

**Utilização de Vídeo Explicativo como Recurso Auxiliar para
Acolhimento de Famílias em Visita à UTI**
**Using Explanatory Video as a Resource Assistant for Host Families in Visit to
the ICU**
**Uso de Vídeo Explicativo como Assistente de Recursos para Familias Anfitrionas
en Visita a la UCI**

Andrea Silva Moraes
Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Renata F. Pegoraro¹
Universidade Federal de Uberlândia

Carolline Silva Borges
Hospital Santa Genoveva

Resumo

A preparação feita pela equipe da UTI para as famílias em visita ao paciente esclarece dúvidas e diminui ansiedade. O objetivo deste artigo foi avaliar a compreensão de informações sobre a UTI por familiares acompanhados pelo serviço de Psicologia de um hospital geral. Participaram 40 familiares de pacientes internados em UTI divididos em dois grupos (controle e experimental). Antes e depois da visita aplicou-se um questionário sobre conhecimentos acerca da visita e um inventário sobre ansiedade. O primeiro grupo recebeu explicações verbais sobre a visita, e o segundo também assistiu a um vídeo explicativo sobre o assunto. Os dados foram analisados pelo SPSS e apontaram grau de ansiedade mínima na maior parte dos familiares e pouca diferença no número de acertos entre os grupos. Concluiu-se a importância das informações fornecidas aos familiares e da presença da equipe de Psicologia no âmbito da UTI, independente da exibição do vídeo.

Palavras-chave: Unidade de terapia intensiva; Famílias, Informação, Vídeo

Abstract

The preparation made by the ICU staff to families visiting the patient answers questions and decreases anxiety. The aim of this paper was to evaluate the understanding of information on the ICU for family accompanied by the Psychology department of a general hospital. Attended by 40 family members of ICU patients divided into two groups (control and experimental). Before and after the visit was applied a questionnaire on knowledge of the visit and an inventory of anxiety. The first group received verbal explanations about the visit, and the second also attended an explanatory video on the subject. Data were analyzed by SPSS and pointed minimum degree of anxiety in most families and little difference in the number of hits between the groups. The conclusion is the importance of the information provided to the families and psychology team presence within the independent ICU video display.

Keywords: intensive care unit, families, info, video

Resumen

La preparación de las familias a visitar al paciente realizada por el personal de la UCI responde a las preguntas y disminuye la ansiedad. El objetivo de este trabajo fue evaluar la comprensión de la información en la unidad de cuidados intensivos para la familia acompañada por el Departamento de Psicología de un hospital general. Con la asistencia de 40 miembros de la familia de los pacientes de la UCI divididas en dos grupos (control y experimental). Antes y después de la visita se aplicó un cuestionario sobre el conocimiento de la visita y un inventario de ansiedad. El primer grupo recibió explicaciones verbales sobre la visita y la segunda también asistió a un vídeo explicativo sobre el tema. Los datos fueron analizados mediante

¹ Endereço de contato: Universidade Federal de Uberlândia, Campus Umuarama, Instituto de Psicologia. Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 47, Bairro Umuarama, Uberlândia, MG, CEP 38400-902. E-mail: rpegoraro@yahoo.com.br, renatapegoraro@gmail.com

SPSS y señalaron mínimo grado de ansiedad en la mayoría de las familias y la poca diferencia en el número de visitas entre los grupos. La conclusión es la importancia de la información proporcionada a la presencia familias y la psicología de equipo dentro de la pantalla de vídeo UCI independiente.

Palabras clave: unidad de cuidados intensivos, familias, info, video

O tema de discussão deste artigo é o acolhimento às famílias que têm um de seus integrantes hospitalizado para receber cuidados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A U.T.I. é um local que recebe pacientes em estado grave, pós-cirúrgicos e terminais para obterem um tratamento diferenciado e intensivo (Melo, 2008). Sua existência traduz, para muitos, a ideia de tristeza, morte, sofrimento ou desesperança. No entanto esse espaço contém equipamentos, recursos materiais e tecnológicos avançados, além de uma equipe multiprofissional que deve assistir o paciente de maneira rápida, precisa e diuturna.

A família do paciente internado em UTI vive um momento de crise diante da possibilidade de perda de um de seus integrantes, e isso lhe gera um desequilíbrio em seu funcionamento (Kitajima & Cosmo, 2008).

Segundo Morgon e Guirardello (2004), podem ser listadas como necessidades mais importantes segundo os familiares de pacientes em UTI: sentir que a equipe se interessa pelo paciente, estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado, sentir que há esperança de melhora e ter perguntas respondidas com franqueza pela equipe de saúde.

Para Castro, Martins e Moreira (2012), a família precisa de orientação e de informação sobre o estado de saúde do paciente internado na UTI. Diante da hospitalização, a presença do psicólogo é de extrema importância, tendo em vista que esse profissional pode fazer a ligação entre as necessidades das famílias e a equipe.

