

CAROLINE CEOLIN ZACARIAS

**PRESENÇA DA FAMÍLIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO
INTEGRATIVA**

**RIO GRANDE
2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**PRESENÇA DA FAMÍLIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO
INTEGRATIVA**

CAROLINE CEOLIN ZACARIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

ORIENTADORA: DRA. VALÉRIA LERCH LUNARDI

**RIO GRANDE
2011**

Z13p Zacarias, Caroline Ceolin
**Presença da família na unidade de terapia intensiva:
revisão integrativa / Caroline Ceolin Zacarias. - 2011.**

100 f.

Orientadora: Valéria Lerch Lunardi
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio
Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Rio Grande, 2011.

1. Enfermagem. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3.
Família. I. Título. II. Lunardi, Valéria Lerch

CDU: 616-083-039.76

Catálogo na fonte: Bibliotecário Gilson Borges Corrêa CRB 10/1213

CAROLINE CEOLIN ZACARIAS

PRESENÇA DA FAMÍLIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO
INTEGRATIVA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 30 de agosto de 2011, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Helena Heidtmann Vaghett

Helena Heidtmann Vaghett

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA

Valéria Lerch Lunardi

Dra. Valéria Lerch Lunardi – Presidente (FURG)

Eliane Regina Pereira do Nascimento

Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento – Membro Externo (UFSC)

Rosemary Silva da Silveira

Dra. Rosemary Silva da Silveira – Membro Interno (FURG)

Helena Heidtmann Vaghetti

Dra. Helena Heidtmann Vaghetti – Suplente Interno (FURG)

Dedicatória

À **DEUS**, porque “TUDO posso naquele que me fortalece”.
Aos meus pais, **MARGARETE** e **SÉRGIO**, por lutarem e acreditarem que sou capaz.

Agradecimentos

Sempre que alcançamos um objetivo ou chegamos a algum lugar, jamais chegamos sozinhos. Por trás de nós, muitos se fazem presentes. Desse modo, gostaria de agradecer as pessoas que fizeram parte, direta ou indiretamente, na busca e realização desse sonho.

Aos meus pais, **Margarete** e **Sérgio**, pelo amor incondicional, pela dedicação, por serem meus maiores incentivadores na busca pelos meus sonhos, por nunca me deixarem desistir diante das pedras que encontrei em meu caminho. A vocês, o meu amor eterno.

À minha tia, **Eunice**, por ser minha mãe de coração, por acreditar e ajudar na realização dos meus sonhos, pelo seu amor e dedicação. A você, o meu amor de filha.

Aos meus avós, **Irma** e **Darcio**, pelo amor, pelo carinho, pelo cuidado e por se orgulharem das minhas conquistas. A vocês, muito obrigada!

Às minhas amigas e colegas de mestrado **Josiane Cappellaro**, **Marília Egues** e **Josefine Busanello**, pelo carinho, dedicação e paciência em todos os momentos vividos e compartilhados. A vocês, o meu imenso carinho.

À minha orientadora, **Valéria Lerch Lunardi**, pela paciência, pela dedicação e pelos ensinamentos. Minha eterna admiração e gratidão.

À minha orientadora da graduação, **Rosemary Silva da Silveira**, pelo carinho e pelo exemplo de profissional a ser seguido. Meu eterno carinho.

À **banca examinadora**, pela disponibilidade e pela participação na construção dos meus saberes enquanto Enfermeira. A vocês, minha gratidão.

À **Escola de Enfermagem da FURG**, por ter me acolhido, pelos ensinamentos, pela nova família construída e por me proporcionar ser Enfermeira e Mestre em Enfermagem. A vocês, o meu respeito.

Aos novos **amigos** e **colegas do Hospital Nossa Senhora da Conceição**, por me apoiarem e por me incentivarem a concretizar esse sonho. A vocês, minha dedicação.

E a todos os meus **familiares** e **amigos**, que não será possível enumerá-los aqui, pois poderia estar esquecendo de algum, que ajudaram, incentivaram e participaram desta caminhada. Minha gratidão!

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos artigos selecionados para análise	30
Quadro 2 - Distribuição dos artigos conforme periódico de publicação	33
Quadro 3 - Distribuição dos artigos conforme ano de publicação	34
Quadro 4 - Distribuição dos artigos conforme abordagem metodológica	34
Quadro 5 - Distribuição dos artigos conforme o país de realização dos estudos ...	35

