-se o fenômeno conforto como uma experiência subjetiva, positiva, individual e que pode ser vivida em situações de doença e tratamento tanto pelo indivíduo como por seus familiares, devendo ser compreendido a partir das interações que estabelecem consigo, com outros seres, situações e objetos. Nesse sentido, os significados de conforto podem se modificar no tempo e espaço (MUSSI *et al*, 2000). Esse fenômeno é também multidimensional já que pode ser experienciado nas esferas física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (KOLCABA, 2005).

Com esse entendimento, a concepção de conforto precisa ser explorada e compreendida a partir das interações dos usuários com os serviços de saúde. Seguindo essa perspectiva, o significado e a promoção do conforto de clientes e família em situações de internamento começaram a ser estudados, principalmente, a partir da década de 90 (MUSSI, 1994; MCILVEEN, MORSE, 1995; ARRUDA, NUNES, 1998; KOLCABA, 2005; VAZ, SILVA, FIGUEIREDO, 2010). Todavia, apesar da família ser considerada objeto de atenção dos profissionais de saúde segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), e de se conhecer as dificuldades, sofrimento e necessidades vividas por familiares que possuem um de seus membros internados (PETTENGIL, ÂNGELO, 2005) ainda hoje são escassos os estudos sobre a experiência de conforto da família, especialmente, de familiares que possuem um de seus membros internados em UTI.

Pouco se sabe sobre a experiência de conforto da família nessa situação, o que esse fenômeno significa (FREITAS, MUSSI, MENEZES, 2012) e como pode ser promovido a ela pelas pessoas do sistema de atendimento dos serviços de saúde.

Considerando a família um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação afetiva e por um sentimento de pertença a esse grupo (GALERA, LUIS, 2002), a hospitalização de um de seus membros na UTI pode provocar medos, insegurança fragilidade, impotência,

mudanças na vida cotidiana etc, motivos que justificam identificar o que promove e como se pode promover conforto (FREITAS, MUSSI, MENEZES, 2012).

Em revisão de literatura dos últimos 5 anos, sobre conforto, apenas um estudo focalizou o construto na perspectiva de familiares com um membro internado em UTI. Esse estudo revelou que as categorias Segurança, Acolhimento, Informação, Proximidade, Suporte Social e Espiritual, Comodidade e Integração Consigo e com o Cotidiano expressaram o significado de conforto para esses familiares (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2012). Tais categorias evidenciaram que o conforto foi associado a confiança na competência técnico-científica, a atitude solidária e sensível da equipe de saúde, a chance de recuperação e a possibilidade de estar próximo do membro na UTI, ao acesso à informação, ao apoio de pessoas do convívio social da família, de fontes espirituais e de uma estrutura ambiental no hospital e a preservação do autocuidado e das atividades habituais.

Considerando que o conforto pode decorrer da interação de familiares com as práticas de cuidar em saúde (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2012), a mensuração do seu nível pode permitir a avaliação da efetividade dos cuidados voltados para este fim.

Mas se pouco se conhece sobre o seu significado também é verdade que pouco se conhece sobre a mensuração do nível de conforto para familiares e que variáveis podem influenciá-lo. A carência de instrumentos para essa medida é também real. Em revisão de literatura realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em fevereiro de 2013, em todas as fontes disponíveis, sem delimitação de período, buscando-se pelo método integrado, em todos os índices os termos conforto *and* escala, conforto *and* instrumento, conforto *and* medida e conforto *and* questionário, em espanhol, português e inglês, não se identificou escalas para a avaliação do conforto de familiares com um membro internado em UTI.

Em busca no banco de teses e dissertações do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) foi encontrada apenas uma tese que teve como objetivo construir e validar um instrumento de medida que avaliasse o nível de conforto de familiares de pessoas internadas em UTI (FREITAS, 2012). Essa foi desenvolvida no Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado a Saúde Cardiovascular e integra junto a essa dissertação um projeto matriz atualmente financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Segundo os resultados obtidos na tese, pelas análises de validade de conteúdo e de construto, a autora concluiu que a Escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde – ECONF é um instrumento válido e confiável para medida do construto. Esse instrumento está agora disponibilizado para utilização na prática clínica e constitui-se em

importante ferramenta para avaliar a efetividade de práticas de cuidado dirigidas a familiares para a promoção do seu conforto, especialmente em serviços públicos, no contexto baiano (FREITAS, 2012).

Sabe-se que os sentidos de conforto surgem e se modificam nas interações que as pessoas estabelecem com elas mesmas, com outros seres, situações e objetos (MUSSI, 2005). Nessa perspectiva, pode-se depreender que o sentido atribuído às interações dos indivíduos e da família com diferentes objetos sociais sofrerá também a influência de suas crenças, valores e condição social (FREITAS, 2012). Em uma revisão de literatura sobre conforto, Mussi (1996) analisou que estudos evidenciaram a idéia de que o nível de conforto podia variar em função da cultura, do sexo, do papel dos informantes, das circunstâncias que desencadeiam a necessidade de conforto, do estado de saúde, da experiência da doença, do ambiente, das expectativas de papel e estilo pessoal. O estudo de Hoghaug, Fagermoen e Lerdal (2012), realizado na Noruega, com visitantes de pessoas em UTI, identificou que a necessidade de conforto sofreu influência do sexo, da idade e da escolaridade. Contudo, ainda pouco se conhece sobre quais são as variáveis que influenciam o nível de conforto de familiares que vivenciam a hospitalização de um de seus membros.

Torna-se relevante também destacar a minha aproximação com a temática ao longo do meu processo de formação acadêmica. Nessa trajetória, privilegiei como objeto de estudo o conforto da família em situação de hospitalização de um de seus membros, tanto no desenvolvimento do plano de trabalho de iniciação científica vinculado ao Programa de Iniciação Científica da UFBA, como na elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da UFBA. Esses trabalhos estiveram também vinculados ao projeto matriz acima referido, no qual participei da coleta de dados aproximando-me de familiares de pessoas internadas em UTI, conhecendo seus anseios, medos e ansiedades e percebendo a necessidade de conhecer um pouco mais sobre as situações de (des)conforto experienciadas por eles e sobre os fatores que influenciavam o seu nível de conforto. Soma-se às experiências científicas relatadas, o meu estágio curricular em uma UTI Cardiológica, durante o qual vivenciei também a interação com familiares na prática profissional.

Com base no exposto, definiu-se como objeto deste estudo “nível de conforto de familiares de pessoas internadas em UTI”. E como questões de pesquisa: “Qual o nível de conforto de familiares de pessoas internadas em UTI?” e “Existe influência de variáveis relacionadas ao familiar de pessoas internadas em UTI e ao contexto de internação de seu membro sobre o nível de conforto desse familiar”?

O estudo visa contribuir para a reflexão e compreensão da(o)s enfermeira(o)s e demais profissionais da saúde sobre as situações de conforto e desconforto experienciadas pelos familiares e sobre os fatores que podem variar o seu nível de conforto, bem como, para a avaliação da efetividade do cuidado interdisciplinar e para a proposição de práticas de cuidar em saúde objetivando a promoção do conforto destes. Além disso, o estudo reforça e amplia o referencial teórico acerca do conforto e contribui para a validação da ECONF.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Investigar a influência de variáveis relacionadas aos familiares de pessoas internadas em UTI e ao contexto de internação dessas sobre o nível de conforto dos familiares.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Estimar o nível de conforto global dos familiares pela Escala de Conforto para Familiares de Pessoas em Estado Crítico de Saúde (ECONF).
- Estimar o nível de conforto dos familiares nas dimensões Segurança, Interação Ente e Parente, Suporte e Integração Consigo e com o Cotidiano da ECONF.
- Investigar a influência do sexo, da idade, da escolaridade, da renda, do estado civil e da religião do familiar; do responsável pela família; da natureza do relacionamento, da residência e da experiência prévia do familiar com o membro na UTI sobre o seu nível de conforto.
- Investigar a influência da gravidade do estado de saúde, do tempo de internação, e do local de internamento do membro na UTI sobre o nível de conforto dos familiares.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONFORTO: CONCEPÇÕES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Desde os primórdios da profissão até o presente, o conforto é uma meta do cuidar em enfermagem (MCLLVEENN, MORSE, 1995; MUSSI, 2000), na qual a família é incluída como objeto de atenção à saúde.

Etimologicamente, a palavra origina-se do latim confortare, que significa fortificar, corroborar, conceder, consolar, aliviar, assistir, ajudar e auxiliar (ROSA *et al*, 2008).

O conforto vem sendo defendido como um estado ou sentimento de bem-estar (MORSE, 2000), estado subjetivo, em que se verifica uma sensação de bem-estar mental e físico, isento de dor, desejo ou ansiedade (ELHART *et al*, 1983), estado de comodidade e bem-estar em que a pessoa está à vontade consigo mesma e com o seu ambiente (DU GAS, 1984), estado relaxado, quando as pessoas experienciam emoções positivas, livres de extrema tensão e dor, têm uma sensação de relaxamento e estão conscientes de sua identidade (LEAL, 1986).

É um construto multidimensional, que pode ser vivenciado ao longo do continuum saúde-doença (MORSE, 1992). A sua multidimensionalidade pode ser identificada desde a segunda metade do século XX, nas quais autores referiam-se ao conforto como de caráter físico e mental (Orlando), como uma necessidade básica relacionada às necessidades de alimentação, repouso, sono e comunicação (Perplau), sendo de extrema importância a sua avaliação e promoção considerando o contexto sociocultural dos indivíduos (Leninger; Watson) (APOSTOLO, 2010, p.17-18). Essa multidimensionalidade expressa-se também na definição de conforto de Katherine Kolcaba como “a satisfação das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental” (KOLCABA, 1994).

Contudo, algumas definições de conforto (ELHART *et al*, 1983; DU GAS, 1984; LEAL, 1986; NEVES-ARRUDA *et al*, 1989) supõem uma situação ideal de saúde, reforçando-o como um imperativo moral, dificilmente realizável (MUSSI *et al*, 2002).

Diante disso, o conforto deve ser compreendido como uma experiência positiva, subjetiva, de natureza multidimensional e que se modifica no tempo e espaço a depender dos objetos com os quais uma pessoa interage:

Os sentidos de conforto surgem e se modificam nas interações que a pessoa estabelece nas situações vivenciadas (consigo mesma, outros seres, situações e objetos) e a ação das pessoas, relacionada ao conforto ou desconforto, é baseada nos sentidos que ela atribui às coisas com as quais interage. Com base nessas premissas, conforto/desconforto são considerados termos genéricos ou abstrações, não têm um sentido em si: é a interação que lhes atribui significado (MUSSEI *et al*, 2002, p.117).

Assim sendo, é um fenômeno complexo e o seu significado pode depender do contexto social, econômico e cultural das pessoas (CHAPPELLES, SHOVE, 2004). Já que o conforto é produzido na interação com objetos sociais, seu sentido precisa ser buscado na interação da família com os objetos da UTI e a sua mensuração deve ser balizada pelos sentidos atribuídos ao fenômeno.

A família interage com práticas de saúde, com a racionalidade que as fundamentam, com profissionais e objetos institucionais que poderão ser fontes de conforto ou desconforto (FREITAS, MENEZES, MUSSEI, 2012), podendo, este último, ser minimizado quando familiares tornam-se sujeitos da atenção à saúde, como preconiza a Política de Humanização (BRASIL, 2004a).

Nessa perspectiva, conhecer o nível de conforto de familiares de pessoas internadas em UTI pode ajudar os profissionais a identificarem as situações que promovem conforto e/ou desconforto a estes sujeitos, suscitando reflexões e guiando práticas para qualificação do processo de cuidar.

Entende-se que o conforto decorre do processo de cuidar ético, humanístico e técnico científico, é a meta a ser alcançada pela integração entre sensibilidade e racionalidade no processo de cuidar do indivíduo e família (MUSSEI, 2000). O conforto pode ser considerado como resultante dos cuidados prestados, e o cuidar é um processo do qual pode resultar a experiência do conforto (MORSE, 2000).

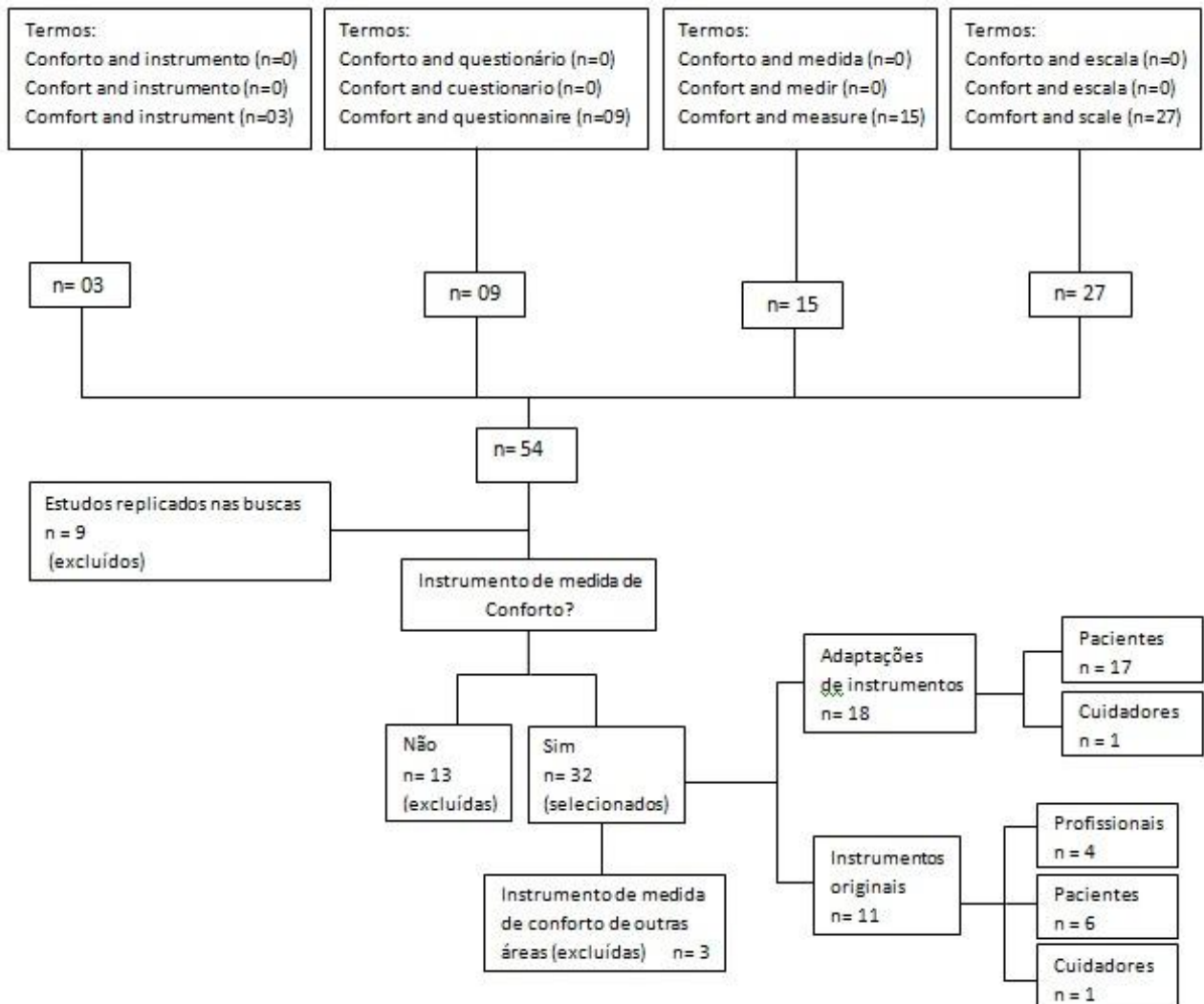
Todavia a literatura acerca da medida do conforto desse grupo é escassa. Em uma revisão de literatura realizada na BVS, em 03 de fevereiro de 2013, em todas as fontes disponíveis (incluem-se aí os principais bancos de dados de pesquisa em saúde como LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO), sem delimitação de período, buscando-se pelo método integrado, em todos os índices os termos conforto *and* escala, conforto *and* instrumento, conforto *and* medida e conforto *and* questionário, em espanhol, português e inglês, identificou-se 54 estudos.

Destes 54 artigos, 9 foram excluídos por estarem repetidos em diferentes bases de dados e 13 por não tratarem de instrumentos de medida do conforto.

Dos 32 estudos identificados, 3 abordavam instrumentos de medida do conforto em outras áreas (Apêndice A) e 29 tratavam de instrumentos de avaliação do conforto na área de saúde. Destes, 11 eram instrumentos originais (Apêndice B) e 18 eram adaptações (Apêndice C). Vinte e três deles avaliavam o conforto de pacientes, 4 de profissionais e 2 de cuidadores. Nenhuma escala para avaliação do nível de conforto de familiares de pessoas internadas em UTI foi encontrada (Figura 1).

Vale ressaltar, como limitação para as buscas realizadas na BVS, que o construto conforto não é um descritor primário (Fonte: Descritores de Saúde da BVS), e sim um sinônimo para a expressão “Cuidados de conforto” do descritor “Cuidados Paliativos”.

Figura 1: Fluxograma de revisão de literatura sobre artigos que usaram instrumentos de medida do conforto. Salvador-BA, 2013.



Em complementação à investigação realizada na BVS, realizou-se uma busca no banco de teses e dissertações do portal CAPES, sendo encontrada uma tese da autora Kátia Santana Freitas, que construiu e validou uma escala para a medida do conforto de familiares que possuem um membro na UTI – ECONF. Essa tese de doutorado foi defendida no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e desenvolvida no Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular, conforme mencionado na introdução (FREITAS, 2012).

A pesquisa, na etapa de validade de conteúdo, identificou sete dimensões para o fenômeno conforto, posteriormente reduzidas a quatro, de acordo com a realização da análise fatorial, denominadas de Segurança, Suporte, Interação Familiar e Ente e Integração Consigo e com o Cotidiano. A autora constatou que o conforto significou sentir confiança na competência técnico-científica dos profissionais de saúde, perceber atitude solidária e sensível das pessoas do sistema de atendimento, ter acesso e estar informado sobre as condições do membro internado, poder estar próximo física e emocionalmente do membro, receber ajuda de pessoas de seu convívio social, desfrutar do apoio da estrutura física e ambiental do hospital, conseguir cuidar de si, ajudar o seu membro e dar continuidade à vida cotidiana (FREITAS, 2012). Essa escala é pioneira para explorar o que se propõe e apresentou validade e confiabilidade nas análises psicométricas.

2.2 CONFORTO DE FAMILIARES DE PESSOAS EM ESTADO CRÍTICO DE SAÚDE

A promoção do conforto de familiares é fundamental considerando os inúmeros desconfortos vivenciados com a internação de um de seus membros na UTI, já bastante elucidados na literatura.

Familiares com um membro internado na UTI vivenciam angústias, dúvidas sobre o cuidado e tratamento, medo do desconhecido, incertezas e sofrimento decorrentes desse momento. Na UTI, por ser um ambiente especial, em que a gravidade da condição de saúde, a invasividade do tratamento, e o risco de morte estão presentes, pode-se experienciar um contexto hostil e negativo predominando o imaginário da morte, da dor e do sofrimento (PINHO, SANTOS, 2008). Esse ambiente tende a ser extremamente hostil para a pessoa internada e também para os familiares, visto que são unidades frequentemente ruidosas, fechadas, artificialmente iluminadas, agitadas, frias, com profissionais em atividades ininterruptas, com normas e rotinas que restringem visitas e com grande quantidade de equipamentos desconhecidos ligados aos pacientes (GOTARDO, SILVA, 2005; FREITAS,

2012). O atendimento prestado demanda o uso de tecnologias duras para assegurar a sobrevivência e, se a atenção da equipe de saúde for apenas voltada para a doença e para os procedimentos técnicos, desconsiderando os sentimentos do membro internado e de seus familiares, a promoção do conforto estará ameaçada.