Bertoncello, Frizon, Martins e Nascimento (2011) apontam sentimentos e fragilidades apresentados pelos familia-

res como resultados da árdua vivência da hospitalização na UTI. Os sentimentos identificados nos familiares foram: dor, tristeza, angústia, medo, impotência e desespero pela possibilidade de morte. Os autores alertam que, se a equipe não proporcionar espaço para que o familiar lide com tais sentimentos, estes podem prejudicar o próprio paciente. Como o sentimento predominante frente à espera para o início da visita é a ansiedade, o familiar poderá transmitir seu desconforto ao paciente na UTI, caso não receba suporte nessa oportunidade,

Andreoli, Caiuby, Taub e Zachi (2002) destacaram que a dificuldade dos familiares quanto à compreensão das informações referentes à UTI estão ligadas à ausência de profissional da saúde na família, ao encontro com médico ter duração inferior a 10 minutos e à falha no processo de entrega de folheto informativo da UTI para a família. Os autores citam um estudo desenvolvido por Bunn e Clarke (1979 in Andreoli et al., 2002) para avaliar os efeitos de um breve aconselhamento de suporte aos familiares que visitavam um parente em UTI. Esses familiares foram divididos em dois grupos: Grupo Controle (não teve nenhum tipo de suporte, apenas esperou pelo horário de visita) e Grupo Experimentall (recebeu suporte com duração de 20 minutos, durante o qual os participantes foram encorajados a expressar sentimentos e tiveram acesso ao prognóstico do paciente). Como o resultado apontou diferença de níveis de ansiedade pós-suporte no Grupo Experimental, os autores apontaram que o suporte oferecido aos familiares no momento pré-visita faz diferença no nível de ansiedade dos participantes e pode contribuir para o

tratamento dos pacientes, pois quando se sentem notados, os familiares passam a confiar na equipe médica e principalmente atuam de maneira ativa e favorável nesse processo.

Com toda essa demanda (necessidades, sentimentos e reações emocionais) que aparece oprimida nos familiares, julga-se não apenas importante, mas essencial, um trabalho psicológico de qualidade feito por um profissional que domina os conhecimentos referentes aos fenômenos psíquicos, ou seja, o psicólogo. Este, dentro de uma instituição como um hospital, tem sob sua responsabilidade várias funções, dentre as quais podem estar os atendimentos aos pacientes da UTI e o suporte aos familiares. No caso do suporte psicológico direcionado à família, o foco deve ser contribuir para a diminuição da ansiedade e elaboração das emoções despertadas pelo processo de internação.

Durante realização de um estágio supervisionado em Psicologia em um hospital particular localizado no município de Goiania, um dos momentos mais relevantes no contato com os familiares foi o acompanhamento da Visita à UTI. O acompanhamento e a preparação dos familiares para a visita nas UTIs nessa instituição era realizado diariamente às 15h30min. O hospital possuía 20 leitos de UTI para pacientes adultos, sendo dois deles de isolamento, e recebia diariamente entre 10 e 25 familiares para visita a cada tarde. Eram atendidos usuários do SUS, de convênios e particulares. A equipe era formada por duas enfermeiras, dois médicos plantonistas, oito técnicos de enfermagem, duas fisioterapeutas, nutricionista, uma psicóloga e quatro estagiárias de Psicologia.

A rotina do acompanhamento e preparação de familiares envolvia primeiramente atendimentos psicológicos aos pacientes das UTIs. Em seguida era elaborada uma relação dos familiares (duas pessoas) que fariam a visita, e os familiares eram convidados para uma sala pró-

pria, onde eram fornecidas informações básicas sobre as UTIs pela equipe de Psicologia, tais como: o número de familiares que poderiam entrar na UTI por paciente; o tempo máximo que cada um poderia permanecer na UTI; a presença do médico para conversar com a segunda visita, ao lado do paciente. Além disso, informava-se a importância da higienização das mãos antes e pós-visita e que o monitor poderia “apitar”, mas que, certamente, esse sinal alertaria para a falta de algum medicamento e, após ouvi-lo, a enfermeira se dirigiria ao leito para verificar e solucionar o problema. Enfatizava-se também que os familiares poderiam e deveriam conversar com paciente, ou seja, trazer notícias boas e ter uma conversa mais positiva, otimista; era dito também que os familiares poderiam expressar seus sentimentos e serem afetuosos com os pacientes, de forma a tornar o momento da visita agradável e que pudesse colaborar com o bem-estar do paciente em seu tratamento.

Essa experiência permitiu à equipe de Psicologia perceber que, independente do grau de experiência do familiar com o ambiente hospitalar, a preparação para a visita à UTI pode ser muito penosa, mas revela-se ação fundamental para uma assistência humanizada. O familiar que se dirige ao hospital para a visita sofre pela própria situação, pela mudança da rotina e também com a falta de recursos internos, o que aponta a importância do psicólogo como integrante da equipe de assistência em UTI.