RESUMO

ZACARIAS, Caroline Ceolin. **Presença da Família na Unidade de Terapia Intensiva**: revisão integrativa. 2011. – 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A família constitui-se em um elo fundamental entre o trabalhador da saúde e a pessoa hospitalizada, sendo importante fazer-se presente na vida da pessoa hospitalizada durante sua internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Com o objetivo de conhecer como a presença da família da pessoa hospitalizada na UTI se apresenta no conhecimento produzido na Enfermagem, realizou-se uma revisão integrativa, desenvolvida em cinco etapas: formulação do problema; coleta dos dados; avaliação dos dados; análise e interpretação dos dados e apresentação dos dados. Para a coleta de dados, utilizou-se os descritores: enfermagem, unidades de terapia intensiva e família, na base de dados CINAHL, tendo sido selecionados vinte e cinco artigos para análise de conteúdo. Após a análise dos dados, foram construídas duas categorias: 1) Contribuições da presença da família na UTI, enfocando as contribuições para a equipe; para o cuidado da família e para o cuidado da pessoa hospitalizada e 2) Dificuldades para a presença da família na UTI, abordando a ênfase na visão tecnicista em detrimento da humanista e a organização do ambiente da UTI. A presença da família por um período maior de tempo junto à pessoa hospitalizada na UTI, colabora na assistência integral do usuário, facilita sua adaptação à hospitalização e ao tratamento, bem como, a implementação de ações terapêuticas e de cuidado, promovendo melhores respostas terapêuticas. Mostra-se necessário que os profissionais de saúde e de enfermagem repensem conceitos utilizados, frente ao compromisso social assumido de cuidar da pessoa humana na sua singularidade, o que implica oferecer um cuidado integral à pessoa hospitalizada, contemplando o acolhimento e a presença da sua família na UTI. Essas questões necessitam ser discutidas e aprofundadas nas equipes de saúde desses ambientes, bem como na formação dos profissionais de saúde, diante dos benefícios que a presença da família oportuniza para a pessoa hospitalizada, sua família e para a própria equipe.

Descritores: Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva. Família.

ABSTRACT

ZACARIAS, Caroline Ceolin. **Family presence in Intensive Care Unit:** integrative review. 2011. – 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

The family is a key link between the health worker and the person hospitalized, being important to be present during the person's stay in the hospital intensive care unit (ICU). In order to know how the presence of hospitalized people families in the ICU is presented in the nursing produced knowledge, it has been made an integrative review, developed in five steps: problem formulation, data collection, data evaluation, data analysis and interpretation, and data presentation. To collect data we used the following keywords: nursing, intensive care units and family in the CINAHL database, having been selected twenty-five articles for content analysis. After the data analysis, we constructed two categories: 1) Contributions of family presence in the ICU, focusing on contributions to the team, for the care of family and care for the hospitalized patient and 2) Difficulties in the presence of the family in ICU, addressing emphasis on technical vision to the detriment of the humanistic and the organization of the ICU environment. The family presence for a long period with the hospitalized person in the ICU, collaborates on comprehensive care of the user, facilitating its adaptation to the hospitalization and treatment, as well as, the implementation of actions and therapeutic care, promoting better therapeutic responses. It is shown the necessity of health professionals and nurses to rethink their usual concepts, compared to the social commitment of caring for the human person in her uniqueness, which implies in offering comprehensive care to the hospitalized patient, comprising the host and the presence of his family in ICU. These issues need to be discussed with deepness with the health teams in these environments, as well as in the formation of health professionals, in face of the benefits that the presence of the family brings to the hospitalized person, for his family and the team itself.

Descriptors: Nursing. Intensive Care Units. Family.

RESUMEN

ZACARIAS, Caroline Ceolin. **La presencia de la familia en la UCI**: una revisión integradora. 2011. – 100 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

La familia constituye un vínculo fundamental entre el trabajador de la salud y la persona hospitalizada, siendo importante hacerse presente en la vida de la persona hospitalizada durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Con el objetivo de comprender cómo la presencia de los familiares de las personas hospitalizadas en una Unidad de Cuidados Intensivos se presente en el conocimiento producido en Enfermería. La metodología elegida fue la revisión integradora, desarrollada en cinco etapas: formulación del problema; recolectar de datos; evaluación de los datos; análisis e interpretación de los datos; y presentación de los datos. Para recoger los datos se ha utilizado los descriptores: enfermería, unidad de cuidados intensivos y familia, en la base de datos CINAHL, teniendo sido seleccionados veinte y cinco artículos para el análisis de contenido. Así, después de analizar los datos, fueron elaboradas las siguientes categorías: contribuciones de la presencia de la familia con el equipo; contribuciones de la presencia de la familia para el cuidado de la familia; contribuciones de la presencia de la familia para el cuidado de la persona hospitalizada; énfasis en la visión técnica en detrimento de la humanista; organización del entorno de UCI. Frente a los hallazgos se constató que la presencia de la familia por un periodo más largo con la persona hospitalizada en la UCI, colabora en la asistencia integral del usuario, facilita la adaptación a la hospitalización y al tratamiento, de esa manera puede contribuir para la implementación de acciones terapéuticas y de cuidado, promoviendo mejores repuestas terapéuticas. Además fue posible constatar la necesidad de repensar los conceptos utilizados como profesionales de la salud, debido al compromiso social firmado de ayudar y dedicarse a la persona humana en su singularidad, como también lograr una atención integral al paciente hospitalizado y su familia se quedando en el olvido. Por lo tanto, se espera que las cuestiones relativas al acogimiento de la familia en la UCI y su inclusión en este ambiente sea discutido a menudo entre los equipos de salud, bien como sean incorporadas en el plan de estudios y en la formación de técnicos y de graduación relacionados con el área de salud, resultantes los beneficios que la familia proporciona para la mejora general del paciente hospitalizado.