Apesar dessa problemática, a teorização sobre o conforto de familiares com um membro na UTI é escassa e recente, tendo sido mais fortemente aprofundada por Freitas (2012). Os poucos estudos existentes nessa perspectiva referiram-se aos sujeitos da investigação como visitantes (HOGHAUG, FAGERMOEN E LERDAL, 2012), acompanhantes (SZARESKI, BEUTER, BRONDANI, 2009) ou cuidadores (REZENDE *et al*, 2010) permitindo antever que incluem ou se relacionam também a familiares. Todavia esses estudos pouco conceptualizaram o construto conforto.

Ademais, conforme mencionado, com exceção da ECONF não foram identificados outros instrumentos de medida do nível de conforto de familiares com um membro internado em UTI.

Nesse sentido, procurou-se direcionar este item para a conceptualização do conforto referente às quatro dimensões da ECONF, considerando a sua relevância para a medida desse construto e a opção pelo seu emprego neste estudo. Tais dimensões expressam que o conforto significa confiança na competência técnico-científica, a atitude solidária e sensível da equipe de saúde, a chance de recuperação e a possibilidade de estar próximo do membro na UTI, ao acesso à informação, ao apoio de pessoas do convívio social da família, de fontes espirituais e de uma estrutura ambiental no hospital e a preservação do autocuidado e das atividades habituais.

2.2.1 Segurança: uma dimensão para a medida do conforto de familiares de pessoas em UTI

A segurança do familiar que possui um membro internado na UTI representa o conforto relacionado à confiança dos familiares na competência técnico-científica e humanística da equipe de saúde e a consideração dos familiares como pessoas pelos profissionais e suas demonstrações afetivas para com a família (FREITAS, 2012).

A família, ao interagir com o risco de vida do membro internado, deposita na racionalidade médico-científica a possibilidade de garantia da sua sobrevivência (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2012). O conforto então advém da confiança na qualidade técnica do

atendimento a qual lhe oferece a segurança de que a sobrevivência poderá ser assegurada pelos cuidados da equipe de saúde (MUSSI, 2002).

O estudo de Lourenço e Neves (2008) sobre as necessidades de cuidado e conforto de visitantes de pessoas internadas em UTI relacionou o conforto à confiança no hospital, à qualidade do cuidado proporcionado pela UTI e a valorização dos aspectos humanitários. Schneider *et al* (2008), corroboram com esses achados quando, ao analisar as percepções de familiares sobre o acolhimento na UTI, verificaram que a família o percebeu como essencial, criando um vínculo de confiança e oferecendo a segurança de que o seu membro foi entregue em boas mãos.

Leske (2002) agrupou as necessidades dos familiares de pessoas criticamente enfermas em cinco áreas principais. Uma dessas denominava-se Ter Segurança, a qual refletia a necessidade de ter esperança sobre a evolução favorável de seu membro, cuja satisfação promovia confiança e ausência de dúvidas. No estudo de Oliveira (2006), os familiares enfatizaram a dedicação da equipe, as informações recebidas e o apoio emocional como atitudes geradoras de bem-estar e conforto, quando da internação de um membro em UTI.

Para Freitas, Menezes e Mussi (2012) o conforto pode ser promovido pelas interações dos familiares com profissionais competentes técnica e cientificamente e com a humanidade da equipe de atendimento hospitalar, comprometida com a qualidade do cuidado oferecido. Para os familiares deste estudo, o conforto significou a possibilidade de recuperação do membro hospitalizado em decorrência de estar em “boas mãos” e em um lugar que oferece recursos para o tratamento e, portanto em condições de favorecer a sua sobrevivência. Significou também a percepção de que o membro da família estava sendo bem cuidado, por profissionais habilidosos e dotados de conhecimentos, de que a equipe agia prontamente para atender as demandas de cuidado e tratamento do membro, bem como o observava com atenção e responsabilidade e que os familiares eram considerados como pessoas nas relações interpessoais com os integrantes da equipe.

Conforto para os familiares significou, ainda, respeito, aceitação e valorização pelos profissionais, ser ouvido e compreendido, perceber que as pessoas se preocupavam com o sofrimento da família e com as possibilidades de minimizá-los, ser atendido gentilmente na recepção da UTI, ser tratado com tranquilidade, cumprimentado com um sorriso ou abordado com uma conversa, receber informações de forma gentil e compreensível e perceber boa vontade e sinceridade nos profissionais (FREITAS, MENEZES E MUSSI, 2012).

É importante para os familiares que a comunicação seja feita de modo claro e com termos compreensíveis, pois a utilização de expressões técnicas ou do jargão médico pode

impedir que as informações sejam assimiladas adequadamente, o que pode gerar conflitos e sensação de abandono no cuidado do paciente e dos próprios familiares (SOARES, 2007).

Gotardo e Silva (2005) também consideram importante que as informações oferecidas aos familiares sejam claras, concisas e com linguagem apropriada. É necessário ouvir a família a respeito do que sente e de suas necessidades, além de informá-la sobre como pode participar positivamente do tratamento (MOREIRA, MARTINS, CASTRO, 2012). Quando os familiares recebem adequadamente as informações sobre o estado de saúde do seu membro, demonstram-se aliviados e seguros em relação ao cuidado recebido. Neste momento, a família, ao se sentir acolhida, expõe suas dúvidas e preocupações, criando um elo de confiança entre equipe e família (MAESTRI *et al*, 2012). Dessa maneira, faz-se necessário valorizar o acolhimento dos familiares adotando-se um sistema eficaz de comunicação por meio de informações detalhadas e sempre que desejadas, bem como a capacitação emocional da equipe multiprofissional para lidar com o sofrimento da família (LEITE, VILA, 2005), promovendo assim o conforto.

Com base no exposto, os familiares precisam ser considerados seres humanos, que sofrem diante da internação do ente na UTI e tem necessidade de interações sensíveis com os profissionais do hospital e direitos a serem respeitados, devendo ser garantidas práticas de acolhimento que assegurem a sua dignidade. Reside aí o começo de um caminho em direção à promoção do conforto cuja responsabilidade é da equipe de saúde com importante parcela de contribuição do trabalho da equipe de enfermagem.

2.2.2 Suporte: uma dimensão para a medida do conforto de familiares de pessoas em UTI

O suporte representa o conforto relacionado à infraestrutura necessária, em termos de espaço físico, para acomodação e atendimento das necessidades dos familiares, à flexibilização das normas e rotinas hospitalares em função das demandas da família, especialmente aquelas relacionadas à visita, e ao acesso a informações que permitam a família conscientizar-se da realidade da condição de saúde do seu membro (FREITAS, 2012).

Quando relacionado ao espaço físico, o conforto depende de um local agradável, que disponha de acomodações e recursos para atender as necessidades dos familiares, devendo constar de uma sala de espera ampla, limpa, privativa, próxima à UTI, com móveis confortáveis, água para beber, banheiros e meio de distração, além disso, é importante se contar com um local próximo para as refeições (FREITAS, 2012). O oferecimento desse

suporte aos familiares pode prevenir o surgimento de novos desconfortos (FREITAS, MUSSI, 2011).

O conforto relacionado ao ambiente apresenta-se como um dos objetivos da PNH com o conceito de Ambiência. Este refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, de forma que proporcione atenção acolhedora, humana e resolutive, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem *versus* espaço. O espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – a dizer cor, cheiro, som, iluminação, morfologia... –, e garantindo conforto ao trabalhador, paciente e sua rede social (BRASIL, 2004b). Nesta política, a confortabilidade está relacionada a componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando aplicados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras e dão muitas vezes contribuições significativas no processo de produção de saúde.

Quanto ao Suporte relacionado às normas e rotinas hospitalares, os familiares de pessoas com doença crítica desejam regras mais liberais de visita e permanência junto ao seu membro (OLIVEIRA, 2006). A possibilidade de flexibilidade no horário e de número de visitantes da UTI aparece como uma boa estratégia de conforto, porque os familiares se sentem amparados, ajudados e compreendidos. Assim, pelo menos parte das suas necessidades afetadas é atendida, sendo que, neste momento de muita angústia e de muita ansiedade, estes minutos a mais ao lado do seu membro representam respeito aos vínculos afetivos (MAESTRI *et al*, 2012), promovendo conforto.

Além das necessidades individuais de flexibilização de normas e rotinas hospitalares, diante da hospitalização de um membro na UTI, os familiares apresentam-se perdidos por não conhecerem os rituais desse setor e permanecem aflitos para falar com alguém da equipe, a fim de obter informação sobre a condição de saúde do familiar (GOTARDO, SILVA, 2005).

Sabe-se que a falta de informação e a incerteza constituem importantes fontes de ansiedade em pacientes e familiares (FITZSIMONS, PARAHOO, STRINGER, 2000) e causam apreensão àqueles que esperam aflitos o momento da visita para retirarem as dúvidas e, de preferência, receberem boas notícias (SILVA, SANTOS, 2010). Contudo, nem sempre se observa a preocupação com o preparo prévio do familiar para o contato com o membro da família e com o novo ambiente (TAKAHASHI, 1986).

A(o) enfermeira(o), ao oferecer informações sobre a doença e explicar procedimentos terapêuticos, desempenha uma estratégia de suporte para a família (OLIVEIRA, 2006) e portanto de conforto.

Ainda em relação ao Suporte, o conforto relaciona-se ao apoio social e espiritual/religioso. Os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da saúde mental, para o enfrentamento de situações estressantes e para o alívio do estresse (HAYAKAWA *et al*, 2010). O suporte conferido pela rede social é representado por um misto de afetividade, fé e solidariedade. Além da rede social, composta por familiares, amigos e vizinhos, a religião/espiritualidade constitui um importante apoio para a família no enfrentamento da doença e tem papel relevante na manutenção e recuperação da saúde dos membros familiares, uma vez que a fé e a esperança podem ajudar a aliviar a dor e o sofrimento da família causada pela presença da doença no cotidiano, além de serem motivo de esperança em relação à cura (CORREA, 2006).

Freitas, Menezes e Mussi (2012), relacionaram conforto à provisão de apoio aos familiares, no intuito de propiciar-lhes melhor enfrentamento da experiência de hospitalização de um membro na UTI, à transmissão de informações claras e verdadeiras pelos profissionais de saúde possibilitando o conhecimento do real estado de saúde do membro, do tratamento recebido, assim como de tudo o que se relaciona à sua evolução clínica e ao que iria acontecer no tocante aos exames, transferências e altas; a ter um local para se alimentar e beber água, ter acomodações adequadas para sentar-se, ter um banheiro e sala de espera próximos da UTI e uma televisão para assistir no hospital.

2.2.3 Interação entre o familiar e o membro na UTI: uma dimensão para medida do conforto de familiares de pessoas em UTI

A interação entre familiar e o seu membro internado representa o conforto relacionado a estar junto, poder desfrutar dessa interação, perceber a possibilidade de recuperação do membro da família e perceber a sua satisfação com o atendimento prestado (FREITAS, 2012).

Com a internação na UTI o vínculo familiar fica interrompido, podendo aumentar o descontrole emocional. A família passa a se sentir impotente, desolada e culpada por não poder cuidar de seu familiar, promovendo, com isso, um aumento da angústia e da ansiedade (MOREIRA, MARTINS, CASTRO, 2012).

Por ocasião da admissão em uma UTI, tanto o membro internado como os familiares experimentam uma das maiores crises de sua vida (THELAN, DAVID, URDEN, 1990 *apud* LOURENÇO, NEVES, 2008). As razões para essa crise associam-se a desconfortos como a privação do convívio com o ente, a possibilidade de sua perda e a mudança na rotina da vida familiar. A internação na UTI, além de gerar a ruptura da vida familiar em conjunto, agrava esse rompimento quando restringe a proximidade do familiar junto ao seu membro (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2012). Esse desconforto pode ser minimizado pela possibilidade constante de se estabelecer relações de troca e envolvimento entre eles (SIDDIQUI, SHEIKH, KAMAL, 2011).

Diante disso, é inquestionável a importância do profissional de saúde dispensar atenção aos familiares, com o objetivo de facilitar o enfrentamento dessa nova experiência. A enfermagem, sendo uma profissão que enfatiza o cuidado personalizado e holístico, deve se preocupar em cuidar da família que sofre com o afastamento da convivência com o membro internado, pela separação imposta pela hospitalização (MARUITI, GALDEANO, 2007; MEZZAROBA, FREITAS, KOCHLA, 2009). Cabe, portanto, atentar para as particularidades das necessidades dos familiares, possibilitando, sempre que necessário, o encontro entre o familiar e o membro internado. Quanto mais autêntica a interação enfermeiro(a)/familiar melhor será para a família e, conseqüentemente, para a pessoa hospitalizada (PAULI, BOUSSO, 2003).

Para Freitas, Menezes e Mussi (2012), conforto nessa dimensão significou estar junto do membro internado, física e emocionalmente, e desfrutar da interação estabelecida entre eles, sendo este conforto potencializado quando o membro da família é capaz de interagir, isto é, perceber a presença do familiar ao seu lado e estar fora de risco de vida.

Diante disso, os profissionais de saúde devem estar atentos ao enfrentamento dos familiares diante de situações clínicas mais graves. Nesses casos, o membro internado pode estar entubado ou inconsciente, sem capacidade de interagir e com poucas chances de recuperação, limitando a possibilidade da experiência de conforto. Precisam nesses casos, receber o suporte emocional da equipe de saúde e as informações necessárias para melhor entendimento da situação e evolução da condição de saúde do seu membro. Saber que seu membro está em boas mãos pode ser uma fonte de conforto apesar da gravidade da sua situação.

2.2.4 Integração consigo e com o cotidiano: uma dimensão para medida do conforto de familiares de pessoas em UTI

A integração consigo e com o cotidiano significa o conforto relacionado à possibilidade do familiar conseguir cuidar de si, mesmo quando a sua atenção está centrada no membro internado, e dar continuidade à vida familiar e cotidiana, tal como ocorria antes da entrada do membro na UTI (FREITAS, 2012).

As alterações, perturbações e dificuldades vividas pelos familiares de natureza física, psíquica e social, decorrentes da interação do familiar com a internação de um membro na UTI, podem interferir na capacidade de relação dos familiares com o mundo e de organização e enfrentamento da situação, assim como, no seu bem-estar (GAMEIRO, 2003). Tais condições podem alterar seus hábitos e costumes diários (SZARESKI, BEUTER, BRONDANI, 2009) e os familiares podem “adoecer” com o paciente, se desestruturando em nível biopsicossocial, interferindo diretamente na forma de enfrentamento da hospitalização (MOREIRA, MARTINS, CASTRO, 2012).

O adoecimento de um membro da família representa uma ameaça à estrutura familiar: esse sistema, como um todo, vê-se abalado. Os familiares se deparam com a dificuldade de cuidar de si mesmo e atender as suas necessidades básicas como o sono, repouso, nutrição e lazer. Além disso, a internação gera transtorno na rotina de vida deles, muitos manifestam o cansaço resultante de noites mal dormidas, acúmulo de funções, prejuízo no desempenho profissional e, dificuldade em conciliar o horário de trabalho com os horários de visita à UTI, desgaste físico e financeiro, descuido com a própria saúde e sobrecarga (OLIVEIRA, 2006).

O estudo de Freitas, Mussi e Menezes (2012) que objetivou conhecer os desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI, revelou que o cotidiano da família transformou-se, e ela sofreu uma descontinuidade da vida cotidiana expressada pelos desconfortos da angústia da possibilidade da perda do familiar, da cisão na vida familiar, das mudanças na vida social e profissional e das dificuldades para cuidar de si.

Diante desse panorama ainda é um enorme desafio a promoção do conforto, ou seja, ajudar os familiares a minimizar a ruptura com a vida cotidiana. Os profissionais de saúde precisam estar atentos às suas demandas, aos sinais de estresse e sofrimento, recomendando o autocuidado, descanso quando estiverem fora da UTI e momentos de distração.

2.3 INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS NO CONFORTO DE FAMILIARES DE PESSOAS EM UTI

Partindo do pressuposto que os sentidos de conforto surgem e se modificam nas interações que as pessoas estabelecem com elas mesmas, com outros seres, situações e objetos (MUSSI, 2005), acredita-se que esses sentidos sofrerão também a influência de suas crenças, valores e condição social (FREITAS, 2012). Em revisão de literatura, Mussi (1996) aferiu que o conforto pode variar em função da cultura, das condições sociais e econômicas, do sexo, da experiência dos sujeitos, do estado de saúde, entre outros fatores. No entanto, ainda pouco se conhece sobre as variáveis que podem efetivamente influenciá-lo.

Um estudo de Costa *et al* (2010) identificou os principais estressores ambientais, conforme a percepção de familiares de pessoas internadas em uma UTI geral de adultos de um hospital público universitário. Para tal, desenvolveram uma escala baseada na Escala de Estressores em UTI (*Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale – ICUESS*). O motivo de internação e o tempo de internamento do membro mostraram-se como os fatores mais estressantes para os familiares. Considerando que fatores estressores apresentam-se como fonte de desconfortos, pode-se inferir que essas duas variáveis podem influenciar o nível de conforto de familiares.

Outro estudo desenvolvido por Rezende *et al* (2010) avaliou o bem-estar global de cuidadores informais de pessoas com câncer ginecológico ou de mama na fase avançada da doença em um hospital-escola brasileiro de referência para o tratamento de câncer, através do *General Comfort Questionnaire (GCQ)* em sua versão em português. Verificou também a associação do bem-estar com ansiedade, depressão, variáveis sociodemográficas e encargos do cuidador principal. O bem-estar global foi significativamente associado com a faixa etária, quanto mais novo o cuidador, pior o seu bem estar; cuidadores do sexo masculino apresentaram grau de bem-estar significativamente maior do que cuidadores do feminino; e maridos apresentaram grau de bem-estar significativamente maior que todos os outros cuidadores. Considerando-se a proximidade conceitual e de significados entre o construto conforto e o bem-estar utilizada no estudo, pode-se depreender que o nível de conforto pode ser influenciado pelas variáveis idade, sexo e natureza do relacionamento.

Um estudo de Leske (1992), realizado com 905 familiares de pessoas em estado crítico de saúde, teve como objetivo comparar as necessidades de suporte, conforto, informação, proximidade e segurança de acordo com variáveis tais como, idade do familiar, sexo, relacionamento com o membro internado, experiência prévia com um membro na UTI e

diagnóstico médico. O instrumento utilizado foi o *Critical Care Family Needs Inventory*. Os grupos etários mais velhos demonstraram maior necessidade de conforto quando comparados aos grupos etários mais jovens, bem como as mulheres comparadas aos homens. Cônjuges e pais relataram maior necessidade de conforto do que filhos. Os familiares que apresentaram experiência prévia com um membro na UTI também demonstraram maior necessidade de conforto. Familiares de pessoas com diagnóstico cirúrgico referiram maior necessidade de conforto quando comparados aos familiares de pessoas com diagnóstico clínico ou trauma.

Por fim, um estudo realizado por Hoghaug, Fagermoen e Lerdal (2012), em um hospital universitário na cidade de Oslo, Noruega, teve como objetivo descrever as relações entre a percepção da necessidade de apoio, conforto, informação, proximidade e segurança de visitantes na UTI e variáveis sócio-demográficas (idade, sexo e nível de educação formal), tempo de internação na UTI e a natureza do relacionamento do visitante com a pessoa na UTI. Os autores também utilizaram o *Critical Care Family Needs Inventory* para a percepção destas necessidades. Neste estudo, os visitantes de grupos etários mais jovens consideraram a necessidade de conforto, informação, proximidade e segurança mais importante do que aqueles de grupos etários mais velhos. Para todas as variáveis, os visitantes mais velhos consideraram as suas necessidades como menos importantes do que os visitantes mais jovens, exceto para a necessidade de apoio. Para os autores, uma possível explicação deve-se ao fato de profissionais de saúde dispensarem mais atenção e serem mais sensíveis às necessidades de pessoas idosas, o que poderia refletir na maior necessidade percebida dos visitantes mais jovens. É também possível que os trabalhadores de saúde dispensem menos atenção aos jovens, por acharem que estes são mais capazes de cuidar de si mesmos.