Ainda foi possível perceber que, após o acompanhamento do familiar durante a visita, muitos familiares apresentavam dúvidas a respeito de questões que já haviam sido explicadas no momento de preparação, tais como o estado do paciente, a duração da visita, a existência de aparelhos na UTI ou o prognóstico do paciente. A partir dessa observação, surgiu a preocupação com o aprimoramento do acolhimento oferecido às fa-

mílias. Um levantamento bibliográfico identificou o uso de material em vídeo como fonte adicional de informação em situações de saúde (Medeiros & Nunes, 2001). O estudo discutia os resultados da exibição de um vídeo informativo sobre o procedimento invasivo da mastectomia, disponibilizado no pré-operatório das pacientes. O grupo de pacientes com acesso ao vídeo teve os níveis de ansiedade reduzidos, ou seja, o vídeo produzido com imagens, explicações e depoimentos relacionados à mastectomia mostrou-se um elemento valioso na melhora da condição de aspectos que influem diretamente no bem-estar das pacientes mastectomizadas.

A partir da discussão desse estudo pela equipe de Psicologia, a possibilidade de criação de um vídeo informativo e educativo sobre normas, funcionamento e aparelhagem em UTI, a ser exibido aos familiares durante a pré-visita, passou a ser cogitada como parte do trabalho de conclusão de curso de uma das autoras. O aprofundamento sobre o tema apontou que, desde a década de 1970, há uma crescente reflexão bioética sobre a maneira como se processa a transmissão de informação entre médicos, pacientes e familiares (Albuquerque, 2002 in Costa, Ferreira, Moraes, & Rolim, 2008), sendo diversas as maneiras de se transmitir algum tipo de informação (por exemplo: vídeos educativos, grupos informativos, programas de microrcomputador e manuais educativos) e que isso se reverte em benefícios ou cuidados ao paciente.

No presente estudo, o recurso audiovisual foi apresentado com a intenção de disponibilizar mais informações acerca da UTI e reduzir a ansiedade dos familiares no momento que antecede à visita, com possibilidade de incorporação ao trabalho de acolhimento e preparação dos familiares, feito sob a responsabilidade do serviço de Psicologia, em caso de uma avaliação

positiva sobre o emprego do recurso. A partir das considerações acima, o objetivo geral deste artigo foi avaliar a compreensão de informações a respeito da UTI por familiares acompanhados pelo serviço de Psicologia de um hospital geral do município de Goiânia. Os objetivos específicos do estudo foram: (1) Elaborar um vídeo informativo sobre a unidade de terapia intensiva; (2) Avaliar se a compreensão dos familiares quanto às normas, funcionamento e aparelhagem da UTI pode ser facilitada por meio da exibição do vídeo.

Método

Participantes e Local do Estudo

Os participantes do estudo foram 40 familiares de pacientes internados nas UTIs de um hospital particular localizado em Goiânia, Goiás. O hospital possuía duas unidades de UTI: a primeira com 12 leitos, sendo 2 de isolamento, e a segunda com 8 leitos.

Tipo do Estudo e Definição do Número de Participantes

Este estudo piloto e de natureza quantitativa foi desenvolvido a partir de dois grupos de familiares. Participaram 40 familiares de pacientes internados na UTI de hospital particular localizado em Goiânia, Goiás, sendo 20 em um grupo controle e 20 em grupo experimental. A coleta de dados foi realizada em Setembro de 2013.

Instrumentos e Materiais

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Questionário para avaliar os conhecimentos dos familiares sobre os procedimentos a serem seguidos para realização das visitas. O instrumento, que foi elaborado para este estudo, busca informações sobre a caracterização

do participante (sexo, idade, parentesco com o paciente, escolaridade, estado civil, procedência), é composto por 8 questões fechadas que investigaram os conhecimentos a respeito do número de pessoas que podem visitar a UTI em cada tarde, o tempo de cada visitantes, os procedimentos de higienização das mãos, o sentido do apito emitido pelo monitor, presença do médico na UTI, a expressão dos afetos durante a visita e a necessidade de tornar a visita um momento agradável ao paciente;

2. Inventário de Ansiedade Beck (Cunha, 2001). Trata-se de uma escala autoaplicável para avaliar a ansiedade, com duração média de 5 a 10 minutos para seu preenchimento. A escala é formada por 21 itens para os quais deve ser assinalada uma das seguintes categorias: Absolutamente não, levemente/não me incomodou muito, moderadamente e gravemente. É solicitado ao respondente que assinale a cada item a forma como se sentiu na última semana, incluindo o dia de aplicação do instrumento;

3. Vídeo informativo elaborado especialmente para este estudo. O roteiro para o vídeo foi construído a partir do embasamento em outro vídeo, feito por Rolim Filho (2011), que atendeu a um pedido do Hospital do Coração de Dourados, MS. Para a produção do vídeo do presente estudo, foram utilizadas imagens de uma série de fotografias realizadas com autorização do Hospital pelo setor de Psicologia, ilustrando aparelhos da própria UTI local. Além das imagens, utilizou-se informação oral e escrita com todas as explicações quanto à aparelhagem, normas e funcionamento das UTIs.

Além desses instrumentos, foram ainda usados os seguintes materiais: cassetes, papéis A4, pranchetas, data show, computador, cópias do TCLE.

Procedimentos Éticos

Ao longo de três semanas do mês de setembro de 2013, os familiares que compareciam ao hospital no horário de visita à UTI eram convidados para participar da pesquisa. Definiu-se que, no primeiro dia de coleta, os familiares comporiam o Grupo I, no segundo dia fariam parte do Grupo II e assim sucessivamente até atingir o número de 20 participantes em cada um dos grupos.