Descriptores: Enfermería. Unidad de Cuidado Intensivo. Familia.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1. A Unidade de Terapia Intensiva como contexto de internação	18
2.2. A UTI e o isolamento da pessoa hospitalizada	20
2.3. Relação Enfermeiro – Família – Pessoa hospitalizada.....	21
3. METODOLOGIA	24
3.1. Revisão Integrativa	24
3.2. Etapas da Revisão Integrativa	25
4. CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS	30
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	36
5.1. Artigo 1 – Dificuldades para a presença da família na Unidade de Terapia Intensiva	37
5.2. Artigo 2 – Contribuições da presença da família na Unidade de Terapia Intensiva	55
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE A	
APÊNDICE B	
ANEXO 1	
ANEXO 2	

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local que dispõe de tecnologia avançada e uma equipe especializada para atender as pessoas hospitalizadas que se encontram em situações críticas, necessitando de intervenções rápidas, utilização de equipamentos de suporte à vida, observação e atenção constantes. Para Silveira (2006, p. 91),

a UTI é considerada a unidade de maior complexidade técnica do hospital, tendo em vista o tipo de atividade desenvolvida: o cuidado a usuários críticos. A separação física a torna um lugar fechado, isolado, impossibilitando a entrada de pessoas estranhas ao local. A rotina diária e complexa que envolve a UTI requer uma observação cuidadosa dos usuários, para manter as funções fisiológicas vitais dentro de parâmetros normais.

Qualquer internação hospitalar provoca sensações e sentimentos ambíguos, tais como medo e esperança, dor e alívio, entre outros. Esses sentimentos são demonstrados com maior frequência e intensidade na perspectiva da família¹ na UTI, pois essa unidade é vista, pela maioria das pessoas, como um local frio, desumano, desconhecido, associado à gravidade e, mesmo, à morte. No entanto, também, é considerado um lugar de esperança, decorrente da aparelhagem sofisticada, da presença constante da equipe e das suas especificidades trazerem a possibilidade de a vida ser salva (CORRÊA, SALES, SOARES, 2002).

Outro aspecto a ser enfatizado diz respeito à elevação do nível de ansiedade dos familiares, associada à sua falta de estrutura psicológica para oferecer apoio à recuperação, podendo essa ser transferida para a pessoa hospitalizada, deixando-a mais apreensiva e agitada (LEMOS, ROSSI, 2002). Essa ansiedade, algumas vezes, pode ser entendida como desconfiança acerca do trabalho dos profissionais que prestam cuidado naquela unidade, contribuindo para que haja um distanciamento ainda maior entre o familiar e a equipe (LESKE, 2002).

Assim, para evitar que esse distanciamento e desconfiança continuem acontecendo, torna-se importante que a assistência de enfermagem a ser prestada

¹ Família, neste estudo, pode ser compreendida como uma unidade que vai além da consanguinidade e da comunhão, abrangendo atitudes existenciais fundamentais ao estabelecimento de laços e vínculos de afeto, de responsabilidade com-o-outro, de respeito, de carinho, de lealdade, de solidariedade e amor (SCHAURICH, PADOIN, 2003, p.39). Nesse sentido, família é aquela que visita a pessoa hospitalizada, como também aquela que se faz presente na sala de espera.

na UTI também contemple os familiares da pessoa hospitalizada de modo que as suas necessidades sejam percebidas, sendo construídas estratégias para que sejam amenizadas e, se possível, atendidas. Várias estratégias podem ser utilizadas para ajudar a atender as suas necessidades, tais como: flexibilização no horário de visitas; distribuição de folhetos explicativos; cartazes explicativos com fotos dos aparelhos utilizados na unidade e grupos de ajuda mútua promovidos pelos enfermeiros da unidade, possibilitando um espaço de conversa e troca de experiências (MARUITI, GALDEANO, 2007).

Nesta perspectiva, Zacarias e Silveira (2008), em seu estudo, implantaram, em uma UTI, tecnologias de cuidado, como a distribuição do “Manual de ajuda aos familiares de pacientes internados” (BAO, SILVEIRA, OLIVEIRA, 2007). O oferecimento desse manual como uma tecnologia de cuidado significou, para as autoras, não apenas uma tentativa de sistematizar informações e algumas normas do funcionamento desta Unidade, mas uma possibilidade de humanizar a relação dos trabalhadores com a família, com vistas a minimizar a ansiedade tanto dos familiares, quanto da pessoa hospitalizada, favorecendo o acolhimento e o acompanhamento de ambos, desde a admissão, de modo a proporcionar melhores condições de convivência e enfrentamento da situação.