Ainda no estudo citado, as mulheres consideraram a necessidade de conforto como mais importante do que os homens e visitantes com menor nível de educação formal consideraram a necessidade de conforto, apoio e proximidade mais importante do que aqueles com um maior nível de escolaridade. Os autores inferiram que a diferença na percepção das necessidades entre os sujeitos de diferentes níveis de escolaridade pode estar associado ao fato do(a)s enfermeiro(a)s e médicos ajustarem seus cuidados inconscientemente para o status social do visitante, ou seja, transmitirem mais apoio, conforto, informação, proximidade e segurança aos visitantes com maior nível de escolaridade. As necessidades de apoio e de proximidade foram também consideradas mais importantes para os visitantes de pessoas com menor tempo de internação em comparação com as com maior tempo de internação. Os autores afirmam que esta descoberta levanta a questão sobre se os profissionais de saúde

fornece menos apoio e empatia para visitantes de pessoas que permanecem por um curto período de tempo na UTI.

Apesar das lacunas na literatura sobre as variáveis que podem influenciar o nível de conforto de familiares, os achados dos estudos referidos acima orientam para novas investigações que explorem a possível relação do conforto com variáveis relacionadas ao tempo de internamento de um membro da família na UTI, idade, sexo, escolaridade e natureza do relacionamento do familiar com o membro.

2.4 UMA REFLEXÃO ACERCA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ameaça provocada pela doença, tratamento e/ou hospitalização de um membro da família pode levar os familiares a um estado de fragilidade, insegurança e medo (LOURENÇO, NEVES, 2008). Diante disso, a família tem sido defendida como sujeito da atenção à saúde, como preconizam as políticas e os discursos de humanização, bem como tem sido objeto de investigação e de cuidado em enfermagem (ANGELO *et al*, 2009).

Reconhecendo que as políticas públicas de saúde orientam práticas profissionais, é de fato fundamental refletir acerca daquelas voltadas para esses sujeitos.

Temos como objeto de estudo o “Nível de conforto de familiares de pessoas internadas em UTI”. Mas, de qual concepção de família devemos partir? “Um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação afetiva e um sentimento de pertença a determinado grupo” (GALERA, LUIS, 2002)? “Não só aquelas pessoas unidas por laço consanguíneo” (CASANOVA, LOPES, 2009)? Patriarcal, “valorizando-se o pai como provedor, a mãe como educadora e dona de casa e o filho como fruto do casal” (COSTA, 2006)? Um grupo que “historicamente desempenhou funções de reprodução biológica, reprodução social e construção de identidade” (SINGLY, 2002 *apud* ITABORAÍ, 2005)? Um sistema que tende ao equilíbrio e que o adoecimento de um dos seus membros pode desestabilizar todo o conjunto?

Não apenas! Pensamos que devemos entender a família como uma “instância coletiva, constituída por sujeitos de direitos, um espaço a ser cuidado...”; “espaço de mudanças já perceptíveis no convívio e no confronto entre gênero e gerações” (HAMMERSCHMIDT, SANTOS, 2009); “alvo de ação e meta de resultados para a inclusão social, garantia de saúde e desenvolvimento humano” (SOUZA, SOUZA, 2011); que vem se transformando substancialmente, apresentando novos arranjos familiares, com grande número de lares

monoparentais chefiados por mulheres, com redes sócio-familiares frágeis (GELINSK, 2010); ou ainda, uma vez que a noção de escolha faz da afeição o principal elemento constituinte da relação familiar, se permite reconhecer como formas familiares legítimas antigos objetos de estigma, como o descasamento, os filhos adotivos e os parceiros do mesmo sexo (ITABORAÍ, 2005).

Mas ainda assim os familiares, sujeitos desta dissertação são peculiares. São familiares de pessoas internadas em UTI. E o que essas pessoas, nessa situação específica, trazem de diferencial no que já foi dito? Não há como negar que familiares que possuem um membro hospitalizado na UTI podem encontrar-se em uma condição de fragilidade biológica, psíquica e social, uma vez que a doença e internação constituem-se em eventos que produzem sofrimento, alteração de papéis e hábitos da vida cotidiana, bem como a incerteza de recuperação do parente (FREITAS, MUSSI, MENEZES, 2012).

Uma vez esclarecido os sujeitos de interesse, cabe agora refletir sobre a Política Nacional de Humanização no contexto de atenção à saúde da família.

Em 2000, cria-se o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propõe um conjunto de ações com vistas a melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde prestados nos hospitais públicos. Tendo como objetivo fundamental “aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade” (BRASIL, 2001).

Abrangendo toda a rede de atenção à saúde, em 2002, o Ministério da Saúde (MS) estabelece a Política Nacional de Humanização da Atenção. De acordo com essa política, humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004a). A PNH ainda preconiza a gestão participativa, a visita aberta e o direito ao acompanhante, acolhimento à família cuidadora, entre outros, como exemplos de iniciativas que têm potência para melhorar os serviços e o sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Pensando mais precisamente nos sujeitos de estudo, a PNH inclui a necessidade de informá-lo sobre a real necessidade de saúde do seu membro, dos profissionais estarem prontos para acompanhá-lo nos momentos necessários, acolhê-los com palavras de apoio e ações humanizadoras, auxiliarem a tornarem-se protagonistas do tratamento oferecido, permitir que se aproximem do seu membro, seja por flexibilização de visitas, seja pela possibilidade de acompanhamento, entre outros (BRASIL, 2007). Porém, observamos em nosso cotidiano profissional, bem como constatamos em estudos, que práticas em saúde resumem-se a um suposto acolhimento, preso na organização da demanda e triagem nas

emergências e unidades básicas de saúde e a garantia, ainda que deficiente, de acompanhante para a mulher no momento do parto (FRANZON, 2011; SOUZA et al, 2008).

Além disso, comportamentos adotados pelas pessoas do sistema de atendimento hospitalar nas interações com seus familiares constituem-se em obstáculos para o acolhimento quando os desqualificam como seres humanos. A exemplo, boletins de informações genéricos sobre o estado do seu membro emitidos em "chavões" - grave, estável, regular – ou o uso de linguagem por demais científica no oferecimento de informações intensifica a angústia e a impotência dos familiares e negam a possibilidade de conscientemente participarem do processo de tomada de decisão sobre o cuidado e tratamento de seu membro. O acesso do familiar ao seu membro esbarra também na burocracia/rotina soberana aos seus sentimentos, necessidades e desejos. Seus membros sofrem e morrem sozinhos porque diante da dor e da solidão as pessoas significativas à eles são substituídas pela hora do banho, pelo regulamento de visita, pela limpeza da unidade, pelos humores profissionais (MUSSI, 1999).

Segundo dados do site do MS, o usuário e sua rede sócio-familiar devem se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros. Identifica-se a centralidade da família nas políticas sociais e a corresponsabilização da mesma para com os cuidados e proteção aos seus membros, embora possa não estar suficientemente instrumentalizada para assumir essa responsabilidade. Como cita Carvalho (2003), evidencia-se a necessidade de retomar a família como prioridade política institucional (Estado), enfatizando a sua proteção e promoção, retomando a centralidade desta nas políticas públicas sociais, em especial aquelas destinadas à saúde, como também evidencia-se a necessidade do Estado de partilhar com ela as responsabilidades de políticas públicas e reprodução sociais de seus cidadãos. Contudo, as responsabilidades parecem passar do Estado à família, levando-a a enfrentar responsabilidades no âmbito do cuidado a saúde de seus membros para as quais não tem tido suporte. Visualizamos, portanto, a família em um contexto que, ao mesmo tempo em que lhe traz vulnerabilidade, lhe transfere encargos (GELINSKI, 2010).

No Caderno Humaniza SUS de Atenção Hospitalar (BRASIL, 2011), surge um serviço de apoio para ajudar a família a entender as suas responsabilidades e ser cuidada. Neste documento, o hospital aparece como parte de uma rede que precisa assumir a idéia-princípio de que todo cidadão tem o direito a uma equipe que lhe cuide no tempo, o que possibilitaria a ampliação da responsabilidade microssanitária de equipes de saúde de atenção primária, a exemplo das Equipes de Saúde da Família. Para a PNH, é com essas equipes que usuários, famílias e comunidades contratam responsabilidades compartilhadas pelo cuidado, reguladas

e sustentadas pela produção de vínculos terapêuticos. Essa política transfere, essencialmente, a responsabilidade do compartilhamento de cuidado, da criação de vínculo e da corresponsabilização de ações para a Estratégia de Saúde da Família (ESF)?

Em 1994, como uma estratégia governamental de reorientação do modelo assistencial, foi criado pelo MS o Programa de Saúde da Família (PSF), programa que a partir de 1997 passaria a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta estratégia trouxe a perspectiva de que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive (BRASIL, 1997), de forma integral e articulada (BRASIL, 2000). Contudo o que se vê nas práticas cotidianas dos profissionais de Unidades de Saúde da Família (USF) são ações direcionadas ao membro da família que se constitui no usuário do serviço, de caráter prescritivo, isoladas em núcleos de competência, sem compartilhamento entre os próprios profissionais, e entre estes com os usuários e suas famílias, aprisionando o processo de trabalho as estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado (FRANCO, MERHY, 2003).

Mas, voltando à pergunta posta acima, no caderno de atenção básica sobre a implantação da USF (BRASIL, 2000), encontramos menção a uma nova visão da atuação da família e da comunidade, que vem se estruturando internacionalmente, e é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais. Sob esta perspectiva, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, sendo preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas. Com isso, o modelo da ESF coloca as famílias no centro da agenda das políticas em saúde e, para isso pressupõe o estabelecimento de laços de compromisso e de corresponsabilidade nas ações em saúde (GELINSKI, 2010).

A responsabilização pela produção do cuidado é um dos instrumentos e dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) para a mudança do modelo assistencial (NASCIMENTO et al, 2010), em que as responsabilidades pelos cuidados passam a ser compartilhadas pelas famílias e pelas equipes de saúde da família. Todavia, enquanto os trabalhadores em saúde têm as suas funções estabelecidas, parece não haver o mesmo nível de clareza quanto aos encargos das famílias nas co-responsabilidades pelos cuidados em saúde conforme explicitam as questões trazidas por Gelinski (2011): Será que as famílias sabem mesmo o que é serem co-responsáveis pelos cuidados? Será que elas estão cientes dos direitos e das obrigações que elas têm no novo formato da atenção básica? Os profissionais de saúde repassam essas

informações aos usuários? E mais, será que elas possuem os recursos (sociais, emocionais e técnicos) para dar conta da sua parte na co-responsabilidade?

É necessário considerar também que enquanto as práticas de cuidar em saúde retratarem um modelo onde o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos, consultas e exames, associados a crescente medicamentação da sociedade e, secundariamente, existir o compromisso com as necessidades dos usuários (MERHY, 1998), será difícil alcançar a co-responsabilização da produção do cuidado.

Essa co-responsabilização que a ESF atribui às famílias fez autores se questionarem se esse novo modo de intervenção irá fortalecer ou resguardar as famílias ou, se ao invés disso, será uma estratégia para vigiá-las, sobrecarregá-las ou responsabilizá-las (CAMPOS, MATTA, 2007).

Não é possível pensar no repasse da responsabilidade dos resultados das políticas e programas e da proteção social dos seus membros para as famílias, sem instrumentalizá-las para tal.

Autoras descrevem a acentuação de um processo progressivo de penalização das famílias, diante das políticas públicas:

“As políticas públicas nos diferentes países, particularmente nos países pobres orientadas pelas normativas de organismos internacionais, passaram a ter como critérios orientadores a focalização, a privatização e a participação da sociedade civil na execução de programas e serviços sociais. Tais critérios têm implicado na acentuação de um processo progressivo de penalização das famílias. Essa penalização ganha visibilidade de inúmeras formas, tanto no plano da formulação das políticas sociais como na gestão dessas políticas. Por exemplo, ao focalizar, o Estado orienta os gastos públicos para os grupos mais vulneráveis e descuida da prestação de serviços universais. Esse descuido redundará numa rede de serviços públicos insuficientes para a cobertura das demandas e necessidades das famílias, tanto daquelas que são reconhecidas pobres, excluídas e vulneráveis e, portanto, merecedoras da atenção pública, como de um grande contingente de famílias que, embora não preencham esses requisitos para acessar determinadas políticas ou programas estatais, não dispõem dos recursos para a compra de serviços no mercado, ficando cada vez mais expostas aos riscos, a deterioração de suas condições de vida e a diminuição de sua capacidade protetiva. Além disso, os serviços públicos disponíveis para a população, geralmente de má qualidade, são orientados a valorizar a família como fonte de recursos. Assim, na atualidade a família passou a ser considerada um foco de atenção fundamental para a efetivação de políticas sociais (MIOTO, SILVA, SILVA, 2007, p.2).

Podemos perceber, portanto, que o Estado, seja por força econômica ou por influência de organismos internacionais, caminha cada vez mais no sentido de reduzir a dependência dos usuários aos serviços públicos e aumentar a participação social na execução de programas e serviços sociais e a responsabilização das famílias nos cuidados aos seus membros e na resolução dos seus problemas e necessidades.

Além das deficiências expostas na operacionalização da políticas citada, devemos salientar ainda que o modelo de família que, na maioria dos casos, orienta as políticas de saúde, está baseado no casal heterossexual, legalmente casado, com filhos, vivendo em um mesmo espaço. Entretanto, como já mencionado anteriormente, a vida familiar se modificou para todos os segmentos da população brasileira. As famílias tornam-se cada vez mais heterogêneas. Portanto, é imprescindível que, ao se considerar a centralidade das famílias como fator de proteção social e a corresponsabilização destas para com as políticas públicas e reprodução social de seus cidadãos, atente-se para seu caráter participante nos processos de mudança, bem como às suas transformações internas (GELINSK, 2010).

É importante ainda destacar que o processo de concentração de renda, o aumento da pobreza, o acirramento das desigualdades sociais, o crescimento do número de lares monoparentais femininos e os papéis desempenhados pelos membros da família, onde sabe-se que a incumbência de arcar com os cuidados dentro do núcleo familiar ainda é da mulher, cada vez mais inserida no mercado de trabalho e assumindo mais funções, aumentam a situação de vulnerabilidade das famílias (GELINSK, 2010). Em tal situação a família precisa de mais amparo, devendo crescer o papel do Estado como parceiro através de políticas sociais, e não atribuir-lhes mais encargos.

Concluimos, portanto, esta reflexão depreendendo que a PNH não se traduz em ações para atender as necessidades dos familiares. Mantém-se baseada em estereótipos de família que já não respondem à grande parte da realidade brasileira (GELINSK, 2010), não reconhecendo a chefia de mulheres sobrecarregadas de funções familiares e trabalhistas e transferindo responsabilidades do Estado a estas, sem garantir a instrumentalização para o cumprimento das funções para as quais são convocadas.

Para que esta política possa se efetivar no cotidiano de práticas dos trabalhadores, como traz a própria Cartilha da Política Nacional de Humanização, deve haver a pactuação entre os diferentes níveis de gestão do SUS e as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde, assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede, resgatando os fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde,

construindo redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas, valorizando a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas. Além disso, é importante o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente; a ampliação do diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população e entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa; e reforço do conceito de clínica ampliada, do compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. Talvez assim os trabalhadores estejam mais preparados para instrumentalizar e proteger a família, efetivando uma co-responsabilização sem sobrecargas e livre de culpabilizações pelos insucessos das ações em saúde.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte transversal, exploratório. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo, são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). Os exploratórios se justificam quando o conhecimento sobre a temática é limitado e deseja-se investigar as relações entre as variáveis descritoras de interesse e a variável dependente, contribuindo com informações preliminares e não conclusivas sobre a associação entre elas (SANTANA *et al*, 2011).

3.2 LOCAIS DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em seis UTIs, distribuídas em três hospitais de ensino da rede pública do Estado da Bahia, de grande porte e de referência para atendimento de pessoas em estado crítico de saúde.

No Hospital A, a investigação foi realizada em duas UTIs. Uma delas foi a UTI Geral, com 16 leitos, dos quais 11 estavam ativos, e a outra a Unidade Coronariana com 5 leitos. A equipe de saúde que atuava nessas unidades era composta por enfermeira(o)s, técnica(o)s de enfermagem, médica(o)s plantonistas e fisioterapeutas. A UTI geral não dispunha de psicólogo ou assistente social exclusivo, já a Unidade Coronariana distinguia-se por oferecer atendimento sistematizado de psicologia. Em ambas as UTIs, o acesso de visitantes era controlado pela segurança do hospital, no andar térreo da instituição. A entrada na UTI era liberada no momento da visita. Os familiares aguardavam a chamada para visita em frente à porta da unidade. A UTI Geral não possuía uma sala de espera, havia cadeiras e uma mesinha de apoio dispostas ao lado da porta de acesso, destinadas ao aguardo da visita e um banheiro próximo. A Unidade Coronariana possuía uma sala de espera com banheiro e água disponíveis.

No Hospital B, o estudo foi realizado em três UTIs. A UTI Geral e a Unidade Coronariana, cada uma com 8 leitos, e a Unidade Pós Cirúrgica com 9 leitos. A equipe de saúde que atuava nessas unidades era composta por enfermeira(o)s, técnica(o)s de enfermagem, médica(o)s plantonistas, fisioterapeutas e assistentes sociais. Nenhuma das unidades possuía uma sala de espera, contavam com cadeiras e televisão dispostas no corredor

em frente à entrada das UTIs e com um banheiro próximo. A entrada dos visitantes era controlada pela segurança na portaria do andar térreo do hospital, que permitia o acesso ao andar das unidades cerca de dez minutos antes do horário de visita. A entrada nas UTIs era liberada pelo segurança das mesmas.

No Hospital C, a investigação foi realizada na UTI Geral, a qual dispunha de 10 leitos. A equipe de saúde que atuava nessa unidade era composta por enfermeira(o)s, técnica(o)s de enfermagem, médica(o)s plantonistas, fisioterapeutas e psicóloga(o)s exclusiva(o)s. A unidade possuía infraestrutura para os familiares com sala de espera, banheiro, cadeiras, televisão e armários para guarda de pertences. O acesso à sala de espera assemelhava-se às demais UTIs.

Em todas as seis unidades havia dois horários de visita, um no turno matutino e outro no vespertino, com duração de uma hora pela manhã e de uma hora pela tarde nos Hospital A e C e, de 2 horas pela tarde no Hospital B, sendo permitida a entrada de duas pessoas, uma de cada vez. As informações sobre o quadro clínico do membro internado eram passadas pelo médico responsável, após a visita do turno vespertino. Orientações acerca das normas e rotinas das unidades eram oferecidas na admissão e nos horários de visita.

3.3 AMOSTRA

A amostra foi composta por 250 familiares de pessoas adultas internadas em UTI. Foram incluídos no estudo aqueles que aceitaram participar e atenderam aos critérios de elegibilidade, definidos como:

- ter idade igual ou superior a 18 anos;
- ser a pessoa mais próxima do membro da família hospitalizado, que com ele convive e mantém relacionamento estreito;
- ter um membro da família adulto internado na UTI da rede pública de saúde, com mais de 24h de internação;
- ter realizado pelo menos uma visita ao membro na UTI;
- apresentar condições emocionais para responder aos questionamentos da pesquisa.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi considerada a quantidade total de 210 leitos de UTI de hospitais públicos das cidades de Feira de Santana e Salvador. Considerando-se dois familiares por membro internado na UTI, estimou-se como população para o estudo 420 sujeitos. Pelo cálculo amostral, considerando-se um erro amostral de 5% e a possibilidade

de perda de 15%, deveriam ser investigados 246 sujeitos (FREITAS, 2011). Foram considerados no cálculo da amostra os seguintes parâmetros:

$$N = 420;$$

$$E_o \text{ (erro amostral)} = 5\% \text{ (} E_o = 0,05\text{)};$$

$$n = 1/(0,05)^2 = 400;$$

$$n_o = 420 \times 400 / (420 + 400) = 168000 / 820 = 205 \text{ participantes};$$

$$205 \text{ participantes} + 15\% = 246 \text{ participantes.}$$

3.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS

O projeto matriz intitulado “Construção e validação de uma escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde”, desenvolvido no Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado a Saúde Cardiovascular, foi submetido à avaliação pela Comissão de Ética, em observância à Resolução Nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado em 05 de março de 2010, protocolo CEP: 078/09 (Anexo A) e está em consonância com a nova Resolução Nº 466/12. Os dados obtidos na coleta de dados para a construção da escala foram utilizados nesse estudo.

O termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) foi lido e explicado ao familiar e, após a sua assinatura, foi realizada a entrevista. Aos familiares foram assegurados o anonimato, a privacidade e o direito de recusar ou abandonar a participação no estudo em qualquer momento.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Dependentes:
 - Nível de conforto global de familiares de pessoas internadas em UTI medido pela ECONF;
 - Nível de conforto de familiares de pessoas internadas em UTI nas dimensões da ECONF: Segurança, Suporte, Interação Familiar e Ente e Integração Consigo e com o Cotidiano.
- Independentes:
 - Variáveis relacionadas ao familiar: sexo, idade, escolaridade, renda familiar mensal, estado civil, religião, responsável pela família, residência, natureza do relacionamento e experiência prévia do familiar com um membro na UTI.

- Variáveis relacionadas ao contexto de internação: gravidade do estado de saúde, tempo de internação e local de internamento do membro.

3.6 COLETA DE DADOS

3.6.1 Instrumentos

Dois instrumentos foram utilizados nesse estudo. O primeiro foi a Ficha de dados sociodemográficos e clínicos (Anexo C), elaborado para o projeto matriz já citado. Dessa ficha utilizaram-se questões que levantaram informações sobre o membro da família internado incluindo idade, local, tempo de internação na UTI e nível de gravidade. Utilizou-se também as questões que levantaram dados do familiar como sexo, idade, escolaridade, estado civil, religião, situação de trabalho, renda familiar mensal, grau de parentesco com o membro internado, responsável pela família, cidade de residência e experiência pregressa com outros membros em UTI.

O segundo instrumento utilizado foi a ECONF (FREITAS, 2012); (Anexo D). A análise da confiabilidade dos itens que a compõem, por meio do coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach, e da validade, segundo os resultados obtidos pelas análises de validade de conteúdo e de construto através da Teoria Clássica dos Testes (TCT)¹, permitiu concluir que o instrumento é válido e confiável para a medida do construto Conforto (FREITAS, 2011). A escala consta de 55 afirmativas referentes ao conforto de familiares de um membro internado na UTI, distribuídas em quatro dimensões denominadas Segurança, Suporte, Interação Familiar e Ente e Integração Consigo e com o Cotidiano. Trata-se de uma escala de atitudes do tipo Likert para mensuração do construto, com cinco categorias de resposta, sendo elas: 1 – nada confortável, 2 – pouco confortável, 3 – mais ou menos confortável, 4 – muito confortável e 5 – totalmente confortável.

A dimensão *Segurança*, composta de 20 itens, representa o conforto relacionado à confiança dos familiares na competência técnico-científica da equipe de saúde, bem como, a sua competência humanística que se relaciona à consideração da família como pessoa pelos profissionais da instituição hospitalar e suas demonstrações afetivas para com a família; a dimensão *Suporte*, composta de 21 itens, representa o conforto relacionado ao suporte

¹ A TCT se preocupa em explicar o resultado final total, isto é, a soma das respostas dadas a uma série de itens, expressa no chamado escore total. Com isso, a TCT tem interesse em produzir testes de qualidade, ou seja, testes válidos (PASQUALI, 2009).

oferecido pela estrutura hospitalar, no que se refere à infraestrutura necessária, em termos de espaço físico para acomodação e atendimento das necessidades dos familiares, à flexibilização das normas e rotinas hospitalares em função das demandas da família, especialmente aquelas relacionadas à visita, e ao acesso das informações que permitam aos familiares estarem conscientes da realidade da condição de saúde do seu membro; a dimensão *Interação Familiar e Ente*, é composta de 7 itens e representa o conforto de estar junto do membro, poder desfrutar da interação estabelecida entre eles, perceber a possibilidade de vê-lo recuperado e a satisfação do membro com o atendimento prestado na UTI; e a dimensão *Integração Consigo e com o Cotidiano* composta de 7 itens, representa o conforto relacionado à possibilidade do familiar conseguir cuidar de si, ajudar o seu membro e dar continuidade à vida familiar, como acontecia antes da entrada do membro na UTI (FREITAS, 2012).

3.6.2 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro de 2010. Os hospitais e suas respectivas unidades foram contatados previamente para apresentação do projeto de pesquisa e aproximação das pesquisadoras com as UTIs lócus do estudo.

Por meio de consulta ao censo diário, foram identificadas as pessoas com tempo de internação na UTI superior a 24 horas e, a partir disto, os familiares que atendiam aos demais critérios de inclusão.

Os familiares foram abordados no local onde aguardavam o momento da visita na UTI, antes ou após terem visitado o seu membro, com a apresentação da entrevistadora que explicava o motivo da aproximação, oferecia informações sobre a importância e os objetivos da pesquisa, solicitava a participação voluntária no estudo e orientava sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após essa etapa, eram convidados a participar da entrevista em sala privativa próxima à UTI ou era agendado um momento de acordo com a disponibilidade pessoal de cada um. Foram entrevistados até dois familiares de um membro internado.

A técnica de coleta de dados para a aplicação da ECONF foi a entrevista e sua aplicação teve duração média de 22 minutos. As entrevistas foram realizadas por mim, na época graduanda de enfermagem e aluna de iniciação científica PIBIC-UFBA, e outras três acadêmicas de enfermagem, devidamente treinadas por uma então doutoranda, membro do GISC, a fim de evitar vieses. O treinamento foi dividido em duas etapas, a primeira etapa era composta por reuniões de discussão sobre a temática e, a segunda, pelo acompanhamento da

doutoranda de, pelo menos, cinco entrevistas realizadas por cada entrevistadora. A certificação do preparo das entrevistadoras pela avaliação da uniformidade na coleta de dados.

O tempo de internação do membro na UTI foi consultado em prontuário e/ou censos das unidades e o seu nível de gravidade foi questionado às enfermeiras, de acordo com a definição operacional elaborada por Freitas (2011), a saber: 1-Estável: cliente encontra-se na UTI, requerendo observação profilática do estado ventilatório e hemodinâmico. Fisiologicamente estável e não necessita de suporte para a manutenção de dados vitais; 2-Grave estável: cliente encontra-se na UTI, apresenta alteração em dados vitais, requer uso de suporte para a manutenção de estado ventilatório e/ou hemodinâmico, apresenta boa resposta a terapêutica instalada; 3-Grave Instável: cliente encontra-se na UTI, apresenta alteração em dados vitais, requer uso de altas concentrações de suporte para a manutenção do estado ventilatório e/ou hemodinâmico, para assim apresentar resposta à terapêutica instalada; 4-Gravíssimo: cliente encontra-se na UTI, apresenta alteração em dados vitais, requer o uso de altas concentrações de suporte para a manutenção de estado ventilatório e/ou hemodinâmico, mas não apresenta resposta a terapêutica instalada; 5-Alta: cliente encontra-se na UTI, mas já recebeu alta e está aguardando vaga para a sua transferência.

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados de caracterização da amostra foram analisados por distribuição de frequências, médias e desvio padrão. O nível de conforto dos familiares, global e por dimensão da ECONF, foi analisado com base em médias aritméticas e separatrizes.

A partir dos níveis de resposta da ECONF considerou-se para a interpretação dos resultados: Pouco conforto – média do nível de conforto $< 2,50$; Médio conforto – média do nível de conforto $\geq 2,5$ e $< 3,5$; Alto conforto – média do nível de conforto $\geq 3,5$.

Para análise da diferença das médias do nível de conforto global e por dimensão da ECONF, segundo as variáveis de interesse, empregou-se o teste One Way (ANOVA). O teste de Bartlett foi usado para avaliar a homogeneidade das variâncias. Quando o Bartlett mostrou heterogeneidade das variâncias aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal Wallis. Empregou-se o pós-teste de comparação múltipla, Bonferroni, para identificar quais grupos diferiram entre si.

Para todos os testes adotou-se o nível de significância estatística de 5%. Os dados registrados e codificados nos formulários compuseram uma base de dados do programa SPSS, versão 17.0 for Windows. As análises foram realizadas no programa Stata versão 11.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MEMBRO INTERNADO E SOCIODEMOGRÁFICA DOS FAMILIARES

A maioria dos familiares (71,2%) esteve em visita a membros da família internados em hospitais em Salvador, sendo 33,2% no Hospital A e 38,0% no Hospital B. No Hospital C, em Feira de Santana, foram entrevistados 28,8% dos familiares (Tabela 1).

Tabela 1- Locais de estudo segundo amostra. Salvador - Bahia, 2013.

UTI de internamento	n	%
UTI Geral Hospital A	62	24,8
UTI cardiológica Hospital A	21	8,4
UTI Geral Hospital B	26	10,4
UPC Hospital B	34	13,6
UCO Hospital B	35	14,0
UTI Geral Hospital C	72	28,8
TOTAL	250	100,0

Legenda: UTI=Unidade de Terapia Intensiva; UPC=Unidade Pós Cirúrgica; UCO=Unidade Coronariana

Quanto à caracterização dos membros das famílias internados na UTI, a idade média foi de 55,8 anos (dp 19,0) e o tempo de internação médio foi de 8,2 dias (dp 8,4). Quanto ao nível de gravidade constatou-se maior proporção de pessoas em condição clínica estável ou em alta da UTI (38,9%) seguidas daquelas em condição grave estável (37,2%), (dados não apresentados em tabela).

Na Tabela 2 verifica-se que a amostra do estudo foi de 250 indivíduos, sendo 75,6% mulheres. A idade média dos familiares foi de 40,6 anos (dp 11,9). Predominaram familiares casados ou com união consensual (69,2%); da religião católica (59,2%), seguida da Evangélica (30,8%), com 2º grau quanto à escolaridade (46,4%); em atividade laboral (62,4%), com renda familiar de 1 à 2 salários mínimos (51,7%), sem experiência anterior com familiar internado em UTI (66,4%). A maioria da amostra (55,2%) não residia com o membro internado, sendo a maior parte dos entrevistados filho(a) (44,8%) ou cônjuge (18,4%). O próprio entrevistado era o responsável pela família em 41,6% dos casos. Os familiares eram predominantemente procedentes das cidades nas quais os hospitais do estudo estavam localizados (60%).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos familiares. Salvador - Bahia, 2013.

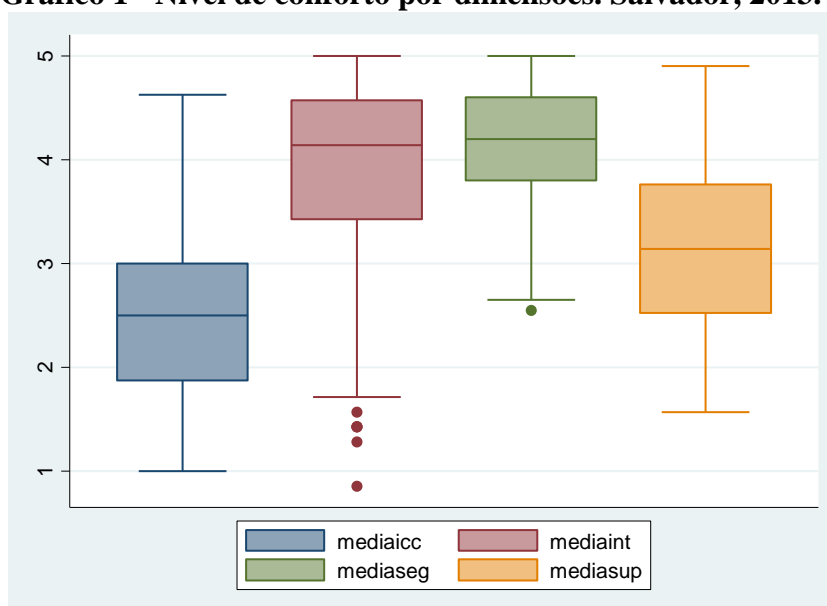
Caracterização sociodemográfica dos familiares	n (250)	%
Sexo		
Feminino	189	75,6
Masculino	61	24,4
Idade		
18 à 31 anos	64	25,6
32 à 46 anos	108	43,2
46 à 60 anos	66	26,4
> 60 anos	12	4,8
Estado civil		
Casado(a)/ união consensual	173	69,2
Solteiro(a)/Separado(a)/Viúvo(a)/Divorciado(a)	67	30,8
Religião		
Católica	148	59,2
Evangélica	77	30,8
Nenhuma	17	6,8
Espírita	5	2,0
Outras (Candomblé/Umbanda)	3	1,2
Escolaridade		
Até o 1º grau completo	90	36,0
Até o 2º grau completo	116	46,4
Até o 3º grau completo	44	17,6
Situação laboral		
Empregado(a)	81	32,4
Autônomo(a)	64	25,6
Desempregado(a)	39	15,6
Dona(o) de casa	36	14,4
Aposentado(a) sem atividade	19	7,6
Aposentado(a) com atividade	9	3,6
Outros*	2	0,8
Renda Familiar em salários mínimos (n=238)		
1 à 2	123	51,7
2 à 4	80	33,6
5 ou +	35	14,7
Experiência anterior com membro na UTI		
Não	166	66,4
Sim	84	33,6
Relacionamento com o membro internado		
Filho(a)	112	44,8
Cônjuge	46	18,4
Irmão(ã)	32	12,8
Mãe/Pai	25	10,0
Outros**	35	14,0
Responsável pela família		
Familiar entrevistado	104	41,6
Membro internado	23	9,2
Outro membro da família	123	49,2
Residência com o membro internado		
Não	138	55,2
Sim	112	44,8
Procedência		
Mesma cidade da UTI de internamento do membro	150	60,0
Cidade diferente da UTI de internamento do membro	100	40,0

*Trabalhador rural; **tio(a), sobrinho(a) e primo(a).

4.2 NÍVEL DE CONFORTO GLOBAL E POR DIMENSÃO DA ECONF

Observa-se, a seguir, a distribuição gráfica do nível de conforto por dimensão. No Gráfico 1, notou-se maior amplitude interquartílica para a dimensão Suporte seguida das dimensões Interação Familiar e Ente e Integração Consigo e com o Cotidiano. Menor dispersão foi observada para a dimensão Segurança. Notou-se distribuição simétrica para as dimensões Segurança e Suporte e pequena assimetria negativa para as dimensões Interação Familiar e Ente e Integração Consigo e com o Cotidiano. Houve valores atípicos para as dimensões Interação Familiar e Ente e Segurança.

Gráfico 1 - Nível de conforto por dimensões. Salvador, 2013.



Na Tabela 3 apresenta-se o nível de conforto de familiares de pessoas internadas em UTI, global e nas quatro dimensões da ECONF. Para o nível de conforto global obteve-se a média de 3,4 e mediana de 3,5.

Os níveis de conforto variaram entre as dimensões da ECONF destacando-se nível alto nas dimensões Segurança e Interação Familiar e Ente, nível médio na dimensão Suporte e nível menor na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano.

Cabe salientar que os valores obtidos para as médias do nível de conforto global e nas dimensões foram muito próximos àqueles obtidos para as medianas.

Tabela 3 – Medidas de tendência central do nível de conforto global e por dimensões da ECONF. Salvador - Bahia, 2013.

Nível global de conforto e nas dimensões da ECONF	Nível de Conforto	
	Média (dp)	Mediana (Q ₁ – Q ₃)
Nível global	3,4 (0,5)	3,5 (3,0 – 3,8)
Segurança	4,2 (0,5)	4,2 (3,8 - 4,6)
Interação Familiar e Ente	3,9 (0,9)	4,1 (3,4 - 4,6)
Suporte	3,2 (0,8)	3,1 (2,5 - 3,8)
Integração Consigo e com o Cotidiano	2,5 (0,8)	2,5 (1,9 - 3,0)

dp: desvio padrão; Q₁: primeiro quartil; Q₃: terceiro quartil.

A Tabela 4 apresenta o nível de conforto por item nas dimensões da ECONF. Os familiares apresentaram nível de conforto alto na dimensão Segurança e em todos os 20 itens que a compõe.

Para 6 dos 7 itens da dimensão Interação Familiar e Ente, o nível de conforto foi alto, bem como a média geral desta dimensão. Para o item “Perceber que seu parente gosta do tratamento que recebe” o nível de conforto apresentou-se mediano.

Os familiares apresentaram nível de conforto médio na dimensão Suporte, sendo que dos 21 itens, em 3 observou-se nível baixo, em 10 o nível foi mediano e em 8 observou-se nível de conforto alto.

Na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano, os familiares apresentaram menor nível de conforto, observando-se que dos 7 itens, em 4 o nível de conforto foi baixo e em 3 mediano.

Tabela 4 –Nível de conforto por item das dimensões da ECONF. Salvador - Bahia, 2013.

DIMENSÃO SEGURANÇA – 20 itens	Média	dp
Perceber que o seu parente tem recebido os cuidados de higiene	4,4	0,8
Sentir que a equipe se interessa pela recuperação do seu parente	4,4	0,8
Saber que a melhor assistência possível está sendo dada ao seu parente	4,4	0,7
Perceber competência profissional naqueles que trabalham na UTI	4,4	0,7
Ter profissionais disponíveis para ajudar o seu parente	4,3	0,9
Ser tratado(a) gentilmente pelos profissionais da UTI	4,3	0,8
Saber que a UTI oferece segurança à recuperação do seu parente	4,3	0,8
Perceber tranquilidade no atendimento ao seu parente	4,3	0,8
Perceber que a equipe presta atenção às condições do seu parente	4,3	0,8
Perceber que o seu parente recebe atendimento rápido quando necessário	4,2	1,0
Ser atendido(a) com gentileza na recepção da UTI	4,2	0,9
Perceber que a equipe da UTI oferece informações com boa vontade	4,2	0,9
Perceber que a equipe tem paciência para ouvir os familiares	4,2	0,9
Receber informações dos profissionais de forma que você possa entender	4,1	1,0

Receber informações dos profissionais de forma que você possa entender	4,1	1,0
Saber qual tratamento está sendo dado ao seu parente	4,0	1,0
Perceber que os profissionais não insistem para que você saia logo ao término da visita	3,9	1,3
Perceber que os profissionais da UTI compreendem a situação que você está passando	3,8	1,2
Receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI	3,8	1,2
Receber informação detalhada sobre a situação de seu parente	3,7	1,3
DIMENSÃO INTERAÇÃO FAMILIAR E ENTE – 7 itens	Média	dp
Ser capaz de ajudar o seu parente a enfrentar essa situação	4,3	1,0
Saber que o seu parente percebe que vocês estão por perto	4,3	1,0
Ver o seu parente fora de risco de vida	4,2	1,2
Perceber que seu parente está reagindo bem ao tratamento	4,1	1,2
Ver o seu parente em condições de se comunicar com você	3,6	1,6
Perceber que há chance de recuperação do seu parente	3,6	1,2
Perceber que seu parente gosta do tratamento que recebe	3,4	1,6
DIMENSÃO SUPORTE – 21 itens	Média	dp
Receber todos os dias informações do médico	4,3	1,1
Receber apoio espiritual/religioso de alguém	4,2	1,1
Ter uma conversa com alguém da equipe	3,9	1,3
Ter uma sala de espera perto da UTI	3,9	1,1
Ser acompanhado (a) por amigo ou familiar durante a visita	3,8	1,4
Receber explicações sobre o que vai acontecer com o seu parente (transferências, alta, exames, novos tratamentos)	3,8	1,3
Saber quem são os profissionais que podem lhe ajudar quando necessário	3,6	1,4
Ter um banheiro perto da sala de espera	3,5	1,5
Ser informado sobre o motivo de atraso da visita quando ocorrer	3,2	1,5
Receber informações sobre o funcionamento da UTI	3,2	1,4
Ser permitido maior número de visitantes quando necessário	3,0	1,5
Ter um local para refeições no hospital ou próximo	3,0	1,5
Ter um meio de distração na sala de espera (revista, TV, rádio)	3,0	1,5
Receber informações sobre seu parente em qualquer horário	3,0	1,4
Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI	3,0	1,3
Ser permitido ficar na sala de espera da UTI fora do horário de visita	2,9	1,6
Ser avisado(a) sobre mudanças na condição clínica do seu parente em casa	2,5	1,7
Ver o seu parente fora do horário de visita quando necessário	2,5	1,7
Ter água para beber na sala de espera	2,2	1,6
Ter um telefone público perto da sala de espera	2,1	1,5
Poder receber informações sobre seu parente quando você telefonar	1,7	1,6
DIMENSÃO INTEGRAÇÃO CONSIGO E COM O COTIDIANO – 7 itens	Média	dp
Ter disposição física para lidar com esta situação	3,5	1,3
Manter-se controlado(a) emocionalmente	3,0	1,4
Manter seus hábitos alimentares como antes da internação do seu parente	2,5	1,3
Manter a rotina com seus familiares	2,4	1,3
Continuar as minhas atividades habituais (estudo, trabalho, lazer, etc.)	2,3	1,2
Manter sua rotina de sono como antes da internação do seu parente	2,0	1,2
Ser capaz de relaxar e/ou se distrair durante o período da internação	2,0	1,2

4.3 INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS RELACIONADAS AO CONTEXTO DE INTERNAÇÃO DO MEMBRO NA UTI SOBRE O NÍVEL DE CONFORTO DO FAMILIAR

Na Tabela 5, nota-se maior nível de conforto global e nas dimensões para os participantes em visita na UTI Geral do Hospital C, exceto na dimensão Integração Consigo e o Cotidiano cujo maior nível de conforto foi constatado para os participantes em visita na UPC do hospital B.