Inicialmente, os familiares que se identificavam para a visita à UTI na recepção eram acompanhados pela estagiária de Psicologia a uma sala reservada para receberem explicações sobre o estudo, sua participação voluntária e demais aspectos éticos, bem como informações sobre as etapas da pesquisa. Como não houve recusas em participar em nenhum dia, o passo seguinte foi a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a entrega de uma prancheta com os instrumentos a serem respondidos. Após o preenchimento dos instrumentos, os familiares recebiam informações verbais (Grupo 2) e informações verbais e assistiam ao vídeo (Grupo 2). Em seguida, eram acompanhados pela equipe de Psicologia até a UTI para realização da visita e, ao final desta, retornavam à sala para mais uma vez responderem aos instrumentos.

Após autorização da diretoria do Hospital, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e aprovado pelo Parecer 362.646/2013. Após aprovação, teve início a coleta de dados, sendo entregue a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012, que garante o sigilo da identidade do participante, bem como esclarece sobre os objetivos e passos para realização do estudo, ressaltando o caráter voluntário de sua parti-

cipação. Uma via do termo foi entregue ao participante, e a outra foi arquivada com a pesquisadora. Os participantes foram denominados através de números, sendo, portanto, garantida a identidade de todos os envolvidos.

Procedimentos de Coleta

Foram formados dois grupos de familiares. O primeiro grupo recebeu informações sobre os procedimentos de visita à UTI pelo serviço de Psicologia, além da oportunidade de assistir ao vídeo antes da visita, e o segundo grupo recebeu apenas as informações orais.

Grupo I: Após a assinatura do TCLE, os participantes receberam um questionário para ser respondido antes da visita, investigando o conhecimento prévio dos familiares sobre o que ocorreria durante a visita e um inventário de ansiedade. Após aplicação dos instrumentos, o primeiro grupo foi acompanhado pela estagiária de Psicologia e recebeu as informações e explicações com a exibição do vídeo. Em seguida, ocorreram as visitas às UTIs. Encerradas as visitas, os familiares, mais uma vez, foram convidados para responderem ao questionário, idêntico ao aplicado no início da coleta de dados. Além desse questionário, foi aplicada uma escala, em ambos os grupos, para avaliar a ansiedade dos familiares.

Grupo II: Após a assinatura do TCLE, os participantes receberam um questionário para ser respondido antes da vi-

sita, investigando seus conhecimentos prévios sobre o que ocorreria durante a visita, e um inventário de ansiedade. Após aplicação dos instrumentos, o segundo grupo foi acompanhado pela estagiária de Psicologia e recebeu as informações e explicações, sem exibição do vídeo. Em seguida, ocorreram as visitas às UTIs, após as quais os familiares, mais uma vez, foram convidados para responderem ao questionário, idêntico ao aplicado no início da coleta de dados, e a escala de ansiedade.

Procedimento de Análise de Dados

Foi criado um banco de dados no pacote estatístico SPSS para a digitação dos dados provenientes do questionário e da escala. Após digitação, foi efetuada a estatística descritiva dos resultados.

Resultados

(A) Caracterização dos Participantes

Dentre os participantes do Grupo I (Tabela 1), a idade variou de 18 a 79 anos e no Grupo II houve predomínio de familiares entre 30 e 39 anos (50%). Nos dois grupos, houve predomínio de mulheres, com experiência anterior de visita a uma UTI, mas metade nunca havia visitado a UTI da instituição em que a pesquisa ocorreu. Metade dos participantes de cada grupo declararam-se casados. No Grupo I, 40% tinha ensino superior contra 25% no Grupo II.

Tabela 1

Dados de caracterização dos participantes (F=40).

Idade (anos)	GI	GII	Escolaridade	GI	GII
18-19	2 (10%)	0(0%)	Fund. Incompleto	5(25%)	5(25%)
20-29	2(10%)	3(15%)	Fund. Completo	0(0%)	1(5%)
30-39	3(15%)	10(50%)	Médio Incompleto	3(15%)	0(0%)
40-49	3(15%)	0(0%)	Médio Completo	4(20%)	8(40%)
50-59	5(25%)	6(30%)	Superior Inc.	0(0%)	1(5%)
60-69	3(15%)	1(5%)	Superior Comp.	8(40%)	5(25%)

Idade (anos)	GI	GII	Escolaridade	GI	GII
70-79	2(10%)	0(0%)			
Sexo	GI	GII	Estado Civil	GI	GII
Masculino	4(20%)	8(40%)	Casado (a)	11(55%)	11(55%)
Feminino	16(80%)	12(60%)	Solteiro (a)	6(30%)	8(40%)
			Viúvo (a)	3(15%)	1(5%)
Primeira vez em UTI	GI	GII	Primeira vez naquela UTI	GI	GII
Sim	4(20%)	3(15%)	Sim	11(55%)	10(50%)
Não	16(80%)	17(85%)	Não	9(45%)	10(50%)
Total	20	20	Total	20	20

Legenda: GI - grupo com vídeo; GII - grupo sem vídeo.