Entretanto, constataram que, apesar do uso dessa tecnologia de cuidado poder contribuir no processo de enfrentamento da internação de um familiar na UTI, a sua distribuição aos familiares não se mostrou por si só eficaz. Sua implementação mostrou-se mais útil e com melhor aproveitamento quando se tornou possível, simultaneamente, uma aproximação das autoras com os familiares, demonstrando disponibilidade e abertura para possíveis questionamentos, possibilitando ajudá-los a enfrentar o momento de internação (ZACARIAS, SILVEIRA, 2008).

Isso demonstra que o fato de a enfermeira acolher, estar presente no horário de visitas, disposta a ajudar, possibilita inúmeros benefícios para os familiares em um momento em que eles precisam de atenção e serem cuidados também. Segundo Azoulay et al (2002), o oferecimento de uma melhor estrutura física no espaço da UTI e a distribuição de folhetos explicativos contendo informações acerca da dinâmica da unidade são meios que favorecem o enfrentamento do processo de internação; porém, nunca suprirão a influência mútua enfermeira-família. É possível que, se a enfermagem se mostrasse mais flexível e receptiva à presença da família, possibilitando uma maior permanência dos familiares da pessoa hospitalizada nesse

ambiente, algumas rotinas relacionadas aos horários de ingresso dos familiares e ao seu tempo de permanência poderiam ser modificadas e aperfeiçoadas, indo ao encontro da desejada interação enfermagem-família-pessoa hospitalizada.

Rolim e Cardoso (2006) consideram a enfermagem, entre as profissões de saúde, a que está mais próxima da pessoa hospitalizada e de sua família, cabendo, indispensavelmente a ela, aprender a cuidar melhor do ser humano, englobando todas as suas dimensões; não apenas de seu corpo, mas também do seu coração e da sua alma, promovendo e favorecendo a busca da harmonia entre os envolvidos no processo de internação.

No entanto, as enfermeiras podem não estar reconhecendo suficientemente o valor e a importância dos cuidados aos familiares de pessoas hospitalizadas. Algumas das justificativas para não realizarem esse cuidado são: o ritmo acelerado de trabalho, a falta de tempo e a estrutura da unidade (MOLINA et al., 2007).

Porém, o que muitos profissionais demonstram e, possivelmente sem o perceber, é que não se aproximam e não interagem com as pessoas hospitalizadas e seus familiares como uma maneira de se protegerem de um possível envolvimento emocional e futuro sofrimento com a perda (ROLIM, CARDOSO, 2006), especialmente em se tratando de ambientes de terapia intensiva, cujo índice de mortalidade é mais elevado do que em outras unidades hospitalares (CAETANO, 2002).

Essa dificuldade de aproximação pode ter, como um de seus fatores agravantes, a quantidade e a qualidade da tecnologia empregada no cuidado em UTI. Como as pessoas que lá internam demandam cuidados delicados e atenção redobrada, muitos aparelhos foram criados para suprir possíveis erros e possibilitar uma recuperação com maior qualidade e rapidez (BARLEM et al., 2008).

Assim, algumas enfermeiras, com o uso da tecnologia, podem prestar um cuidado mecânico, aparentemente, desconsiderando que o foco da assistência de enfermagem não é apenas o atendimento das necessidades físicas, fisiológicas e biológicas do usuário, mas envolve também suas necessidades psicológicas e a inclusão da família no cuidado a ser prestado (MARUITI, GALDEANO, 2007). Deste modo, as possíveis interações entre as pessoas hospitalizadas, seus familiares e enfermeiras deixam de ocorrer, tornando a humanização na UTI um desafio mais difícil de ser superado.

A tecnologia, entretanto, deveria ser entendida como um meio favorecedor das relações dos profissionais prestadores de cuidado na UTI com as pessoas hospitalizadas e seus familiares, pois ela lhes proporciona maior disponibilidade de tempo, podendo este ser direcionado à atenção humanizada, a um maior envolvimento com a pessoa hospitalizada e com os familiares, para ouvir aqueles que estão necessitando de apoio para enfrentar a situação de estarem internados ou de terem um familiar internado na UTI.

O afastamento da pessoa hospitalizada do convívio com seus familiares torna-se fonte de sofrimento, agravado pelo pouco tempo permitido para a realização das visitas e pela não inserção e presença dos familiares na UTI. Esses aspectos apresentam-se como fundamentais, indispensáveis, tendo em vista que o isolamento e separação da pessoa hospitalizada do meio familiar podem ser fatores geradores de estresse e insegurança tanto para si como para sua família (BARLEM et al, 2008).