Menores níveis de conforto global e nas dimensões Suporte e Interação familiar e Ente foram identificados para os participantes em visita na UTI geral do Hospital A. Na dimensão Segurança menor nível de conforto foi observado para aqueles em visita na UCO do hospital B e, na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano, na UTI Geral do Hospital C.

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre as médias do nível de conforto global e nas dimensões de acordo com as UTIs de estudo. Como, na dimensão Interação Familiar e Ente, o Teste de *Bartlett* mostrou heterogeneidade na variância, empregou-se o Teste de *Kruskal-Wallis* que mostrou também diferença estatisticamente significativa.

Pelo teste de *Bonferroni*, observou-se que o nível de conforto global diferiu entre os familiares em visita na UTI Geral A (local onde constatou-se menor nível) e na UTI Geral C (local onde constatou-se maior nível); entre aqueles em visita na UTI Geral A e na UCO A (local onde constatou-se o segundo maior nível); e entre aqueles em visita na UTI Geral C e na UCO B (local onde constatou-se o segundo menor nível).

Na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano houve diferença no nível de conforto de familiares em visita na UPC B (local onde constatou-se maior nível) e na UTI Geral C (local onde constatou-se menor nível). Na dimensão Suporte houve diferença no nível de conforto entre aqueles em visita na UTI Geral C (local onde constatou-se maior nível) e nas demais UTIs (locais onde constatou-se níveis inferiores) e entre os familiares em visita na UCO A (local onde constatou-se o segundo maior nível) e na UTI Geral A (local onde constatou-se menor nível). Na dimensão Segurança, a diferença se deu entre aqueles em visita na UTI Geral C (local onde constatou-se o maior nível) e na UCO B (local onde constatou-se o menor nível).

Tabela 5–Nível de conforto global e por dimensão da ECONF segundo as UTIs lócus de estudo. Salvador, Bahia, 2013.

UTIs	NÍVEL DE CONFORTO GLOBAL DA ECONF		NÍVEL DE CONFORTO POR DIMENSÕES DA ECONF							
			Integração Consigo e com o Cotidiano		Suporte		Interação Familiar e Ente		Segurança	
	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*
UTI Geral A	3,2 (0,5)		2,3 (0,9)		2,6 (0,6)		3,6 (1,1)		4,2 (0,5)	
UCO A	3,6 (0,5)		2,7 (0,7)		3,1 (0,5)		4,1 (0,7)		4,3 (0,5)	
UTI Geral B	3,4 (0,5)	0,000	2,7 (0,9)	0,008	3,0 (0,7)	0,000	3,9 (0,8)	0,000	4,0 (0,5)	0,000
UPC B	3,5 (0,5)		2,8 (0,9)		3,0 (0,6)		3,9 (0,8)		4,1 (0,4)	
UCO B	3,3 (0,5)		2,5 (0,6)		2,9 (0,7)		3,8 (0,8)		3,9 (0,6)	
UTI Geral C	3,7 (0,4)		2,3 (0,9)		3,9 (0,6)		4,3 (0,7)		4,4 (0,5)	

UTI: Unidade de Terapia Intensiva; UPC: Unidade Pós Cirúrgica; UCO: Unidade Intensiva Coronariana; A: Hospital A; B: Hospital B; C: Hospital C; *valor de p obtido através do teste Onemay – ANOVA

Na Tabela 6, observa-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os níveis de conforto global e nas dimensões Suporte e Interação Familiar e Ente segundo o nível de gravidade do membro internado na UTI. Como na dimensão Interação Familiar e Ente o Teste de *Bartlett* mostrou heterogeneidade na variância, empregou-se o Teste de *Kruskal-Wallis* que mostrou também diferença estatisticamente significativa.

Pelo teste de *Bonferroni*, observou-se que o nível de conforto global diferiu entre os familiares que tinham seu membro em condição Grave instável ou Gravíssimo (apresentaram os menores níveis de conforto global) e aqueles com os demais níveis de gravidade (apresentaram níveis de conforto superiores). Na dimensão Suporte, houve diferença entre o nível de conforto dos familiares que tinham seu membro em condição Grave instável ou Gravíssimo (apresentaram os menores níveis de conforto) e aqueles que tinham seu membro em condição Grave Estável (apresentaram os maiores níveis de conforto).

Na Tabela 6 também observou-se que não houve diferença entre o nível de conforto global e nas dimensões Suporte e Segurança segundo o tempo de internação do membro da família na UTI. Para essa variável identificou-se diferença do nível de conforto na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano, observando-se pelo teste de *Bonferroni* diferença entre os familiares com seus membros internados de 1 a 3 dias (que apresentaram maior nível de conforto) e aqueles com membros internados de 4 a 7 dias (que apresentaram menor nível de conforto). Embora, tenha-se também constatado diferença estatisticamente significativa entre as médias do nível de conforto na dimensão Integração Familiar e Ente segundo o tempo de internação do membro da família na UTI, o Teste de *Bartlett* mostrou heterogeneidade na variância, empregando-se o Teste de *Kruskal-Wallis* não obteve-se diferença estatisticamente

significante. Esse achado demanda cautela na análise da influência dessa variável no nível de conforto nesta dimensão.

Tabela 6 – Nível de conforto global e por dimensão da ECONF segundo características clínicas do membro na UTI. Salvador-Bahia, 2013

Características clínicas do membro na UTI	NÍVEL DE CONFORTO GLOBAL DA ECONF		NÍVEL DE CONFORTO POR DIMENSÕES DA ECONF							
			Integração consigo e com o cotidiano		Suporte		Interação familiar e ente		Segurança	
	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*
NÍVEL DE GRAVIDADE										
Alta + Estável	3,5 (0,5)		2,6 (0,8)		3,1 (0,8)		4,2 (0,6)		4,1 (0,5)	
Grave estável	3,5 (0,5)		2,5 (0,8)		3,3 (0,7)		4,0 (0,8)		4,2 (0,5)	
Grave instável + Gravíssimo	3,2 (0,6)	0,001	2,3 (0,8)	0,170	2,9 (0,8)	0,004	3,4 (1,1)	0,000	4,2 (0,6)	0,745
TEMPO DE INTERNAÇÃO										
1 a 3 dias	3,5 (0,5)		2,6 (0,8)		3,0 (0,7)		4,1 (0,8)		4,1 (0,5)	
4 a 7 dias	3,4 (0,5)	0,398	2,3 (0,8)	0,015	3,2 (0,8)	0,214	3,9 (0,9)	0,024	4,2 (0,6)	0,468
Mais de 7 dias	3,5 (0,6)		2,6 (0,9)		3,2 (0,8)		3,8 (1,0)		4,2 (0,5)	

*Valor de p obtido pelo teste Oneway – ANOVA.

4.4 INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS RELACIONADAS AO FAMILIAR DE PESSOAS INTERNADAS EM UTI SOBRE O NÍVEL DE CONFORTO DESSE FAMILIAR

Na Tabela 7, apresenta-se o nível de conforto global e por dimensões segundo as características sociodemográficas do familiar entrevistado. Para o nível de conforto global e nas dimensões as médias foram similares entre os sexos, exceto na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano na qual as mulheres apresentaram menor nível de conforto em relação aos homens e essa diferença foi estatisticamente significativa.

Quanto à idade, apenas na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano verificou-se diferença entre os níveis de conforto. Pelo *Bonferroni* constatou-se que aqueles com idade acima de 60 anos (apresentaram maior nível de conforto) diferiram de todos os demais em faixas etárias mais jovens (apresentaram níveis de conforto inferiores). Na dimensão Interação Familiar e Ente também verificou-se diferença entre os níveis de conforto das diferentes classes de idade. Contudo, o Teste de *Bartlett* mostrou heterogeneidade na variância, empregou-se então o Teste de *Kruskal-Wallis* que não mostrou diferença estatisticamente significativa. Tais resultados demandam cautela na análise da variação do nível de conforto de acordo com a idade para esta dimensão.

Quanto à escolaridade, observou-se redução do nível de conforto global e por dimensões para os participantes com maior nível de escolaridade, no entanto sem diferença estatisticamente significativa.

No que diz respeito à renda familiar, observou-se diferença no nível de conforto global e na dimensão Suporte. O *Bonferroni*, mostrou que o nível de conforto global diferiu entre os indivíduos com renda superior a 5 salários mínimos (apresentaram menor nível) e os com renda de 1 a 2 salários (apresentaram maior nível). Na dimensão Suporte, o pós-teste mostrou diferença entre o nível de conforto de familiares com renda superior a 5 salários mínimos (apresentaram menor nível) em relação aqueles com renda inferior (apresentaram níveis superiores).

Embora, na dimensão Interação Familiar e Ente tenha-se verificado diferença estatisticamente significativa entre os níveis de conforto de acordo com as classes de renda, o Teste de *Bartlett* mostrou heterogeneidade na variância. Foi utilizado o Teste de *Kruskal-Wallis* que não mostrou diferença estatisticamente significativa, o que demanda cautela na análise da variação do nível de conforto de acordo com a renda nesta dimensão.

Relacionado ao estado civil, os níveis de conforto global e por dimensão da ECONF foram semelhantes entre o grupo de solteiros/separados/divorciados e viúvos e o grupo de casados/união consensual. Da mesma forma, não se identificou variações estatisticamente significantes entre os níveis global de conforto e por dimensão no que tange as diferentes religiões.

Tabela 7 – Nível de conforto por dimensão da ECONF segundo variáveis sociodemográficas dos familiares. Salvador-Bahia, 2013.

Variáveis socio-demográficas	NÍVEL DE CONFORTO GLOBAL DA ECONF		NÍVEL DE CONFORTO POR DIMENSÕES DA ECONF							
			Integração consigo e com o cotidiano		Suporte		Interação familiar e ente		Segurança	
	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*
Sexo										
Masculino	3,5 (0,5)	0,267	2,7 (0,8)	0,007	3,2 (0,8)	0,569	3,9 (0,9)	0,411	4,2 (0,6)	0,436
Feminino	3,4 (0,5)		2,4 (0,8)		3,1 (0,8)		4,0 (0,9)		4,2 (0,5)	
Idade										
18 à 31 anos	3,4 (0,5)	0,167	2,4 (0,8)	0,009	3,2 (0,8)	0,949	4,0 (0,8)	0,034	4,1 (0,6)	0,244
32 à 46 anos	3,5 (0,5)		2,5 (0,8)		3,2 (0,8)		4,0 (0,8)		4,2 (0,5)	
46 à 60 anos	3,3 (0,6)		2,4 (0,8)		3,1 (0,8)		3,7 (1,1)		4,2(0,5)	
> de 60 anos	3,6 (0,3)		3,2 (0,8)		3,1 (0,7)		4,1 (0,6)		4,1 (0,5)	
Escolaridade										
Até o 1º Grau	3,5 (0,5)	0,144	2,5 (0,9)	0,800	3,2 (0,7)	0,159	4,0 (0,8)	0,253	4,2 (0,5)	0,195
Até o 2º Grau	3,5 (0,5)		2,5 (0,9)		3,2 (0,8)		3,9 (0,9)		4,2 (0,6)	
Até o 3º Grau	3,3 (0,6)		2,4 (0,7)		3,0 (0,9)		3,8 (1,0)		4,1 (0,6)	
Renda familiar Mensal										
1 à 2 S.M.	3,5 (0,5)	0,016	2,5 (0,9)	0,522	3,2 (0,8)	0,003	4,1 (0,7)	0,025	4,17 (0,5)	0,106
2 à 4 S.M.	3,4 (0,6)		2,4 (0,8)		3,2 (0,7)		3,8 (0,9)		4,2 (0,6)	
> 5 S.M.	3,2 (0,6)		2,5 (0,8)		2,7 (0,8)		3,6 (1,1)		4,0 (0,6)	
Estado civil										
Solteiro/separado divorciado/viúvo	3,4 (0,6)	0,358	2,5 (0,9)	0,932	3,0 (0,8)	0,113	3,9 (0,8)	0,893	4,1 (0,5)	0,206
Casado/união consensual	3,5 (0,5)		2,5 (0,8)		3,2 (0,8)		3,9 (0,9)		4,2 (0,5)	
Religião										
Católica	3,4 (0,6)	0,687	2,5 (0,8)	0,426	3,1 (0,8)	0,405	3,9 (0,9)	0,970	4,2 (0,6)	0,385
Protestante	3,4 (0,5)		2,5 (0,9)		3,2 (0,8)		4,0 (0,8)		4,1 (0,5)	
Espírita	3,7 (0,5)		3,2 (0,5)		3,1 (0,7)		4,1 (0,7)		4,4 (0,5)	
Nenhuma	3,4 (0,5)		2,5 (0,7)		3,0 (0,6)		3,9 (0,8)		4,3 (0,5)	
Outras	3,1 (0,4)		2,3 (0,6)		2,5 (0,6)		3,7 (0,4)		4,0 (0,4)	

*Valor de p obtido pelo teste Oneway – ANOVA.

Na Tabela 8, nota-se que não houve diferença estatisticamente significativa para os níveis de conforto global e por dimensão da ECONF segundo o responsável pela família, a experiência prévia com membro na UTI e a residência do familiar com o membro internado.

Da mesma forma, não constatou-se diferença estatisticamente significativa para os níveis de conforto global e por dimensão da ECONF segundo a natureza do relacionamento do familiar com o membro internado, exceto na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano.

Pelo teste de *Bonferroni*, observou-se que o nível de conforto, nessa dimensão, diferiu entre os familiares que identificaram-se como mãe ou pai do membro internado (para os quais

menor nível de conforto foi constatado) e aqueles que identificaram-se como cônjuges (que apresentaram maior nível).

Tabela 8 – Nível de conforto global e por dimensão da ECONF segundo responsável pela família, natureza do relacionamento e residência com o membro e experiência anterior com um membro na UTI. Salvador-Bahia, 2013.

Variáveis	NÍVEL DE CONFORTO GLOBAL DA ECONF		NÍVEL DE CONFORTO POR DIMENSÕES DA ECONF							
			Integração consigo e com o cotidiano		Suporte		Interação familiar e ente		Segurança	
	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*
Natureza do relacionamento com o membro										
Mãe/Pai	3,4 (0,4)		2,2 (0,7)		3,2 (0,6)		4,0(0,9)		4,3 (0,4)	
Cônjuge	3,6 (0,5)		2,8 (0,9)		3,2 (0,7)		4,2(0,7)		4,3 (0,5)	
Filho (a)	3,4 (0,6)	0,103	2,4 (0,8)	0,016	3,1 (0,8)	0,471	3,8 (0,9)	0,295	4,1 (0,6)	0,263
Irmão(ã)	3,4 (0,5)		2,4 (0,8)		3,1 (0,8)		3,9 (0,9)		4,2 (0,6)	
Outros**	3,5 (0,5)		2,6 (0,9)		3,3 (0,8)		3,9 (0,9)		4,2 (0,6)	
Responsável pela família										
Membro internado	3,4 (0,6)		2,6 (0,9)		3,0 (0,6)		3,8 (0,9)		4,02 (0,53)	
O entrevistado	3,4 (0,5)	0,755	2,6 (0,8)	0,066	3,1 (0,7)	0,370	4,0 (0,9)	0,739	4,17 (0,52)	0,367
Outros	3,4 (0,5)		2,4 (0,8)		3,2 (0,8)		3,9 (0,9)		4,20 (0,56)	
Experiência prévia com membro na UTI										
Sim	3,5 (0,5)		2,6 (0,8)		3,2 (0,7)		4,0 (0,8)		4,14 (0,53)	
Não	3,4 (0,6)	0,589	2,4 (0,9)	0,213	3,2 (0,8)	1,000	3,9 (0,9)	0,614	4,18 (0,55)	0,556
Residência com o membro internado										
Sim	3,4 (0,6)		2,4 (0,9)		3,1 (0,8)		4,0 (0,9)		4,2 (0,6)	
Não	3,4 (0,5)	0,775	2,5 (0,8)	0,247	3,2 (0,8)	0,607	3,9 (0,9)	0,375	4,2 (0,5)	0,960

*Valor de p obtido pelo teste Oneway – ANOVA; **tio(a), sobrinho(a) e primo(a).

5 DISCUSSÃO

O nível de conforto de familiares de pessoas internadas em UTI, avaliado por meio da aplicação da ECONF, refere-se a um grupo de familiares com idade média de 40,6 anos, predominantemente caracterizado por pessoas casadas/união consensual, católicas, com até o 2º grau completo, em atividade laboral e sem experiência anterior com um membro internado em UTI. Além disso, a maioria dos familiares eram filha(o)s ou cônjuges do membro internado e do sexo feminino, corroborando com a análise de literatura sobre cuidados de saúde no âmbito da família que revelou a figura da mulher como principal cuidadora representada também por esposas e filhas (GUTIERREZ, MINAYO, 2010). O contexto sociocultural brasileiro salienta a mulher como cuidadora por excelência e as próprias mulheres se auto definem como tal, colocando-se na posição de responsável pela organização e cuidado da vida familiar (MORAES *et al*, 2013).

Após aplicação da ECONF identificou-se que o grupo estudado apresentou nível de conforto global médio. Tal nível decorreu da interação deles com as práticas de saúde, com a infraestrutura hospitalar, com ele mesmo, sua rede de apoio social e o seu membro internado.

Quanto à análise do nível de conforto entre as dimensões, obteve-se maior nível na dimensão Segurança, o que demonstrou que os familiares sentiram confiança na competência técnico-científica e humanística da equipe de saúde (FREITAS, 2012). Considerando os itens dessa dimensão, o nível de conforto alto evidenciado mostrou que os familiares sentiram-se confortáveis ao perceber que seu membro estava em um lugar seguro, que contava com profissionais capacitados, disponíveis e em prontidão para o atendimento, atentos as condições de saúde do seu membro e interessados na sua recuperação. O estudo de Maruiti e Galdeano (2007), que objetivou identificar as necessidades de familiares de pessoas internadas em uma UTI de um hospital privado, mostrou que ter a certeza de que o seu membro recebe o melhor tratamento foi a necessidade de segurança emocional relatada com maior frequência. Corrêa *et al* (2002) investigaram as concepções do enfermeiro em relação à família do paciente internado na UTI, compreendendo que a família vai em busca daquele que, ao “controlar”, de certo modo, a vida de seu membro, pode prestar-lhe esclarecimento: o profissional de saúde. Sendo assim, é importante que estes acolham os familiares, com o objetivo de facilitar o enfrentamento dessa nova e sofrida experiência (MARUITI, GALDEANO, 2007). Isto demonstra a importância de a enfermagem continuar investindo em

ações de cuidado que expressem interesse, consideração e sensibilidade para com o doente e seu familiar (SZARESKI, BEUTER, BRONDANI, 2009), confortando-os.