Os resultados da Escala de Ansiedade de Beck (BAI), respondida pelos dois grupos, antes e depois da visita à UTI podem ser observados por meio da Tabela 2, destacando-se que: (a) no Grupo I, 10% apresentavam ansiedade moderada

ou grave antes da visita e depois dela, apenas 5% apresentaram ansiedade moderada; (b) no Grupo II antes ou depois da visita, todos os participantes apresentaram ansiedade mínima ou leve.

Tabela 2

Níveis de ansiedade apresentado pelos participantes antes e depois da visita à UTI segundo Escala de Ansiedade de Beck (BAI).

	GI	GI	GII	GII
Escores BAI	Pré-visita	Pós-visita	Pré-visita	Pós-visita
0-10: mínimo	18(90%)	17(85%)	15(75%)	19(95%)
11-19: leve	0(0%)	2(10%)	5(25%)	1(5%)
20-30: moderado	1(5%)	1(5%)	0(0%)	0(0%)
31-63: grave	1(5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Total	20	20	20	20

Legenda: GI - grupo com vídeo; GII - grupo sem vídeo.

A Tabela 3 apresenta os conhecimentos dos participantes sobre a rotina de visita à UTI antes e depois da reunião com equipe de Psicologia. Com relação ao número de visitantes permitido na visita à UTI, tanto o grupo I (GI) quanto o grupo II (GII) tiveram uma porcentagem alta de acertos (75%); observou-se também que os acertos aumentaram pós-visita, ou seja, após explicações feitas. No grupo I, foram 90% de acertos contra 95% no grupo II. Com relação à troca do visitante, foram aceitas como corretas duas alternativas: 30 minutos (tempo total de visita)

ou 15 minutos de duração da visita (cada visitante). No Grupo I, 85% acertaram a resposta antes da explicação da equipe de Psicologia e 100% acertaram depois da intervenção da equipe. No Grupo II, 90% acertaram antes, e 100% acertaram depois. Sobre esse aspecto investigado, vale destacar que, na instituição em questão, o serviço de Psicologia tem como uma das funções nas UTIs a de realizar a troca de visitantes. A Tabela 3 permite, ainda, visualizar que quase todos os participantes concordaram totalmente com essa afirmação no Grupo I antes de ver o vídeo e/

ou receber as informações orais (90%), e pós-visita 100% escolheram a alternativa correta. No Grupo II, 70% concordaram com a necessidade da troca antes da intervenção, e 100% depois da intervenção.

A respeito da necessidade de higienização das mãos (Tabela 3), 90% dos participantes acreditavam ser necessário lavar

antes e depois da visita à UTI no momento da primeira aplicação do questionário, e 100% acreditavam nessa necessidade depois das explicações feitas pela equipe de Psicologia. Já no Grupo II, a percentagem de acertos passou de 95% para 100% após intervenção da Psicologia.

Tabela 3

Conhecimentos dos participantes sobre a rotina de visita à UTI antes e depois da reunião com equipe de Psicologia sobre número de visitantes permitido, tempo de duração, troca de visitas e higienização das mãos.

Questões	GI Pré (%)	GI Pós (%)	GII Pré (%)	GII Pós (%)
<i>Número de pessoas que podem entrar na UTI para visitar um paciente por dia</i>				
5	1(5%)	0(0%)	1(5%)	0(0%)
4	1(5%)	0(0%)	2(10%)	0(0%)
2	15(75%)	18(90%)	15(75%)	19(95%)
3	3(15%)	2(10%)	2(10%)	1(5%)
1	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
<i>Necessidade de aguardar o serviço de Psicologia para realizar a troca de visitante</i>				
Discordo parcialmente	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Discordo totalmente	0(0%)	0(0%)	1(5%)	0(0%)
Concordo parcialmente	2(10%)	0(0%)	3(15%)	0(0%)
Concordo totalmente	18(90%)	20(100%)	14(70%)	20(100%)
Não sei a resposta	0(0%)	0(0%)	2(10%)	0(0%)
<i>Tempo máximo de visita à UTI (em minutos)</i>				
30 minutos	8(40%)	7(35%)	12(60%)	9(45%)
20 minutos	2(10%)	0(0%)	1(5%)	0(0%)
15 minutos	9(45%)	13(65%)	6(30%)	11(55%)
10 minutos	1(5%)	0(0%)	1(5%)	0(0%)
5 minutos	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
<i>Sobre a higienização das mãos do familiar que realiza a visita, é preciso lavar as mãos:</i>				
Antes e depois da visita	18(90%)	20(100%)	19(95%)	20(100%)
Apenas antes da visita	1(5%)	0(0%)	1(5%)	0(0%)
Apenas depois da visita	1(5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Apenas se estiverem sujas, antes ou depois da visita	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Apenas se tiver tocado no paciente	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Total	20	20	20	20

Legenda: GI - grupo com vídeo; GII - grupo sem vídeo

A Tabela 4 condensa os conhecimentos dos participantes sobre a rotina de visita à UTI antes e depois da reunião com equi-

pe de Psicologia sobre auxílio da equipe e formas de contato com o paciente. Na quinta questão acerca do que fazer caso o

monitor apitasse, 60% dos participantes Grupo I antes da intervenção responderam que aguardariam ajuda da equipe, e 55% acertariam a conduta após intervenção. No Grupo II, a percentagem de acertos foi próxima antes e depois da intervenção (80 e 85% respectivamente). A sexta questão investigava a possibilidade de conversar com paciente: 95% dos participantes de ambos os grupos acertaram a conduta, declarando que apenas notícias positivas deveriam ser tema de con-

tato entre a visita e o paciente na UTI.