Também é preciso considerar que, no contexto da UTI, a humanização das relações a serem estabelecidas, incluindo a família da pessoa hospitalizada, pode ser difícil de ser colocada em prática pelos profissionais que atuam nesse ambiente, possivelmente, porque se torna necessário “vencer a tradicional autoridade dos profissionais da saúde que dominam o saber técnico-biológico e as regras estabelecidas, tão relevantes para o atendimento nesse âmbito, sendo, porém, insuficientes para aproximar o trabalhador da família, no sentido de tornar mais humana a internação na UTI” (URIZZI, 2005, p. 48).

Vale lembrar que, ainda em 1993, a Federação Pan-Americana e Ibérica de Medicina Crítica e Terapia Intensiva publicou a sua Declaração de Ética, quando foram estabelecidos os direitos fundamentais do usuário, sendo um deles: “Direito a receberem visitas de seus familiares e amigos, desde que não interfiram nas regras de funcionamento de cada CTI ou nas indicações médicas específicas, em função das necessidades dos pacientes” (ORLANDO, 2002, p. 44).

Na UTI, uma unidade fechada e isolada das outras, pode ocorrer de esse direito não ser assegurado, prevalecendo o poder, a burocracia e as regras estabelecidas por quem lá trabalha, dificultando e, até mesmo, impedindo a humanização do cuidado e das relações entre os profissionais e os familiares de pessoas hospitalizadas (LACERDA, CARVALHO, ROCHA, 2004; URIZZI, 2005).

Nesta perspectiva, é fundamental que os profissionais da saúde construam uma relação com os familiares que lhes possibilite aprender a lidar com a situação dolorosa a partir dos recursos existentes na UTI. Para tanto, mostra-se relevante o reconhecimento de que ambos, família e equipe, objetivam a recuperação da pessoa hospitalizada e que a troca de informações e experiências poderá se refletir em uma assistência ética, humana e tecnicamente competente (URIZZI, 2005).

Além disso, torna-se necessário destacar a opinião de Cembranelli (2002, p. 1), quando defende que está faltando uma mudança na forma como os hospitais e os profissionais da saúde se posicionam frente ao seu objeto de trabalho – a vida, o sofrimento e a dor da pessoa hospitalizada e de seus familiares fragilizados pela doença, pois “a mais formidável tecnologia, sem ética e sem delicadeza, não produz bem-estar a ninguém e, muitas vezes, desertifica o homem”.

Visando melhorar a qualidade da dimensão fundamental do atendimento à saúde – a atenção ao usuário, em 2001, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Através da implantação dessa proposta, o Ministério da Saúde pretendeu a requalificação dos hospitais públicos para que pudessem tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, com condições de proporcionar o suprimento às expectativas de seus gestores e da população que necessita e tem direito ao cuidado integral, buscando, principalmente, valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em toda assistência à saúde (BRASIL, 2001).

Diante da relevância do tema humanização nas questões relacionadas à saúde, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização, denominada de: Humaniza SUS - A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS (BRASIL, 2004):

como política, a humanização deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (...) é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social (Brasil, 2004, p. 7).

Através da sua implantação, o Ministério da Saúde pretendeu obter como resultados a redução das filas e do tempo de espera; um atendimento acolhedor e resolutivo; um modelo de atenção no qual vínculos fossem estabelecidos; a garantia dos direitos dos usuários; a valorização do trabalho na saúde e gestão participativa,

assim como a criação e implantação de projetos de acolhimento do familiar/cuidador (BRASIL, 2004).

Deste modo, concordo com Ferrioli et al (2003), Silveira et al (2005), Bolela e Jericó (2006), ao considerarem que a família tem que se fazer presente na vida da pessoa hospitalizada durante sua internação na UTI; que ela é um elo fundamental entre o trabalhador da saúde e a pessoa hospitalizada, tanto para compreender e transmitir informações representadas por gestos que desconhecemos, como por conhecê-los como ninguém; se a pessoa hospitalizada percebe que seu familiar confia nos trabalhadores de saúde, ela passa a confiar também, refletindo-se, a partir dessa confiança, muitas vezes, a melhora no seu estado geral.

Assim, considerando-se a importância da assistência de enfermagem incluir a família no cuidado a ser prestado, o que compreende a sua presença na UTI, e que a base de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), indexa periódicos científicos sobre enfermagem, este estudo buscou, através de uma revisão integrativa, responder a seguinte questão de pesquisa:

Como a presença da família da pessoa hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva se apresenta no conhecimento produzido na Enfermagem na base de dados CINAHL?

Desse modo, esse estudo tem por objetivo geral:

Conhecer como a presença da família da pessoa hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva se apresenta no conhecimento produzido na Enfermagem na base de dados CINAHL.

Assim, optou-se por utilizar a base de dados CINAHL, pois, de acordo com o Portal de Periódicos da CAPES, ela indexa periódicos científicos sobre enfermagem e áreas correlatas de saúde, fornecendo o texto completo de mais de 630 periódicos indexados. Têm como objetivo principal a produção contínua e o desenvolvimento do banco de dados para alimentar a literatura em enfermagem internacionalmente.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A partir de inquietações, dúvidas e da sensação de impotência frente às dificuldades vivenciadas pelos familiares de pessoas hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), buscou-se, na literatura produzida na realidade brasileira e estrangeira, construir a presente revisão de literatura.