O nível de conforto alto obtido na dimensão Segurança também evidenciou o acolhimento dispensado aos familiares pela equipe hospitalar expressado pela paciência, tranquilidade e gentileza na abordagem para com eles, pela capacidade de escuta, compreensão da situação por eles vivenciada e oferecimento de palavras de apoio. Tais atitudes expressaram a humanidade nas interações estabelecidas pelos profissionais com a família. Szareski, Beuter e Brondani (2009), também encontraram que, durante a hospitalização a família necessita do apoio dos profissionais para conversar, trocar informações e compartilhar dúvidas e angústias. Segundo Schneider *et al* (2008) no momento de crise, ao enfrentar a situação dolorosa de internação de um membro na UTI, a família necessita de um profissional da equipe hospitalar que possa lhe auxiliar. O simples fato deles estarem abertos para ouvir os familiares, pode diminuir a angústia sentida. Fortes e Martins (2000) ressaltaram que a comunicação é estratégia básica para a humanização das práticas de saúde, possibilitando perceber cada ser humano como um indivíduo único, com necessidades específicas e otimizando o exercício de sua autonomia. Para sentir-se confortável é importante o caráter cordial e dialógico das práticas de cuidar que se expressa pelo autêntico interesse em ouvir os usuários dos serviços de saúde e ser por eles ouvido (AYRES, 2004). Maestri *et al* (2012), ao avaliar as estratégias de acolhimento implementadas na UTI, salientou a sua relevância visto que proporciona um vínculo de confiança entre equipe e família.

É válido destacar que a concepção de conforto não se restringe a razões físicas ou ações tecnicistas. Autores encontraram que os familiares precisam de pessoas que os ouçam e esclareçam as suas dúvidas, forneçam as orientações necessárias e apoio (MELO e VALE 1995). A promoção do conforto por meio de práticas de acolhimento deve ser entendida como um direito da família que tem um membro na UTI, em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, que aborda o familiar como objeto das ações de acolhimento envolvido no projeto terapêutico (MORAES *et al*, 2013).

O nível de conforto alto obtido na dimensão Segurança foi também proporcionado pela interação com informações claras, detalhadas e oferecidas com boa vontade que permitiram ao familiar conhecer o que estava acontecendo com o seu membro. Os profissionais de saúde devem desenvolver a habilidade e a sensibilidade para perceber a compreensão das informações pelos familiares, buscando esclarecer suas dúvidas (MARUITI, GALDEANO 2007). Além do acesso a informações sobre a condição clínica de seu membro internado na UTI consistir numa necessidade premente dos familiares, a forma como essa

informação é transmitida e o desenvolvimento de uma relação de confiança e respeito mútuo entre os membros da família e os profissionais de saúde são fatores cruciais para ajudar o enfrentamento dos familiares à situação traumática (AUERBACH ET al 2005). Nesse sentido, para o familiar sentir-se seguro não basta receber a informação, é importante o modo pelo qual a mesma é transmitida, ou seja, o estabelecimento de estratégias sensíveis de comunicação para acolher os familiares diante desse momento de angústia e de incerteza da sobrevivência de seu membro (MORAES *et al*, 2013).

Na dimensão Interação Familiar e Ente constatou-se o segundo maior nível de conforto. O nível de conforto alto evidenciado para os familiares nessa dimensão mostrou que eles puderam perceber a possibilidade de ver seu membro recuperado. O conforto reside na constatação de que o familiar tem a sobrevivência assegurada e terá condições de retornar a vida em família (MUSSI *et al*, 2002). O nível de conforto alto nessa dimensão também se relacionou a ver o membro em condições de se comunicar, mostrando que o conforto relaciona-se em vivenciar a melhora da sua condição clínica que possibilita o desfrutar de uma interação. O estudo realizado por Costa *et al* (2010) demonstrou que encontrar o membro com o nível de consciência rebaixado ou sob sedação, ligado a vários aparelhos e sem poder se comunicar contribuiu para o estresse dos familiares. Além disso, esse nível de conforto alto foi também relacionado à capacidade da família perceber-se em condições de ajudar o membro internado e saber que ele percebia a sua presença na UTI. Nesse sentido, desfrutar da interação com o membro na UTI significa conforto e a sua impossibilidade pode trazer sofrimento, a exemplo dos distúrbios psicológicos (MEDINA, BACKES 2002).

Na dimensão Suporte verificou-se menor nível de conforto em relação às dimensões Segurança e Interação Familiar e Ente, identificando-se nível de conforto mediano. Cabe ressaltar que até 25% dos familiares apresentaram nível de conforto baixo nessa dimensão. Quanto à infra estrutura hospitalar, sentiram baixo conforto devido a falta de estrutura no que se refere a ter água para beber e um telefone público perto ou na sala de espera, mais ou menos conforto quanto a existência de um local para fazer as refeições no hospital, de sanitários, de meios de distração e de móveis confortáveis e, muito conforto, em razão de ter uma sala de espera próxima a UTI. Outros autores já destacaram a provisão do conforto relacionado à infra-estrutura hospitalar também representada por uma poltrona para descansar, uma revista ou jornal e uma sala para conversar com um profissional de saúde (LOURENÇO, NEVES, 2008). Segundo a Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, em seu artigo 4º: “Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente

limpo, confortável e acessível a todos”, refletindo a concepção de conforto das dimensões Segurança e Suporte da ECONF. Além desta portaria, a PNH também defende o direito a um ambiente confortável para trabalhadores, pacientes e sua rede social. A garantia da ambiência coaduna-se com o sentido de conforto da dimensão Suporte, visto que compreende o espaço físico como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem *versus* espaço (BRASIL, 2004b). Esse espaço visa a confortabilidade, focada na privacidade e individualidade desses sujeitos e na utilização de mobiliários confortáveis e dispostos de maneira acolhedora (BRASIL, 2004b).

O nível de conforto médio na dimensão Suporte também relacionou-se ao quanto os familiares perceberam a flexibilização das normas e rotinas hospitalares relacionadas à visita ao membro internado fora do horário, a possibilidade de maior número de visitantes e a permanência sempre que desejado na sala de espera. A flexibilidade no horário e no número de visitantes da UTI foi identificada como estratégia para proporcionar aos familiares amparo, ajuda, compreensão (MAESTRI, et al 2012) o que corresponde a promoção de conforto. Em relação às normas para visita na UTI, Harvey (2004) destaca que, embora tenham melhorado nas últimas décadas, na maioria das vezes atendem prioritariamente aos interesses dos serviços e dos profissionais de saúde. Diante disso, merece destaque a importância do trabalho da enfermeira, visto que o processo de visita é geralmente coordenado por ela, o que confere autonomia para flexibilizar normas e rotinas hospitalares em razão das necessidades e justificativas dos familiares (MORAES *et al*, 2013). Garantir o mínimo de proximidade entre família e membro contribui para minimizar o desconforto provocado pela interdição da vida em conjunto devido à hospitalização.

O apoio recebido por amigos durante a realização da visita também relacionou-se ao nível de conforto médio nessa dimensão. A afetividade e os vínculos afetivos que unem as pessoas em momentos de crise e dificuldade se traduzem em estrutura fundamental da organização familiar e dos contextos de viver das famílias (HAYAKAWA *et al*, 2010). Nesse sentido, conhecer as pessoas de apoio à família e permitir, quando possível, sua presença junto a ela nos momentos de visita pode consistir uma fonte de conforto.

O nível de conforto médio na dimensão Suporte também foi associado ao acesso à informação sobre a UTI e o seu membro internado. Na análise do nível de conforto por itens os familiares sentiram muito conforto por terem identificado os profissionais que podiam ajudá-los, poderem desfrutar de uma conversa com alguém da equipe, receberem todos os dias informações do médico e explicações sobre o que estava acontecendo com seu membro. Uma

das tarefas mais importantes de um profissional intensivista é fornecer informações claras e realistas, mas também compassivas e solidárias (SOARES, 2007). Segundo a Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, é também direito de todo cidadão receber “informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível”, o que deve ser estendido aos familiares. Para os familiares, o simples fato de contar com profissionais dispostos a ouvi-los e dispensando-lhes atenção, por si só, já constitui um significativo elemento de suporte (OLIVEIRA, 2006) e, portanto, de conforto.

Médio conforto na dimensão Suporte foi também associado ao recebimento de informações em casa sobre as mudanças na condição clínica de seu membro ou em qualquer horário. Portanto, o conforto associa-se não apenas a receber as informações de modo rotineiro, mas que atendam as necessidades pessoais.

Os familiares ainda perceberam médio conforto no que tange as informações recebidas sobre o funcionamento da UTI e aos motivos no atraso das visitas e baixo conforto, em relação a receber informação do seu membro quando telefonar. Maruiti e Galdeano (2007) constataram a necessidade de informação sobre o que acontece durante a internação do membro pela maioria dos familiares e Prochnow *et al* (2009) verificaram que eles precisam de esclarecimentos sobre as rotinas e normas do hospital, corroborando com a importância da equipe de saúde estar disponível para atender as demandas de informação da família.

Outro fator relacionado ao nível de conforto médio na dimensão Suporte foi o apoio religioso/espiritual. As práticas religiosas são consideradas como um suporte psicossocial para o enfrentamento de situações críticas, dor, sofrimento e morte (HILL, PARGAMENT, 2003). Soares (2007), quando tratou sobre o cuidado da família de pessoas em situação de terminalidade na UTI, trouxe a espiritualidade como uma característica humana que possibilita ao indivíduo encontrar significado e propósito para a vida, o que demonstra a importância da sensibilização da equipe de saúde quanto a saber respeitar e possibilitar as manifestações espirituais e religiosas de familiares e das pessoas internadas. Pulchalski (2001) refere que os valores espirituais são os recursos mais usados pelas pessoas que enfrentam o desafio de uma doença séria para ajudá-las a enfrentar ou compreender a doença e ou perdas relacionadas e, segundo Abbott *et al* (2001), muitos familiares citam a fé ou a espiritualidade como um aspecto significativo e tranquilizador de sua permanência no hospital.

Considerando todas as dimensões analisadas, identificou-se níveis de conforto mais baixos na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano. O nível de conforto baixo evidenciado mostra que a vivência da internação de um membro na UTI interfere na manutenção da rotina da vida familiar, do lazer, do trabalho e dos estudos. Além disso, afeta a

preservação dos hábitos alimentares e de sono e a capacidade de controle emocional, relaxamento e distração. A menor média de conforto, para essa dimensão, pode se justificar pelo fato da internação de um membro na UTI ser considerada estressante para os familiares que sentem-se desorganizados, desamparados e com dificuldades para atender as suas necessidades (SILVA, SANTOS, 2010). Pode levar ao rompimento da rotina familiar, provocar sentimentos de solidão ou perda de controle, pois a família passa a mobilizar todos os recursos disponíveis para enfrentar a doença crítica e hospitalização num esforço de restaurar seu equilíbrio. Além disso, as visitas demandam um tempo considerável dos familiares e a rotina doméstica é interrompida pelas frequentes idas ao hospital (OLIVEIRA, 2006). O familiar focaliza a sua atenção para o membro internado em risco de vida e acaba por menosprezar ou não conseguir dar conta de encaminhar seus problemas de saúde, alimentar-se e dormir (HORN, TESH, 2000). No estudo de Oliveira (2006), familiares de pessoas internadas em UTI manifestavam o cansaço resultante de noites mal dormidas, acúmulo de funções para suprir aquelas anteriormente desempenhadas pelo membro internado, prejuízo no desempenho profissional em decorrência do estresse e angústia, dificuldade em conciliar o horário de trabalho com os horários de visita à UTI, desgaste físico e financeiro provocado pelas constantes idas ao hospital, descuido com a própria saúde, sobrecarga por terem que aparentar uma força que não tinham para dar suporte ao paciente e outros membros da família. Para Freitas, Menezes e Mussi (2012) a descontinuidade da vida cotidiana ao viver a angústia da possibilidade de perda de um membro da família, a cisão na vida familiar, a dificuldade para cuidar de si e mudanças na vida social e profissional consiste em profundo desconforto experienciado no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI.

Quanto à influência das variáveis relacionadas ao contexto de internação do membro sobre o nível de conforto do familiar, os sujeitos em visita a UTI Geral do Hospital C apresentaram maiores médias do nível de conforto global e nas dimensões Suporte, Interação Familiar e Ente e Segurança. Um provável motivo para esse resultado na dimensão Suporte consiste na presença de profissional de psicologia exclusivo, o que confere maior oportunidade de terem alguém para conversar e receber apoio emocional para lidar com a situação. Um estudo realizado por Moreira, Martins e Castro (2012) encontrou que os familiares, de forma geral, disseram que a psicóloga facilitou a comunicação da família com a equipe médica, deu apoio e ajudou no processo de internação oferecendo informações sobre o quadro clínico do paciente, esclarecendo dúvidas, amenizando a ansiedade, atendendo o paciente em suas angústias e medos e preparando-a para entrar na UTI. Outro fator

contribuinte trata-se desta UTI possuir infraestrutura para os familiares com sala de espera, banheiro, cadeiras, televisão e armários para guarda de pertences. A planta física da UTI deve possibilitar acomodar, da melhor forma possível, o paciente, o visitante e os profissionais da equipe de saúde (LOURENÇO, NEVES, 2008).

Na mesma UTI os familiares também apresentaram-se muito confortáveis na dimensão Interação Familiar e Ente. Isso demonstrou que eles perceberam que o membro internado estava reagindo bem e gostava do tratamento recebido, que havia a chance de sua recuperação e sentiam-se capazes de ajudá-lo a enfrentar a situação de internamento. Entende-se que a atuação da equipe de saúde pode ter favorecido um maior preparo dos familiares para vivenciar a situação de internamento do membro, o que pode reafirmar o papel da família como potencializadora do cuidado e fortalecê-la para ajudar o membro. Para Gutierrez e Minayo (2010) a família é essencial para conferir apoio emocional ao seu membro. Para Freitas, Mussi e Menezes (2012) o desconforto dos familiares pode ser minimizado quando estes sentem-se seguros ao perceber que as práticas de cuidar são sempre conduzidas no sentido de preservar a vida e dignidade do paciente. O atendimento qualificado cientificamente e humanizado evidencia preocupação com o membro internado a ponto deste transparecer que gosta do atendimento. Além disso, os familiares podem ter percebido neste contexto maior chance de recuperação de seu membro.

Ainda na UTI Geral C os familiares também se sentiram muito confortáveis na dimensão Segurança. Segundo Marsico (2008), o conforto requer profissionais qualificados e atentos às necessidades dos clientes. Para Lourenço e Neves (2008), os visitantes de pessoas internadas em UTI necessitam ser acolhidos por profissionais sensíveis e dispostos a amenizar as sensações desconfortáveis em relação à UTI.

Para os familiares, ainda em visita à membros internados na UTI do hospital C, constatou-se menor nível de conforto na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano quando comparada às outras UTIs. Tendo em vista que essa dimensão diz respeito à capacidade desse familiar manter seus hábitos diários pode guardar uma menor relação com a estrutura e a equipe profissional da UTI.

Nas demais dimensões, os menores níveis de conforto foram encontrados na UTI Geral A, o que reforça ainda mais a necessidade de um ambiente bem estruturado e com equipe atenta às necessidades do familiar e de seu membro internado. Cabe ressaltar, que não havia o profissional de psicologia na equipe de saúde dessa UTI e que a mesma não possuía sala de espera.

Estudos apontam a importância do fator ambiental na promoção de conforto (MUSSI, 1999; BRASIL, 2004a; CARRARO, 2008; LOURENÇO, NEVES, 2008), entretanto há uma carência de investigações no que tange a associação do nível de conforto de familiares com a estrutura física e composição da equipe profissional.

Relacionado ao nível de gravidade do membro internado na UTI, houve diferença estatisticamente significativa nos níveis de conforto global e nas dimensões Suporte e Interação Familiar e Ente. Os menores níveis foram identificados para os familiares que tinham seu membro em condição grave instável ou gravíssimo. A maior gravidade da condição de saúde do membro contribui para a diminuição do nível de conforto dos familiares, uma vez que põe em evidência o seu risco de vida, a incerteza de recuperação e a comunicação prejudicada, levando à dificuldade de interação com o familiar e a ameaça da perda. Para Freitas (2011) os familiares associam o seu conforto, principalmente, à condição de saúde do ente, sendo que a maior gravidade parece abalar intensamente a experiência de conforto. O familiar, ao vivenciar a angústia da possibilidade de perda devido à incerteza de recuperação do seu membro e ao sofrimento do mesmo, experimenta a antecipação dessa perda, que é extremamente perturbadora e dolorosa. Há desconforto em presenciar o seu membro sofrendo, dependendo de equipamentos e dos profissionais do hospital, um sofrimento que também passa a ser seu (FREITAS, MUSSI, MENEZES, 2012). A demanda aumentada de cuidados às pessoas em estado grave pode ser associada ao menor nível de conforto dos familiares identificado na dimensão Suporte, pois com o aumento da gravidade os familiares podem sentir uma necessidade maior de receber notícias todos os dias do médico. Neves *et al* (2009) verificaram que familiares com membros em estado grave apresentaram menor grau de satisfação quando comparado a outros grupos, o que ressaltou a importância de alguém da equipe estar mais disponível para conversar com o familiar, flexibilizar normas voltadas as visitas na UTI e oportunizar informações sempre que demandadas. A flexibilidade dos profissionais quanto às rotinas hospitalares consiste em acolhimento às manifestações das necessidades e do sofrimento de familiares (PINHO, SANTOS, 2008).

Relacionado ao tempo de internação do membro da família na UTI, os níveis de conforto global e por dimensão foram semelhantes, exceto na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano, na qual os familiares com seus membros internados de 1 a 3 dias apresentaram maior nível de conforto do que aqueles com membros internados de 4 a 7 dias. Auerbach *et al* (2005), verificaram que nos primeiros dias de internação, os familiares com um membro na UTI apresentam elevados níveis de estresse, com sintomas característicos de

desordem de estresse agudo, Oliveira (2006) salienta que o início da hospitalização traz sentimentos negativos que após um tempo evoluem para neutralidade e, finalmente, para a sensação de que se está fazendo o melhor possível. Nesse estudo, podemos aventar a hipótese de que o maior nível de conforto nos primeiros dias de internação do membro na UTI esteve relacionado ao fato de que, com o decorrer da internação, prolonga-se a cisão da vida familiar e a descontinuidade da vida cotidiana levando à diminuição do conforto diante das mudanças na vida social e profissional e no cuidado de si. A lacuna de estudos que contemplem o tempo de internação do familiar e o nível de conforto dificulta a comparação desse resultado com outras investigações.

Quanto às variáveis relacionadas ao familiar de pessoas internadas em UTI sobre o seu nível de conforto, no que tange ao sexo, observou-se diferença estatisticamente significativa entre o nível de conforto de homens e mulheres, na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano, estando às mulheres menos confortáveis. Esse achado evidencia que elas perceberam maior dificuldade para manter a rotina com seus familiares, manter os hábitos alimentares e continuar as atividades habituais durante a internação do membro. Outros estudos reforçam esse resultado, ao demonstrarem que as mulheres tem maior necessidade de conforto do que os homens (LEE, LAU, 2003; HØGHAUG, FARGEMOEN, LERDAL, 2012). Rezende *et al* (2010) avaliou o nível de bem estar de cuidadores e constatou que cuidadores do sexo masculino apresentaram grau de bem-estar significativamente maior do que cuidadoras do sexo feminino.

Quanto à idade, houve diferença dos níveis de conforto na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano, na qual os indivíduos com mais de 60 anos sentiram-se mais confortáveis do que os demais. Høghaug, Fargemoen e Lerdal (2012), evidenciaram que familiares mais jovens sentiram maior necessidade de conforto em razão dos profissionais dispensarem mais atenção e serem mais sensíveis aos idosos em relação a outros grupos etários. De acordo com Rosa (2008), o grupo de familiares jovens associa o desconforto vivenciado na internação de um membro à mudança de rotina, interrupção das atividades, dos estudos e o distanciamento de casa.

Observou-se uma tendência à redução do nível de conforto de acordo com o aumento do nível de escolaridade. No que diz respeito à renda familiar, houve diferença entre os níveis de conforto global e na dimensão Suporte. Em ambos, o menor nível de conforto apresentou-se na classe de maior renda. Segundo Freitas, Kimura e Ferreira (2007) o nível de escolaridade e renda mensal mais elevada pode tornar os familiares mais exigentes e conscientes quanto aos serviços que podem requerer do hospital e dos profissionais.