Nas duas últimas questões, é notável que praticamente todos participantes antes da visita assinalaram a alternativa correta. No Grupo I, 90% dos participantes, antes da intervenção, concordavam em demonstrar preocupação com o paciente durante a visita contra 95% no Grupo II e 95% dos participantes dos dois grupos concordavam, já antes da intervenção, sobre a necessidade de esforçar-se para tornar a visita agradável.

Tabela 4

Conhecimentos dos participantes sobre a rotina de visita à UTI antes e depois da reunião com equipe de Psicologia sobre auxílio da equipe, e formas de contato com o paciente.

Questões	GI Pré (%)	GI Pós (%)	GII Pré (%)	GII Pós (%)
<i>Caso o monitor apite, o familiar deve:</i>				
Aguardar que um profissional da UTI se dirija ao leito	12(60%)	11(55%)	16(80%)	17(85%)
Apertar o botão do monitor	1(5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Procurar o médico	3(15%)	3(15%)	0(0%)	0(0%)
Procurar a enfermagem	2(10%)	5(25%)	3(15%)	3(15%)
Não sei a resposta	2(10%)	1(5%)	1(5%)	0(0%)
<i>Caso eu queira ou precise conversar com o paciente durante a visita:</i>				
Devo trazer apenas notícias boas	17(85%)	19(95%)	18(90%)	19(95%)
Devo manter o paciente informado sobre tudo	0(0%)	0(0%)	1(10%)	1(5%)
Devo evitar qualquer informação	1(5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Devo pedir conselhos ao paciente	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Devo ficar ao lado do paciente e evitar toda e qualquer conversa	2(10%)	1(5%)	1(5%)	0(0%)
<i>O familiar deve demonstrar de forma afetuosa sua preocupação e cuidado com o paciente durante a visita:</i>				
Discordo parcialmente	1(5%)	1(5%)	0(0%)	0(0%)
Discordo totalmente	0(0%)	0(0%)	1(5%)	0(0%)
Concordo parcialmente	0(0%)	0(0%)	1(5%)	1(5%)
Concordo totalmente	18(90%)	18(90%)	18(90%)	19(95%)
Não sei a resposta	1(5%)	1(5%)	0(0%)	0(0%)
<i>O familiar deve se esforçar para que a visita seja agradável e contribua com paciente:</i>				
Discordo parcialmente	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Discordo totalmente	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Concordo parcialmente	1(5%)	1(5%)	1(5%)	1(5%)
Concordo totalmente	19(95%)	19(95%)	19(95%)	19(95%)
Não sei a resposta	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Total	20	20	20	20

Legenda: GI: grupo com vídeo; GII: grupo sem vídeo

Discussão

Os participantes do estudo, tais como outras pesquisas da literatura consultada, eram predominantemente do sexo feminino (Frizon, Nascimento, Bertoncetto, & Martins, 2012; Simoni & Silva, 2012), e mais da metade declararam-se casados (Freitas, Mussi, & Menezes, 2012). Com relação ao parentesco, quase metade era formada por pai, mãe, irmão(ã) e primo(a) e quase um quarto por cônjuges dos pacientes internados na UTI, semelhante ao artigo de Neves et al. (2009). Houve predomínio de ensino superior e médio completo, similar ao estudo de Maruiti, Galdeano e Farah (2008), o que permite inferir que os instrumentos utilizados foram bem compreendidos.

O nível de ansiedade dos participantes foi predominantemente mínimo/leve para ambos os grupos antes e após a visita. Tal resultado está em desacordo com o que foi apontado pela pesquisa de Maruiti et al. (2008). Os autores aplicaram em 39 familiares de pacientes internados em UTI a “Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão” (HADS) e encontraram um estado elevado de ansiedade nos participantes.

Lunardi Filho Lunardi Filho, Nunes, Pauletti, e Lunardi (2004) destacam que os familiares tendem a ser ou estar ansiosos pelo fato de terem que enfrentar a realidade no ambiente hospitalar, ou seja, o perigo de ver o seu familiar internado na UTI, o perigo de ouvir as informações que o médico tem para transmitir e até o perigo da não evolução ou óbito.

Almeida et al. (2009) concluíram que, de todos os sentimentos (como preocupação, angústia e tristeza; impotência; dor e outros) relatados pelos familiares em visita à UTI, a ansiedade foi o mais frequente e que pode perdurar até o fim da internação do paciente. Portanto, a literatura aponta que não há dúvida quanto à presença da ansiedade nos fa-

miliares, seja em menor ou maior grau, o que implica a necessidade da presença do profissional de Psicologia para identificar os focos de ansiedades nos familiares, permitir sua verbalização, e possivelmente sua diminuição, melhorando desse modo seu estado geral e também a comunicação entre família e equipe de saúde (Lustosa, 2008 in Castro et al., 2012).