2.1. A Unidade de Terapia Intensiva como contexto de internação

A preocupação em separar as pessoas de acordo com sua gravidade, intensidade de cuidados e necessidade de melhor observação surgiu com Florence Nightingale na Guerra da Criméia (1854-1856). As áreas, destinadas aos cuidados dessas pessoas, eram as que ficavam mais próximas do local em que as enfermeiras trabalhavam, propiciando observações e atendimentos mais contínuos (COMASSETO, 2006).

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) surgiram no século XX, a partir do momento em que a maioria dos hospitais da Grã-Bretanha destinava uma pequena sala próxima ou anexa à sala cirúrgica, onde as pessoas que sofreram complicações durante os procedimentos cirúrgicos e necessitavam de cuidados mais intensos eram internadas, pelo menos até sua recuperação dos efeitos dos anestésicos (COMASSETO, 2006).

As UTIs passaram a existir a partir das necessidades de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pessoas graves, em estado crítico, mas tidos como recuperáveis, que requeriam observação constante da assistência médica e de enfermagem, centralizando-os em um único núcleo especializado (VILA, ROSSI, 2002).

Já, no Brasil, a implantação e/ou difusão das UTIs ocorreu, principalmente, na década de 70 do século XX, sendo a primeira instalada no hospital Sírio Libanês, em São Paulo, com dez leitos (1971). Decorrente de sua implantação houve a necessidade de formar pessoal especializado e familiarizado com os equipamentos existentes e as patologias comumente apresentadas pelas pessoas hospitalizadas nessas unidades (COMASSETO, 2006).

A principal característica dessa unidade de atuação é o emprego de grande aparato tecnológico para reverter a gravidade e a instabilidade do quadro clínico das pessoas que ali se encontram hospitalizadas, os quais demandam atenção constante e cuidados complexos da equipe de saúde, em especial, dos profissionais de enfermagem que estão junto à pessoa hospitalizada ao longo das 24 horas do dia e realizam a maioria das ações assistenciais (SILVA, FERREIRA, 2008).

A predominância do uso de aparatos tecnológicos parece caracterizar a UTI como um local tenso, agressivo e traumatizante do hospital, tanto para os familiares, quanto para quem interna, por reunir usuários críticos com possibilidade de morte mais evidenciada do que outros. Todavia, também é possível percebê-la positivamente, como um local onde existe uma gama complexa de tecnologias, verificada em uma variedade de técnicas, medicamentos, equipamentos e procedimentos para possibilitar a recuperação e a cura das pessoas ali hospitalizadas (LIMA, ROSA, 2008).

Entretanto, a realidade demonstra que quanto mais intensivo é o tratamento, menos profundo e efetivo parece ser o contato da equipe de enfermagem com as pessoas hospitalizadas e seus familiares. A assistência em UTI ainda vem sendo predominantemente orientada pelo modelo biomédico, cuja atenção está voltada para a condição patológica, para os procedimentos técnicos e a administração de medicamentos, em detrimento da integralidade do cuidado, sem a necessária atenção aos sentimentos e percepções da pessoa hospitalizada, de seus familiares e da forma como vivenciam a situação saúde-doença (BARLEM et al, 2008).

Enfatizando o exposto, Corrêa (2000, p. 161) refere que:

em meio a aparelhagens e técnicas complexas, é preciso buscar o humano que ali se encontra, não apenas enquanto aquele paciente que necessita ser constantemente monitorado em suas funções vitais, mas como o ser-aí que vivencia a facticidade da doença que o envolve em sua totalidade existencial e, sem dúvida, o faz experimentar a insegurança do “poder ser saudável”, enfrentando a doença e o risco de morte.

Infelizmente, parece haver uma maior preocupação com os avanços tecnológicos, com o aperfeiçoamento da técnica, sem reconhecer o quão importante é também estar disponível para ouvir, observar, prestando atenção nos seres humanos que necessitam ser cuidados.

2.2. A UTI e o isolamento da pessoa hospitalizada

A vivência na UTI é descrita pelas pessoas hospitalizadas como um momento solitário e de abandono, em que se sentem controladas e dependentes da equipe de saúde e das máquinas, convivendo diariamente com a dúvida acerca de seus destinos; sentem-se desconfortáveis fisicamente e inseguras emocionalmente pela situação que estão vivenciando, como também pela separação de seus familiares (ZINN, SILVA, TELLES, 2003). Neste pensamento, Lima e Rosa (2008) enfatizam que a UTI é um local de isolamento, de tratamento, onde a sensação de ruptura do vínculo afetivo é intensa, pois o familiar não pode estar presente nesse ambiente.