Corroborar ainda com esses achados, o estudo de Neves *et al* (2009) que objetivou analisar a satisfação de familiares em UTI, demonstrando que familiares com maior escolaridade tinham menor grau de satisfação.

Segundo a natureza do relacionamento do familiar com o membro internado, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os níveis de conforto na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano. Menor nível de conforto foi identificado para familiares que se identificaram como mãe ou pai do membro internado e maior nível para aqueles que se identificaram como cônjuges. Os estudos de Høghaug, Fargemoen, Lerdal, 2012 e de Lee e Lau, 2003 demonstraram que não houve associação entre a necessidade de conforto dos familiares e o relacionamento familiar. O maior nível encontrado em cônjuges pode ter relação com o fato desses já imaginarem-se como cuidador um do outro, no caso de adoecimento (REZENDE, 2010). Gomes, Alencar e Damasceno (2009) dizem que quando um membro da família é hospitalizado, o equilíbrio e os papéis ocupados pelos familiares são afetados. Nesse contexto destaca-se o desequilíbrio causado no papel dos pais. Ter um filho internado pode desestruturar a família e pode suscitar sentimentos de impotência (MOLINA *et al*, 2009), visto que há uma inversão de papéis, pois os pais não imaginavam vivenciar essa situação de experiência de risco de perda do filho.

Os achados do estudo demonstraram que os familiares perceberam a sensibilidade dos profissionais e sua competência técnico científica. No entanto, ainda há necessidade de se oferecer maior suporte aos familiares por meio de demonstrações de interesse sobre a condição do familiar nesse contexto e flexibilização das normas e rotinas hospitalares, tentando colaborar com a manutenção da rotina da vida familiar, do lazer, do trabalho e dos estudos desses familiares. O investimento em infra-estrutura hospitalar, a possibilidade de visitas mais demoradas ou em outros horários, de apoio psicológico são ações que podem contribuir para a promoção do conforto. Cabe a equipe de saúde avaliar o nível de conforto de familiares e buscarem em conjunto formas de melhor enfrentamento da situação de internação de um membro na UTI possibilitando a vivência de maiores níveis de conforto em todas as dimensões da ECONF, levando-se em consideração as especificidades do indivíduo de acordo com o sexo, idade, escolaridade e renda; tempo de internação e nível de gravidade do seu membro hospitalizado.

Levando-se em consideração a presença da equipe de enfermagem 24h em contato com os membros internados, a possível proximidade com os familiares, identificando suas necessidades específicas e o papel gerencial que a enfermeira desempenha na UTI, tendo autonomia para flexibilização de normas e rotinas, além de participar de planos de

organização dos espaços de saúde, entre outros, destaca-se como profissional importante para promoção do conforto desses sujeitos. Ações como horário de visita aberto nas 24h, já implementado em hospitais do Sudeste do Brasil (EINSTEIN, 2012), ou mais opções de horário fora do comercial, permitindo que os familiares possam desfrutar da interação com o seu membro sem precisar romper com rotinas de trabalho e/ou estudo; participação de projetos que valorizem a Ambiência nos espaços destinados aos familiares visitantes e construção de grupos de apoio (OLIVEIRA, 2006), possibilitando o atendimento às necessidades dos familiares em UTI, são exemplos de ações que podem promover maior nível de conforto desses.

6 CONCLUSÕES

Os familiares apresentaram nível de conforto global médio, nível de conforto alto nas dimensões Segurança e Interação Familiar e Ente, nível de conforto médio na dimensão Suporte e nível de conforto menor na dimensão Integração Consigo e com o Cotidiano. Quanto à influência de variáveis no nível de conforto dos familiares, houve diferença estatisticamente significativa de acordo com a UTIs lócus de estudo, o nível de gravidade e o tempo de internação do membro; o sexo, a idade e a renda do familiar; e a natureza do relacionamento do familiar com um membro na UTI.

Os resultados assinalam a importância da reflexão dos profissionais de saúde quanto à efetividade de práticas de cuidar dirigidas a familiares visando a promoção do seu conforto, especialmente em serviços públicos, no contexto baiano. Salientam ainda a necessidade dos gestores de instituições de saúde valorizarem a construção de espaços físicos arquitetonicamente organizados e animados para acolher e dar suporte as necessidades dos familiares. Torna-se um desafio identificar e implementar ações que ajudem os familiares a minimizar o desconforto vivido com a internação do membro na UTI, especialmente no que tange a Integração Consigo e com o Cotidiano e as variáveis estudadas.

Como limites encontrados para o desenvolvimento desta pesquisa destaca-se a sua realização em um contexto restrito a UTIs públicas do estado da Bahia, sendo necessário a replicação da investigação em outras regiões e em diferentes contextos institucionais. A escassez de estudos sobre o conforto de familiares com um membro internado na UTI e que relacionem o conforto com variáveis sociodemográficas e do contexto de internação limitaram a comparação dos achados desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ABOTT, K.H. *et al.* Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. **Crit Care Med**, USA, v.29, n.1, Jan, p.197-201, 2001
- ALBERT EINSTEIN – SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA. **Dicas para a família e acompanhante**. [online] São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.einstein.br/Hospital/centro-de-terapia-intensiva/cti/Paginas/dicas-para-familia-e-acompanhante.aspx> Acesso em: dez 2013.
- ÂNGELO, M. *et al.* Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.43, esp 2, p.1337-1341, 2009
- APÓSTOLO, J. **O conforto pelas imagens mentais na depressão ansiedade e stresse**. Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2010. ISBN/ISSN: 978-989-26-0036-9
- ARRUDA, E.N.; NUNES, A.M.P. Conforto em enfermagem: uma análise teórico conceitual. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.7, n.2, p.93-110, 1998
- AUERBACH, S.M. *et al.* Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. **Am J Crit Care**, Stanford, v.14, n.3, Mai, p.202-210, 2005
- AYRES J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, set-dez, 2004
- AZOULAY, E *et al.* Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. **Am J Respir Crit Care Med**, New York, v.163, n.1, Jan, p.135-139, 2001
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde , 1997
- _____. Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 60p. 2001
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 48p. 2004a
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 22p. 2004b
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante/ Ministério**

da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2ed. 32p. 2007

_____. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.** Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 de ago. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: dez. 2013

_____. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS: Atenção hospitalar.** Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2011

CAMPOS, M.R.deM.; MATA, G.C. A construção social da família: elementos para o trabalho na atenção básica. In: MOROSINI, Maria Valéria G.C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007

CARRARO, T.E. et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto contexto-enferm.** [online]. 2008, vol.17, n.3, pp. 502-509. ISSN 0104-0707.

CARVALHO, I.M.M. de; ALMEIDA, P.H. de. Família e proteção social. **São Paulo Perspec.** São Paulo, v.17, n.2, p. 109-122, 2003.

CASANOVA, E.G.; LOPES, G.T. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. **Rev. bras. enferm.,** Brasília, v.62, n.6, nov-dez, 2009

CHAPPELLS, H.; SHOVE, E. **Comfort:** a review of philosophies and paradigms. 2004. Disponível em: http://www.lancs.ac.uk/fass/projects/fuctom/fc_litfinal.pdf. Acesso em: 13 dez 2012

CORREA D.A.M. Religião e saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades no grupo de oração da RCC em Maringá, PR. **Cien. Cuid. Saúde.** Maringá, Sup.5, p.265-72, 2006

CORRÊA, A.K.; SALES, C.A.; SOARES, L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Acta Scientiarum.** Maringá v. 24, n. 3, p. 811-818, 2002

COSTA, E.Á.deC. **O Sentido de família na contemporaneidade e as políticas públicas.** 2006. 39f. Monografia (Especialização em Gestão Solidária para as Organizações Sociais) – Libertas Consultoria e Treinamento, Recife, 2006

COSTA J.B. et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. **J Bras Psiquiatr,** Rio de Janeiro, v.59,n.3, p.182-189, 2010

DU GAS, B.W. Necessidades de conforto, repouso e sono, In: **Enfermagem prática.** 4.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, Cap.17, p.311-29, 1984

ELHART, D. et al. O âmbito de intervenção de enfermagem no apoio à adaptação, In: **Princípios científicos de enfermagem**. Lisboa, Portuguesa de livros técnicos e científicos, Cap.4, p.288-96, 1983

FITZSIMONS, D.; PARAHOO, K.; STRINGER, M. Waiting for coronary artery bypass surgery: a qualitative analysis. **J Adv Nurs**, Oxford, v.32, p.1243-1252, nov. 2000

FORTES P.A.C.; MARTINS C.L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.53, p.31-3, 2000

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY E.E. *et al* (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; p.55-124, 2003

FRANZON. A.C. **Introdução de acompanhantes no parto: a experiência paterna**. 2011. 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2011

FREITAS, K.S. **Construção e validação de uma escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde (ECONF)**. 2011. 196f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2012

_____.; KIMURA, M.; FERREIRA, K.A.S.L. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, jan-fev, 2007

_____.; MENEZES, I.G.; MUSSI, F.C. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 896-894, dez. 2012

_____.; MUSSI, F.C. Fontes de suporte definidas como conforto por familiares com um ente na UTI. **Rev Paraninfo digital**, Granada, v.4, 2011. Disponível em: <http://www.index-f.com/para/n14/174d.phd>. Acesso em 17 dez 2012

_____.; MUSSI, F.C.; MENEZES, I.G. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. **Esc. Anna Nery**, São Paulo, v.16, n.4, p. 704-711, out-dez 2012

GALERA, S.A.F.; LUIS, M.A.V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.36, n.2, p.141-147, 2002

GAMEIRO, M.H. Sofrimento na doença. In: **Análise conceptual e fenomenológica do sofrimento humano**. Coimbra: Quarteto; p. 29-44, 2003

GELINSKI, C.R.O.G. **Proteção social em saúde para famílias vulneráveis com monoparentalidade feminina via estratégia saúde da família**. 2010. 272f. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010

_____. A questão da co-responsabilidade prevista na estratégia saúde da família. **Política e Sociedade**, Florianópolis, v.10, n.19, p.97-114, 2011

GOMES, G.U.; ALENCAR, A.M.; DAMASCENO, M.M.; FREITAS, W.R. Percepção do cuidador familiar acerca da Unidade de terapia intensiva. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 22/v. 23, n. 1, 2, 3, p. 135-144, jan./dez. 2008, jan./dez. 2009

GOTARDO, G.I.B.; SILVA, C.A. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v:13, n.2, p. 223-228, mai-ago. 2005

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.deS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010

HAMMERSCHMIDT, K.S.deA.; SANTOS, S.S.C. Família: redes, laços e políticas públicas. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1203-08, 2009

HARVEY, M.A. Evidence-based approach to family care in the intensive care unit: why can't we just be decent? **Crit Care Med**, USA, v.32, n.9, Set, p.1975-1976, 2004

HAYAKAWA, L.Y.; MARCON, S.S.; HIGARASHI, I.H; WAIDMAN, M.A.P. Rede social de apoio a família de crianças internadas em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.63, n.3, p. 440-5, 2010

HILL, P.C.; PARGAMENT, K.I. Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality: Implications for Physical and Mental Health Research. **Psychology of Religion and Spirituality**. Washington, v.S, n.1, p.3–17, 2003

HOGHAUG, G.; FAGERMOEN, M.S.; LERDAL, A. The visitor's regard of their need for support, comfort, information proximity and assurance in the intensive care unit. **Int Crit Care Nurs**, Philadelphia, v.28, p. 263-268, 2012

HORN E.V.; TESH, A. The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses. **Dimens Crit Care Nurs**. Philadelphia, v.19, n.4, p.40-49, 2000

ITABORAÍ, Nathalie Reis. A proteção social da família brasileira contemporânea: reflexões sobre a dimensão simbólica das políticas públicas. Trabalho apresentado no **Seminário as Famílias e as Políticas Públicas no Brasil**, Belo Horizonte, 21 e 22 de novembro de 2005. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/outros/FamPolPublicas/NathalieItaborai.pdf>>. Acesso em: 08 mar 2013>

KOLCABA, K. A theory of holistic concept comfort for nursing. **J. Adv. Nurs**. Oxford, v.19, p.1178-1184, 1994

_____.; DIMARCO, M.A. Comfort Theory and its application to pediatric nursing. **Pediatr Nurs**, Philadelphia, v.31, n.3, p.187-194, mai-jun 2005

LEAL, A.M. **The development of an instrument for the measurement of psychological comfort. Texas.** 1986, 216p. Dissertation (Doutorado)- College of Nursing, Texas Woman's University

LEE, L.; LAU, Y. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. **J Clin Nurs. USA**, v.12, p. 490-500, 2003

LEITE, M.A.; VILA, V.S.C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva: **Rev. Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, mar-abr. 2005

LESKE, J.N. Comparison ratings of need importance after critical illness from family members with varied demographic characteristics. **Crit Care Nurs Clin North Am**, USA, v.4, n.4, p.607-13, 1992

LESKE, J S. Interventions to decrease family anxiety. **Crit Care Nurse**, USA, v.22, n.6, Dez, p.61-65, 2002

LOURENÇO, E.daC.; NEVES, E.P. As necessidades de cuidado e conforto de visitantes em UTI oncológica: uma proposta fundamentada em dados de pesquisa. **Rev bras cancerol.** Rio de Janeiro, v.54, n.3, p. 213-220, 2008

MAESTRI , E; NASCIMENTO, E.R.P.do; BERTONCELLO, K.C.G; MARTINS, J.de J. Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc Enferm USP.** São Paulo, v.46 n.1, p. 75-81, 2012

MARSICO, E.F.C. **A qualidade do cuidado/conforto de enfermagem na perspectiva do cliente/paciente hospitalizado.** 2008. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2008.

MARUITI M.R.; GALDEANO L.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.20, p.37-43, 2007

MCILVEENN, K.H.; MORSE, J. The role of comfort in nursing care: 1900-1980. **Clin Nurs Res**, Pennsylvania, v.4, n.3, p.127-148, may 1995

MEDINA RF, BACKES VMS. A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.55, n.5, p.522-7, 2002

MELO, L.L; VALE, E.R.M. Apoio emocional oferecido pela equipe de enfermagem à criança portadora de câncer e à sua família. **Rev Bras enferm**, Brasília, v.48, n.1, jan-mar, p.93-102, 1995

MERHY, E.E. **A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas.** Mimeo, Campinas, 1998

MEZZARROBA, R.M.; FREITAS, V.M.; KOCHLA, K.R.A. O cuidado de Enfermagem ao paciente crítico na percepção da família. **Cogitare Enferm.** Paraná, v.14, n.3, p.499-505, jul-set 2009

MIOTO, R.C.T.; SILVA, M.J.da; SILVA, S.M.M.da. Políticas públicas e família: estratégias para enfrentamento da questão social. Trabalho apresentado na **III jornada internacional de políticas públicas**, São Luís – MA, 28-30 ago 2007

MOLINA, R.C.M.; FONSECA, E.L.; WAIDMAN, M.A.P.; MARCON, S.S. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Rev Esc Enferm USP.** v.43, n.3, p.630-638. 2014

MORAES, M.deA; HORI, L.M.R; FREITAS, K.S.; MUSSI, F.C. Conforto de familiares de pessoas em unidade de terapia intensiva frente ao acolhimento. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, n.5, 2013

MOREIRA, E.K.C.B.; MARTINS, T.M.; CASTRO, M.M.de. Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 134-62, jun. 2012

MORSE, J. M. Comfort: the refocusing of nursing care. **Clinical Nursing Research.** Vol. 1, nº 1, p. 91-106, 1992

_____. On Comfort and Comforting. **Am J of Nursing**, New York, v.100, n.9, p.34-38, 2000

MUSSI, F.C. **Conforto: significados e necessidades na perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio.** 1994. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994

_____. Conforto: revisão de literatura. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 254-266, Ago. 1996

_____. **Padecendo a perda da espontaneidade da ação: o desconforto vivenciado por homens que sofreram infarto agudo do miocárdio.** 2000. 242f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000

_____. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p.751-759, Out. 2004

_____. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.18, p.72-81. 2005

_____. *et al.* Perda da espontaneidade da ação: o desconforto de homens que sofreram infarto agudo do miocárdio. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.36, n.2, p. 115-124, junho 2002

NASCIMENTO, M.Â.A.do et al. Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no programa saúde da família. In: ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. orgs.

Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232-0669-7.

NEVES, F.B.C.S. et al. Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**. São Paulo, v.21, n.1, p.32-7, Mar. 2009

OLIVEIRA, L.M.deA.C. **O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem**. 2006. 219f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Convênio Centro Oeste (UnB, UFG, UFMS), Goiânia, 2006

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe, Dec. 2009. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=en&nrm=iso. access on 07 Mai 2013.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>.

PAULI, M.C.; BOUSSO, R.S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n:3, p. 280-286. maio-jun. 2003

PETTENGILL M.A.M.; ANGELO M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13(6), p.982-988, nov-dez, 2005

PINHO, L.B.; SANTOS, S.M.A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 66-72, mar. 2008

POLIT, D.F; BECK, C.T.; HUNGLER,B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROCHNOW, A.G. et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.30, n.1, p.11-18, mar. 2009

REZENDE, V.L. et al. Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionnaire. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 46, p.229-237, Ago. 2010

ROSA, L.M. et al. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.410- 414, jul-set. 2008

SANTANA, V.S. et al. **Modelos básicos de análise epidemiológica**. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. *Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap. 21, p. 232-251

SCHNEIDER D.G. et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.17, n.1, p.81-89, jan-mar, 2008

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, Jan. 2000

SIDDIQUI, S.; SHEIKH, F.; KAMAL, R. What families want – an assessment of family expectations in the ICU. **Int Arch Med**, London, v.21, n.4, p.1-5, abr 2011

SILVA, C.L.R. *et al.* Conceito de cuidado/conforto: objeto de trabalho e objeto de conhecimento de enfermagem. **Cogitare enferm**. Curitiba, v.16, n.2, p.357-360, abr-jun. 2011

SILVA, F.S; SANTOS, I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, Junho 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14148145201000020000&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Set 2010

SINGLY, François de. **Le soi, le couple et la famille**. Paris: Nathan, 2002, *apud* ITABORAÍ, Nathalie Reis. A proteção social da família brasileira contemporânea: reflexões sobre a dimensão simbólica das políticas públicas. **Seminário as Famílias e as Políticas Públicas no Brasil**, Belo Horizonte, 21 e 22 de novembro de 2005. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/outros/FamPolPublicas/NathalieItaborai.pdf> . Acesso em: 08 mar 2013.

SOARES; M. Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.19, n.4, Outubro-Dezembro, 2007

SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v.19, n.4, Dec. 2007 .