Artigos que buscaram medir o nível de ansiedade das pessoas com algum familiar internado em UTI são escassos, segundo um levantamento realizado nas bases de dados eletrônicas Scielo e Pepsic. O Inventário de Ansiedade de Traço-Estado é bastante utilizado em pesquisas, porém não foi usado neste estudo, pois não se encontrava validado pelo Conselho Federal de Psicologia no momento da construção do projeto e do envio para o comitê de ética. E, em consequência disso, utilizou-se o Inventário de Ansiedade Beck. As publicações, como no estudo de Almeida et al. (2009), apresentam os dados de ansiedade informados pelo participante (ou seja, o participante afirma sentir ansiedade ou ser ansioso), na maior parte das vezes sem o respaldo de uma escala ou inventário.

No que se refere à informação sobre o tempo destinado à visita em UTI, os familiares do presente estudo tiveram grande percentagem de acertos. Não foi investigada a preferência pelo tempo de visita, no entanto, tal como efetuado por Beccaria et al. (2008). Neste estudo, 65,9% dos 41 familiares de pacientes internados em UTI aprovaram o tempo de 1 hora, e uma pequena porcentagem (7,3%) se contentava com apenas 30 minutos.

Em nosso estudo, a figura da família durante o processo de hospitalização do paciente foi vista como importante e com potencial para colaborar com tratamento deste, o que se pode atestar pela resposta à questão 8 da tabela 4 (“O

familiar deve se esforçar para que a visita seja agradável e contribua com paciente”), respondida positivamente por 95% dos familiares (grupo I e grupo II). Beccaria et al. (2008) também investigaram se a presença do familiar ao lado do paciente era importante, e 92,7% dos familiares de seu estudo responderam que se consideravam importantes na recuperação do seu familiar internado. Ao final da pesquisa, Beccaria et al. apontam os seguintes dados:

apesar da importância da orientação aos familiares, os enfermeiros poucas vezes assumem essa tarefa, que fica a cargo do psicólogo (47,85%) . . . De acordo com a Resolução do COFEN [Conselho Federal de Enfermagem] – 311/2007 é dever do enfermeiro prestar informações e esclarecimentos ao cliente e à família, podendo essa obrigação ser observada no Art. 17 . . . e Art. 20. (Beccaria et al., 2008, p. 68).

A partir da pesquisa de Beccaria et al. (2008), compreendemos que, na UTI, a complementaridade entre as diferentes especialidades é um benefício aos pacientes e familiares envolvidos. Logo, uma parceria entre enfermeiros e psicólogos no momento de preparo e recepção para a visita seria bem vinda. Em nosso estudo, o enfermeiro, apesar de integrante da equipe de UTI, não tem participação no processo de preparação para a visita. Consideramos que a presença de psicólogos e enfermeiros no acolhimento às famílias seria uma prática mais completa do que aquela que ocorre no hospital pesquisado.

Di Biaggi (2002 in Rodrigues, 2006) apresentou alguns objetivos do psicólogo que trabalha em uma UTI que são: trabalhar o estado emocional do paciente com a sua doença e/ou momento de crise, orientar o paciente durante o processo de internação, acompanhar e preparar psicologicamente os familiares de

pacientes entre outros. Rodrigues (2006, p. 9) ainda afirmou que:

A família também é um fator importante no processo da internação. A família está fora da UTI esperando por notícias do paciente. Angustiado e sofrido, sente-se impotente e, ao mesmo tempo, desorientada pela doença. A família, portanto, também precisa do psicólogo porque é a fonte de motivação do paciente para lutar contra a doença.

O psicólogo, dentre seus vários objetivos com paciente e com a família, almeja também as contribuições e colaborações que a equipe de enfermagem possa realizar junto a eles, uma vez que uma equipe médica unida fortalecerá o serviço integral com pacientes e passará mais confiança e credibilidade aos seus familiares.

É importante ao profissional de Psicologia atentar-se aos familiares e suas demandas emocionais (como a ansiedade), identificar familiares muito ansiosos ou em situação de medo do desconhecido (talvez por não conhecer uma UTI ou nunca ter visto o familiar naquela condição de paciente). A busca pelo aprimoramento do serviço também é relevante, e algum método avaliativo para que os usuários (pacientes ou famílias) possam indicar qualidades e imperfeições sem que sejam identificados, é benéfico ao próprio serviço.