Oliveira et al. (2005), a partir da realização de uma análise da produção científica acerca de intervenções com a família, constataram que as enfermeiras intensivistas não se aproximam da família e não permitem sua presença na UTI por vários motivos, tais como: as pessoas hospitalizadas estão em estado grave, requerendo dispêndio de períodos elevados de tempo da enfermagem na realização de seus cuidados físicos, sendo preteridas as necessidades psicológicas, afetivas e emocionais, tanto das pessoas hospitalizadas como de seus familiares; o despreparo do profissional para lidar com familiares angustiados e amedrontados, assim como o medo do seu envolvimento emocional com a pessoa hospitalizada e sua família, passando a evitar esse contato; alguns profissionais, ainda, percebem a família como intrusa, exigente e mais uma sobrecarga ao serviço (OLIVEIRA et al., 2005).

Nesta perspectiva, Lacerda, Carvalho e Rocha (2004) evidenciaram que a equipe de enfermagem da UTI possui um sentimento de orgulho por ser um dos profissionais que compõem essa equipe e atuam nessa unidade, devido à percepção de que realizam procedimentos mais complexos tecnicamente do que os demais profissionais da instituição. Devido a esse sentimento, ao perceberem o familiar presente na UTI, solicitando informações ou fazendo críticas ao serviço, podem considerá-lo como um intruso que deve permanecer longe da unidade, pois não possui o conhecimento suficiente para estar ali, além de estar interferindo na rotina do seu ambiente de trabalho.

Desse modo, a pessoa hospitalizada e sua família podem ficar sem o atendimento de suas necessidades de afeto, segurança e apoio, sendo privadas e

ignoradas das informações e das tomadas de decisão acerca das condutas a serem adotadas em relação ao quadro clínico e possível diagnóstico da pessoa hospitalizada (OLIVEIRA et al, 2005).

2.3. Relação Enfermeiro-Família-Pessoa Hospitalizada

A internação hospitalar de um membro da família, frequentemente, provoca sentimentos de angústia, insegurança, preocupação, medo de lidar com a morte, com as limitações físicas permanentes decorrentes desta situação e com possíveis modificações em sua qualidade de vida. Pode-se perceber que estes sentimentos parecem aflorar já na admissão na UTI, tanto pelo alto risco de instabilidade de um ou mais sistemas fisiológicos dos usuários, quanto pelo uso de tecnologias desconhecidas, pelo distanciamento de seus familiares, dúvidas, solidão, (des)esperança (SILVEIRA et al., 2005).

Na tentativa de amenizar esses sentimentos, a família investe na busca de informações sobre o estado de saúde de seu familiar, abordando vários profissionais, procurando checar essas informações para se sentir mais segura (CORRÊA, SALES, SOARES, 2002). Porém, o que alguns profissionais não percebem, ainda, é que além de a família ser atendida em suas necessidades, ela pode também oferecer informações necessárias para uma assistência mais eficaz à pessoa hospitalizada que, na maioria das vezes, encontra-se com restrições na comunicação verbal, decodificando seus gostos, manias e expressões, o que pode ser essencial aos cuidados de enfermagem (INABA, SILVA, TELLES, 2005).

Nesta perspectiva, Wright e Leahey (2002) acreditam que a enfermagem tem compromisso e obrigação de inserir as famílias no cuidado ao usuário. Afirmam que a evidência teórica, prática e investigativa do significado que a família dá ao bem-estar e à saúde de seus membros, bem como a influência sobre a doença, obrigam a enfermagem a considerar a atenção e o cuidado à família como parte integrante de sua prática.

No entanto, a UTI ainda é estruturada de forma que sua planta física, sua organização e modo de agir dos enfermeiros que ali atuam reproduzam a idéia de que a família é algo a mais, não sendo incorporada como foco da atenção (URIZZI, CORRÊA, 2007).

Nesse sentido, o processo de trabalho na UTI possui peculiaridades decorrentes das características físicas e estruturais do setor. A tecnologia empregada, alarmes podendo soar a todo o momento, a instabilidade e a gravidade do quadro da pessoa hospitalizada contribuem para uma dinâmica intensiva e geradora de tensão para todos os que ali convivem: equipe, pessoa hospitalizada e familiares. Entretanto, como enfermeira em UTI, torna-se necessário, em meio às aparelhagens e técnicas complexas, buscar a humanidade envolvida, vendo a pessoa hospitalizada como um ser humano singular que vivencia um processo patológico, como também enxergar a sua família, uma vez que ela também experencia sentimentos que envolvem a sua totalidade existencial (URIZZI et al, 2008).

A compreensão da UTI como um local de cuidado, de recuperação da saúde, de sinônimo de vida e de oposição à morte pode estar fortemente relacionada ao modo como os trabalhadores de enfermagem comunicam-se e comunicam seu fazer às pessoas hospitalizadas e seus familiares (NASCIMENTO, ERDMANN, 2006).