SOUZA, E.C.F. et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. 100-110, 2008

SOUZA, J.C.; SOUZA, T.R.deP. A centralidade da família nas políticas públicas sociais no brasil: o caso da saúde. Trabalho apresentado na **9ª Mostra acadêmica UNIMEP**, 8-10 nov 2011

SZARESKI, C.; BEUTER, M.; BRONDANI, C.M. Situações de conforto e desconforto vivenciadas pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crônica. **Cienc cuid saúde**, Maringá, v.8, n.3, p.378-84, 2009

TAKAHASHI, E.I.U. Visitas em unidade de terapia intensiva. **Rev Paul Enfermagem**, São Paulo, v.6, n.3, p.113-5, jul.-set. 1986

THELAN, L.A.; DAVID, J.K.; URDEN, L.D. Enfermagem: cuidados intensivos, diagnósticos e intervenção. Portugal: Lusodática, 1990 *apud* LOURENÇO E.C.; NEVES E.P. As necessidades de cuidado e conforto dos visitantes em UTI Oncológica: Uma proposta Fundamentada em Dados de Pesquisa. **Rev. Brasileira de Cancerologia**. Brasil, v.54, n.3, p.214, 2008

VAZ, D.C.; SILVA, C.R.L.; FIGUEIREDO, N.M.A. A utilização da bibliometria na análise do referente conforto. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.15, n.4, p.736-741, out-dez 2010

APÊNDICE A – Instrumentos de medida do conforto em áreas diferentes da Saúde

Título do Artigo	Autores	Ano de publicação	Instrumento	Sujeitos
Subjective skeletal discomfort measured using a comfort questionnaire following a load carriage exercise	Birrell SA; Haslam RA.	2009	Comfort Questionnaire	Militares em transporte de carga
A new measure of conversational experience: the speaking extent and comfort scale (SPEACS)	Lyons AC; Spicer J	1999	Speaking Extent and Comfort Scale (SPEACS)	? Avalia a conversação
A validated subjective rating of display quality: the Maryland Visual Comfort	Seagull FJ; Sutton E; Lee T; Godinez C; Lee G; Park A	2011	Maryland Visual Comfort Scale (MVCS)	Usuários de sistemas de imagens para cirurgias minimamente invasivas

APÊNDICE B – Instrumentos originais para a medida do conforto na área de Saúde

Título do Artigo	Autores	Ano de publicação	Instrumento	Sujeitos
Measure care and comfort in children with cerebral palsy: the care and comfort caregiver questionnaire	Hwang M; Kuroda MM; Tann B; Gaebler-Spira DJ	2011	Care and Comfort Caregiver Questionnaire (CareQ)	Cuidadores de crianças com paralisia cerebral
Sexual abuse comfort scale: a scale to measure nurses' comfort to respond to sexual abuse in psychiatric populations	McCay E; Gallop R; Austin W; Bayer M; Peternej- Taylor C	1997	Sexual Abuse Comfort Scale	Enfermeiras de pacientes psiquiátricos abusados sexualmente
Evaluating paramedic comfort with field pronouncement development and validation of an outcome measure	Morrison LJ; Cheung MC; Redelmeier DA	2003	Psychological Comfort Scale	Paramédicos
Examining therapist comfort in delivering family therapy in home and community settings: development and evaluation of the Therapist Comfort	Glebova T; Foster SL; Cunningham PB; Brennan PA; Whitmore E	2012	Therapist Comfort Scale (TCS)	Terapeutas
Educational interventions in end-of-life: part II: psychometric development of an instrument to measure nursing comfort after an educational intervention in end-of-life care: the "Comfort Level Caring	Babgi A; Rogers S; Gomez C; McMahon RL.	2008	Comfort level in Caring for Dying Infants - CLCDI	Conforto de Enfermeiras que cuidam de crianças em processo de morte
The reliability and validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) among an adult burn survivor sample	Lawrence JW; Fauerbach JA; Heinberg LJ; Doctor M; Thombs BD	2006	Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) e Social Comfort Questionnaire (SCQ)	Adultos sobreviventes de queimaduras
Development the healing touch comfort questionnaire	Dowd T; Kolcaba K; Steiner R	2006	Healing Touch Comfort Questionnaire	Pessoas fazendo tratamento de toque de cura (HT)
Validation of a care and comfort hypertonicity questionnaire	Nemer McCoy R; Blasco PA; Russman BS; O'Malley JP	2006	Care and Comfort Hypertonicity Questionnaire (CCHQ)	Pacientes com paralisia cerebral
Measurement of ocular surface irritation on a linear interval scale with the ocular comfort index	Johnson ME; Murphy PJ	2007	Ocular Comfort Index (OCI)	Pacientes com doença na superfície ocular
Development and psychometric evaluation of the Psychiatric In Patients Comfort Scale (PICS)	Alves-Apostolo JL; Kolcaba K; Cruz-Mendes A; Calvário-Antunes MT	2007	Psychiatric In Patients Comfort Scale (PICS)	Pacientes psiquiátricos
Assessing distress in pediatric intensive care environments: the Comfort Scale	Ambuel B; Hamlett KW; Marx CM; Blumer JL	1992	Comfort Scale	Crianças internadas em UTI

APÊNDICE C – Instrumentos adaptados para a medida do conforto na área de Saúde

Título do Artigo	Autores	Ano de publicação	Instrumento	Sujeitos
Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionaire	Rezende VL; Derchain S; Botega NJ; Sarian LO; Vial DL; Morais SS; Perdicaris AAM	2010	General Comfort Questionnaire	Cuidadores de mulheres com câncer genital ou de mama
The reability and validity of the Comfort scale as a postoperati-ve pain instrument in 0 to 3-year-old infants	Van Dijk M; de Boer JB; Koot HM; Tibboel D; Passchier J; Duivenvoorden HJ	2000	Comfort Scale	Crianças de 0 à 3 anos, no pós operatório
Comfort Scale: a reliable and valid method to measure the amount of stress of ventilated preterm infants	Wielenga JM; De Vos R; de Leeuw R; De Haan RJ	2004	Comfort Scale	Prematuros em ventilação mecânica
The Comfort behavior scale: is a shorter observation period feasible?	Boerlage AA; Ista EE; de Jong M; Tibboel D; van Dijk M	2012	Comfort Behavior Scale	Crianças de 0 à 3 anos, no pós operatório
Validation of the Comfort Behavior scale and FLACC scale for pain assesment in Chinese children after cardiac surgery	Bai J; Hsu L; Tang Y; van Dijk M	2012	Comfort Behavior (Comfort-B) scale e FLACC	Crianças chinesas de 0 à 7 anos, no pós operatório
The Comfort behavioural scale and the modified FLACC scale in paediatric intensive care	Johansson M; Kokinsky E	2009	Comfort Behavior (Comfort-B) scale/FLACC	Crianças de 0 à 10 anos no pós-operatório
The efficacy of the Comfort scale in assessing optimal sedation in critically ill children requiring mechanical ventilation	Jin HS; Yum MS; Kim SL; Shin HY; Lee EH; Ha EJ; Hong SJ; Park SJ	2007	Comfort Scale	Crianças em ventilação mecânica, sedadas
Correlación entre análisis biespectral y Comfort scale en la evaluación de sedación em la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos	Bustos BUR; Fuentes SC	2007	Comfort Scale e Bispectral Index (BIS)	Crianças em ventilação mecânica
Interrater reability of the Comfort Scale	Bear LA; Ward-Smith P	2006	Comfort Scale	Crianças em estado crítico de Saúde
Assesment of sedation levels in pediatric intensive care patients can be improved by using the Comfort “behavior” scale	Ista E; van Dijk M; Tibboel D; de Hoog M	2005	Comfort “behavioral” Scale (Comfort-B)	Crianças internadas em UTI pediátrica
Correlation of the Bispectral Index Monitor with the Comfort Scale in the pediatric intensive care unit	Twite MD; Zuk J; Gralla J; Friesen RH	2005	Comfort Scale e Bispectral Index (BIS)	Crianças em ventilação mecânica na UTI
Assessing sedation in the pediatric intensive care unit by using BIS and the Comfort Scale	Crain N; Slonim A; Pollack MM	2002	Comfort Scale e Bispectral Index (BIS)	Crianças sedadas na UTI
Assessing sedation in a pediatric intensive care unit using Comfort Behavioural Scale and Bispectral Index: these tools are different	Amigoni A; Mozzo E; Brugnaro L; Gentilomo C; Stritoni V; Michelin E; Pettenazzo A	2012	Comfort behavioural Scale e Bispectral Index (BIS)	Crianças em estado crítico de saúde
Assesment of the reliability and validity of the Comfort Scale for adult intensive care patients	Ashkenazy S; Dekeyser-Granz F	2011	Comfort Scale	Adultos sedados em UTI
The Comfort-Behavior scale is useful to asses pain and distress in 0-to-3-year-old children with Down syndrome	Valkenburg AJ; Boerlage AA; Ista E; Dulvenvoorden HJ; Tibboel D; van Dijk M	2011	Comfort-B Scale	Crianças de 0 à 3 anos com Síndrome de Down
The Comfort behavior scale: are you comfortable	Aneja R	2005	Comfort behavior	Crianças internadas em UTI
The Comfort Behavior Scale: a tool for assessing pain and sedation in infants	van Dijk M; Peters JW; van Deventer P; Tibboel D	2005	Comfort Behavior	Crianças sedadas em UTI
Skin conductance versus the modified comfort sedation score a measure of discomfort in artificially ventilated children	Gjerstad AC; Wagner K; Henrichsen T; Storm H	2008	Comfort sedation Scale	Crianças em ventilação mecânica

ANEXO A

Parecer Consubstanciado de Projeto

Título do Projeto: **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE CONFORTO PARA FAMILIARES DE PESSOAS EM ESTADO CRÍTICO DE SAÚDE**

Pesquisador Responsável **KÁTIA SANTANA FREITAS**

Data da Versão **28/10/2009**

Cadastro **78/09**

Data do Parecer **05.03.2010**

Grupo e Área Temática **III - Projeto fora das áreas temáticas especiais**

Objetivos do Projeto

CONSTRUIR, DESENVOLVER E VALIDAR UMA ESCALA PARA A MEDIDA DO CONFORTO DOS FAMILIARES DE PESSOAS ADULTAS EM ESTADO CRÍTICO DE SAÚDE.

Sumário do Projeto

O ESTUDO É DO TIPO METODOLÓGICO COM ABORDAGEM QUANTITATIVA. O PROJETO DA ETAPA QUALITATIVA FOI APROVADO EM 23 DE JULHO DE 2009 (ANEXO A). O PRESENTE PROJETO REVELA A CARÊNCIA DE ESTUDOS QUE ABORDEM A TEMÁTICA DO CONFORTO NA PERSPECTIVA DE FAMILIARES E SUA MEDIDA, NO CONTEXTO DA UTI. AINDA HÁ POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, UMA COMPREENSÃO LIMITADA QUANTO AO QUE SIGNIFICA PARA A FAMÍLIA SENTIR-SE CONFORTADA E DA MULTIDIMENSIONALIDADE DESSE FENÔMENO. É POSSÍVEL QUE ESTE ESTUDO CONTRIBUA PARA SE PENSAR, PROPOR E AVALIAR A EFETIVIDADE DO CUIDADO INTERDISCIPLINAR NA PROMOÇÃO DO CONFORTO E DISPONIBILIZARÁ AOS ENFERMEIROS(AS) INTENSIVISTAS UMA ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO CONFORTO DOS FAMILIARES.

<i>Aspectos relevantes para avaliação</i>	<i>Situação</i>
Título	Adequado
Relação dos Pesquisadores	Adequada
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Sim
Condições para realização	Adequadas
Introdução	Adequada
Objetivos	Adequados
Método	
Tipo de projeto	Pesquisa em Seres Humanos
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 246 Na Instituição
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Armazenamento de material biológico	Adequado
Instrumentos de coleta de dados	Adequados
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim
Cronograma	Adequado

Data de início prevista	
Data de término prevista	
Orçamento	Adequado
Solicita recursos à instituição	Não
Fonte de financiamento externa	Não
Referências Bibliográficas	Adequadas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

O projeto de pesquisa cumpriu todos os requisitos da Resolução CNS 196/96.

Projeto Aprovado.


 ROBERTO BADARÓ, MD PHD
 Coordenador CEP
 CHUPES

Orientações ao pesquisador ao Parecer Consubstanciado do CEP:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo.

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE CONFORTO PARA FAMILIARES DE PESSOAS EM ESTADO CRÍTICO DE SAÚDE

2. PESQUISADORES:

Kátia Santana Freitas- Enfermeira. Tel: (75) 9124-9436 E-mail:ksfenfpro@hotmail.com

Orientadora: **Profa Dra Fernanda Carneiro Mussi** E-mail: femussi@uol.com.br

Participantes da coleta de dados:

Mariana de Almeida Moraes- graduanda em Enfermagem-EEUFBA

Luciana Santos- graduanda- em Enfermagem- EEUFBA

Luisa Mayumi Rocha Hori- graduanda em Enfermagem- EEUFBA

O (a) Sr^o ou Sra está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que faz parte das atividades do Curso de doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA e que tem como objetivo avaliar o conforto vivenciado pelos familiares de pessoas em estado crítico de saúde. Queremos conhecer os seus dados pessoais e conhecer o que tem sido confortável e o que tem sido desconfortável para você durante a internação do seu familiar aqui nesta UTI. Se você concordar em participar serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida, como: sua idade, cidade onde mora, escolaridade e também a sua opinião sobre as situações confortáveis e desconfortáveis vividas por você que tem um parente internado na UTI. Neste momento será apresentada pela pesquisadora uma escala com várias frases a cerca do seu conforto, em que o Sr ou a Sra poderá informar se concorda ou não. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Você poderá desistir de participar a qualquer momento e não haverá problemas nem para sua família nem para seu parente internado. O benefício esperado com este estudo é que os profissionais de saúde poderão conhecer quais são situações mais confortáveis e as mais desconfortáveis para você e assim prestarem uma melhor assistência aos familiares que possuem um parente internado em uma unidade de terapia intensiva.

Eu _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo participar.

Assinatura do participante _____

Salvador ___ de _____ 2010.



Impressão Datiloscópica

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PESQUISA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE
CONFORTO PARA FAMILIARES DE PESSOAS EM ESTADO CRÍTICO DE
SAÚDE

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Data _____ Hora _____ Nº. _____

Local de coleta	
1. UTI Geral HUPES () 2. UTI Cardio HUPES () 3. UTI Geral HAN () 4. UTI UPC HAN () 5. UTI UCO HAN () 6. UTI 1 HGCA () 7. UTI 2 HGCA ()	
I. DADOS DA PESSOA INTERNADO	
Tempo de internação do parente na UTI em dias:	
Nível de gravidade: 1. Estável () 2. Grave estável () 3. Grave instável () 4. Gravíssimo () 5. Alta ()	
Natureza do diagnóstico: 1. Clínico () 2. Cirúrgico () 3. Clínico que evoluiu para cirúrgico ()	
Diagnóstico médico (motivo da internação na UTI):	
Idade do parente:	
II. DADOS DO FAMILIAR	
Sexo	Qual a sua idade?
1. masculino () 2. feminino ()	_____ anos
Qual a sua escolaridade?	
1. Analfabeto () 2. I grau incompleto() (1,2,3,4,5,6,7,8) 3. I grau completo() 4. II grau incompleto() (1,2,3)	5. II grau completo () 6. III grau incompleto () 7. III grau completo () 8. Pós-graduação ()
Qual o seu estado civil?	
1. solteiro(a)() 2. casado(a)() 3. união consensual() 4. separado(a)() 5. divorciado(a) () 6. viúvo(a)()	
Qual a cidade que você reside?	
1. Salvador () 2. Feira de Santana () 3. Outra _____	
Qual a sua religião?	
1. evangélico(a) () 2. católico(a) () 3. espírita () 4. nenhuma() 5. Outro _____	
Com relação a sua situação de trabalho você é ?	
1. empregado(a) () 2. desempregado(a) () 3. aposentado(a) sem atividade () 4. aposentado(a) com atividade ()	5. dona(o) de casa() 6. autônomo(a) () 7. outros ()
Qual a renda mensal da sua família em reais? R\$= _____	
Qual a sua relação familiar com o seu parente internado?	
1. Cônjuge () 2. Pai () 3. Mãe () 4. Filho(a) () 5. Irmão(a) () 6. Outros _____	
Quem é o responsável por sua família?	
1. Cônjuge () 2. Pai ou Mãe () 3. Filho (a) () 4. Irmão(a) () 5. () parente internado 6. O entrevistado () 7. Outros () _____	
Quantas pessoas residem com você na sua casa?	
1. 01 () 2. 02 () 3. 03 () 4. 04 () 5. 05 () 6. Outros quantos? _____ ()	
Com quem você mora?	
1. Cônjuge () 2. Pai ou Mãe () 3. Filho (a) () 4. Irmão(a) () 5. () parente internado 6. Outros _____	
O Sr. ou a Sra. Já teve alguma outra experiência de internação de outros parentes UTIs?	
1. Sim () 2. Não () Quantas vezes? _____	
Local de residência:	
Telefone:	

ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PESQUISA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE
CONFORTO PARA FAMILIARES DE PESSOAS EM ESTADO CRÍTICO DE
SAÚDE

FAMILIAR: _____ **Nº.** _____
Data: ___/___/_____ **Hora:** _____ **Tempo de aplicação (min):** _____

ESCALA DE CONFORTO PARA FAMILIARES DE PESSOAS EM
ESTADO CRÍTICO DE SAÚDE (ECONF)

Abaixo se encontram afirmativas sobre conforto de familiares de uma pessoa internada na UTI. As situações apresentadas podem se referir ao cuidado com você e com o seu parente. Por favor, após ler e ouvir cada afirmativa indique a opção que corresponde o quanto você está confortável nesta internação, considerando a seguinte escala:

0 - não se aplica 1- Nada confortável; 2 - Pouco confortável; 3 - Mais ou menos confortável;
4 - Muito Confortável; 5 - Totalmente confortável

	Itens	Opinião
01.	Perceber que há chance de recuperação do seu parente	
02.	Receber informações sobre seu parente em qualquer horário	
03.	Perceber que seu parente gosta do tratamento que recebe	
04.	Perceber que o seu parente recebe atendimento rápido quando necessário	
05.	Manter sua rotina de sono como antes da internação do seu parente	
06.	Receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI	
07.	Saber que a UTI oferece segurança à recuperação do seu parente	
08.	Ver o seu parente em condições de se comunicar com você	
09.	Saber qual tratamento está sendo dado ao seu parente	
10.	Perceber que o seu parente tem recebido os cuidados de higiene	
11.	Perceber que a equipe da UTI oferece informações com boa vontade	
12.	Manter-se controlado(a) emocionalmente	
13.	Poder receber informações sobre seu parente quando você telefonar	
14.	Ser acompanhado (a) por amigo ou familiar durante a visita	
15.	Ter profissionais disponíveis para ajudar o seu parente	
16.	Receber todos os dias informações do médico	
17.	Ser avisado(a) sobre mudanças na condição clínica do seu parente em casa	
18.	Perceber que a equipe presta atenção às condições do seu parente	
19.	Perceber que os profissionais não insistem para que você saia logo ao término da visita	
20.	Perceber competência profissional naqueles que trabalham na UTI	
21.	Ter uma sala de espera perto da UTI	
22.	Ver o seu parente fora do horário de visita quando necessário	
23.	Sentir que a equipe se interessa pela recuperação do seu parente	

24.	Ser capaz de relaxar e/ou se distrair durante o período da internação	
25.	Manter a rotina com seus familiares	
26.	Receber informação detalhada sobre a situação de seu parente	
27.	Ser capaz de ajudar o seu parente a enfrentar essa situação	
28.	Ser atendido(a) com gentileza na recepção da UTI	
29.	Ter um local para refeições no hospital ou próximo	
30.	Perceber que seu parente está reagindo bem ao tratamento	
31.	Ter um meio de distração na sala de espera (revista, TV, rádio)	
32.	Continuar as minhas atividades habituais (estudo, trabalho, lazer, etc.)	
33.	Ter um telefone público perto da sala de espera	
34.	Receber explicações sobre o que vai acontecer com o seu parente (transferências, alta, exames, novos tratamentos)	
35.	Saber quem são os profissionais que podem lhe ajudar quando necessário	
36.	Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI	
37.	Saber que a melhor assistência possível está sendo dada ao seu parente	
38.	Perceber que a equipe tem paciência para ouvir os familiares	
39.	Saber que o seu parente percebe que vocês estão por perto	
40.	Perceber que os profissionais da UTI compreendem a situação que você está passando	
41.	Perceber que você é atendido(a) com tranquilidade pela equipe	
42.	Receber informações dos profissionais de forma que você possa entender	
43.	Ser permitido maior número de visitantes quando necessário	
44.	Perceber tranquilidade no atendimento ao seu parente	
45.	Ter água para beber na sala de espera	
46.	Ser informado sobre o motivo de atraso da visita quando ocorrer	
47.	Ter um banheiro perto da sala de espera	
48.	Ver o seu parente fora de risco de vida	
49.	Manter seus hábitos alimentares como antes da internação do seu parente	
50.	Receber apoio espiritual/religioso de alguém	
51.	Ter uma conversa com alguém da equipe	
52.	Ser permitido ficar na sala de espera da UTI fora do horário de visita	
53.	Receber informações sobre a rotina da UTI	
54.	Ter disposição física para lidar com esta situação	
55.	Ser tratado(a) gentilmente pelos profissionais da UTI	