Considerações Finais

No presente estudo, foi elaborado um vídeo explicativo sobre a rotina de visita em uma UTI, e foram colhidas as avaliações dos familiares sobre seu impacto na compreensão dos procedimentos. Ainda que o vídeo não tenha sido um elemento de destaque para melhor compreensão do que seria encontrado durante a visita, é preciso apontar que a maior parte

dos participantes já havia realizado uma visita ao local anteriormente, e já teriam assimilado as informações sem o uso do recurso audiovisual. Entretanto este estudo-piloto pode servir como base para novos estudos, novos olhares, novas maneiras de pensar acolhimento às famílias, e esta é uma contribuição fundamental para todos aqueles que encontram na saúde seu campo de atuação, pesquisa e realização profissional. Após exibição do vídeo, foi possível observar que alguns equipamentos e procedimentos foram assimilados pelos familiares, o que pareceu gerar-lhes certo conforto. Além disso, o vídeo foi bem recebido pelo público-alvo, tendo em vista os comentários feitos ao seu final. Não se recomenda o uso desse vídeo ou outro semelhante como substituto das informações orais fornecidas pela equipe de Psicologia, todavia é interessante pensá-lo como uma complementação nesse tipo de acolhimento, sendo que é de curta duração, com um conteúdo básico e acessível sobre a aparelhagem usada nas UTIs do hospital investigado.

A partir dos dados apresentados e das reflexões proporcionadas pelo estágio, o estudo permite traçar as seguintes recomendações à instituição: (a) Manter a rotina de acolhimento às famílias e prestação de informações orais dadas aos familiares pelo serviço de Psicologia antes da visita, incluindo um profissional de Enfermagem nesse processo; (b) Identificar, no momento do acolhimento, familiares mais ansiosos ou que visitarão a UTI pela primeira vez e realizar intervenções específicas com estes, com a finalidade de tornar a visita menos aversiva, triste, agitada, proporcionando condições para um momento agradável e de encontro entre família e paciente; (c) Criar uma Caixa de Sugestões, que permaneça na sala de reunião e permita que os familiares possam escrever qualidades/falhas/fatos sobre o acolhimen-

to à visita, a equipe como um todo e o serviço de Psicologia. Compreende-se que essa proposta encontra-se alinhada à Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, tendo em vista que visa aprimorar os cuidados à saúde de usuários e seus familiares.

Referências

- Almeida, A., Aragão, N., Moura, E., Lima, G., Hora, E., & Silva, L. (2009). Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 844-849.
- Andreoli, P., Caiuby, A., Taub, A., & Zachi, E. (2002). Intervenção psicológica para familiares de pacientes críticos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 5(1-2), 15-18.
- Beccaria, L., Ribeiro, R., Souza, G., Scarpetti, N., Contrin, L., Pereira, R., & Rodrigues, A. (2008). Visita em unidades de terapia intensiva: Concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 15(2), 65-69.
- Bertocello, K., Frizon, G., Martins, J., & Nascimento, E. (2011). Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 72-78.
- Castro, M., Martins, T., & Moreira, E. (2012). Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva [Versão eletrônica]. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 15(1), 134-144.
- Costa, J., Ferreira, R., Moraes, A. B., & Rolim, G. S. (2008). Psicologia da saúde: Comunicando informação e ensinando comportamentos de saúde. In W. C. M. P. da Silva (Org.), *Sobre comportamento e cognição*. (1a ed., vol. 21, pp. 353-356). Santo André: Esetec.

- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*, (1a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freitas, K., Mussi, F., & Menezes, I. (2012). Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Escola Anna Nery*, 16(4), 704-711.
- Frizon, E., Nascimento, E., Bertencello, K., & Mastins, J. (2012). Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 75-81.
- Kitajima, K., & Cosmo, N. (2008). Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI. In P. Andreoli & M. Erlichman, *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves* (1a ed., pp. 101-112). São Paulo: Atheneu
- Lunardi Filho, W. D., Nunes, A. C., Pauletti, G., & Lunardi, V. L. (2004). As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva gerais. *Revista Família, Saúde e Desenvolvimento*, 6, 100-109.
- Maruiti, M., Galdeano, L., & Farah, O. (2008). Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 636-642.
- Medeiros, R., & Nunes, M. (2001). A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade. *Psicologia em estudo*, 6(2), 95-100.
- Mello, P. C. (2008). A atuação do psicólogo na unidade de terapia intensiva. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 4, 36-39. Disponível em http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n7_36.pdf.
- Morgon, F., & Guirardello, E. (2004). Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 198-203.
- Neves, F., Dantas, M., Bitencourt, A., Vieira, P., Teles, J., Farias, A., & Messeder, O. (2009). Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(1), 32-37.
- Rodrigues, K. (2006). *A atuação do psicólogo hospitalar na unidade de terapia intensiva*. Disponível em <http://www.faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/ART3.pdf>
- Rolim Filho, P. (2011). *Vídeo Informativo-UTI*. Disponível em http://www.youtube.com/watch?v=O_9saiZmlR8
- Simoni, R., & Silva, M. (2012). O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI [Número especial]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 65-70.

Recebido: 20/05/2016

Última revisão: 13/09/2016

Aceite final: 20/09/2016

Sobre as autoras:

Andrea Silva Moraes - Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO. Residente Multiprofissional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Renata F. Pegoraro - Doutora em Psicologia pela USP, Ribeirão Preto. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG. E-mail: rfpegoraro@yahoo.com.br, renatapegoraro@gmail.com

Carolline Silva Borges - Especialista em Saúde do Trabalhador e Psicologia Hospitalar. Hospital Santa Genoveva, Goiânia, GO.