Desse modo, é importante que os profissionais de enfermagem se desarmem de sua fala técnica diante dos familiares, orientando-os de uma maneira simples, por meio da utilização de palavras que possam ser por eles compreendidas. Entretanto, isso não significa subestimar a capacidade de entendimento dos familiares, pois mesmo que esses trabalhadores utilizem uma linguagem simples, devem proporcionar uma informação completa, exemplificando o que foi dito e permitindo um retorno do que foi informado (SILVA et al., 2009).

A equipe de enfermagem ainda precisa conhecer as percepções dos familiares, reparar mal entendidos e evitar o relato de informações incompletas e confusas, que propiciem entendimentos equivocados, incentivando-os a que manifestem suas dúvidas, disponibilizando-se para ajudar. Por meio da escuta ativa, da disponibilidade e da reciprocidade das informações, será possível desenvolver um processo comunicativo dinâmico e efetivo, transmitindo mais segurança para a família que depositará, assim, maior confiança nas ações da equipe (LUNARDI FILHO et al., 2004).

O relacionamento entre família, equipe e pessoa hospitalizada deve se estabelecer de forma empática; a receptividade deve ser facilitada através do diálogo, do toque, da busca de possibilidades para, então, nos tornamos mais

disponíveis para uma melhor compreensão da família e da pessoa hospitalizada acerca da sua experiência de internação na UTI.

Nesta perspectiva, Silva et al. (2009) tornam explícita a necessidade de aproximação da equipe de enfermagem com os familiares de pessoas hospitalizadas na UTI, da presença, da comunicação e da disponibilidade como meio de assistir humanamente. O atendimento dessa necessidade contribui para que os familiares compreendam que, apesar da UTI ser um ambiente tenso e movimentado, em que os profissionais têm muitos afazeres, é fundamental estabelecer um relacionamento satisfatório entre a equipe e familiares, possibilitando, assim, a busca para satisfazer suas necessidades de atenção, o que requer uma pequena fração de tempo dos profissionais da enfermagem para diminuir suas angústias e dúvidas.

Para tanto, é imprescindível entender que as ações de comunicar-se e mostrar-se disponível precisam estar presentes no modo de ser e fazer da enfermagem, visando ao fortalecimento das relações interpessoais desses profissionais com os familiares.

3. METODOLOGIA

No presente estudo, optou-se por realizar uma Revisão Integrativa que, segundo Whitemore e Knafl (2005), é uma abordagem que permite a inclusão de pesquisas experimentais e não experimentais. A Revisão Integrativa tem o potencial para construir ciência em enfermagem, pesquisas informativas e clínicas, como também, iniciativas práticas (NICOLUSSI, 2008).

A escolha por utilizar a revisão integrativa partiu do interesse em conhecer como se apresentam, no conhecimento produzido na Enfermagem, os resultados de pesquisas publicadas entre os anos de 2000 e 2009 acerca da presença da família da pessoa hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na base de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

A base de dados CINAHL, de acordo com o Portal de Periódicos da CAPES, é disponibilizada pela EBSCO e indexa periódicos científicos sobre enfermagem e áreas correlatas de saúde, fornecendo o texto completo de mais de 630 periódicos indexados. Têm como objetivo principal a produção contínua e o desenvolvimento do banco de dados para alimentar a literatura em enfermagem internacionalmente.

3.1. Revisão Integrativa

Vários são os tipos de revisões da literatura, porém, as características metodológicas e organizacionais dos resultados encontrados as diferenciam. As revisões tradicionais, em sua maioria, não podem ser reproduzidas, pois apresentam baixo rigor na estratégia de seleção da amostra. Outros tipos de revisões encontradas na literatura referem-se às revisões sistemáticas² e metanálises³, consideradas de grande relevância científica, principalmente, por permitirem ser reproduzidas e apresentarem metodologias explícitas, bem como alcançarem o esgotamento dos estudos existentes sobre determinado tema em que os dados são

² A revisão sistemática é um tipo de investigação científica que tem por objetivo realizar um resumo rigoroso de toda evidência disponível em estudos primários relacionada a uma questão específica, podendo ser esta, de causalidade, diagnóstico, prognóstico, mas principalmente, abordando a eficácia de uma intervenção (CULLUM et al, 2010).

³ A Metanálise é o método para a combinação de resultados de vários estudos independentes que medem os mesmos resultados para que um resumo estatístico geral possa ser calculado, o que aumenta efetivamente o tamanho da amostra, resultando em uma estimativa mais precisa do efeito que pode ser obtido a partir de qualquer um dos estudos individuais usados (CULLUM et al, 2010).

submetidos a uma análise estatística, aumentando as evidências científicas a respeito do fenômeno estudado (BERNARDO, NOBRE, JATENE, 2004).

A revisão integrativa é definida como um método que agrupa os resultados obtidos de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados, para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico. É a mais ampla modalidade de pesquisa de revisão, por permitir a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, questões teóricas ou empíricas. Em decorrência, permite maior entendimento acerca de um fenômeno ou problema de saúde. Seus objetivos, também, permitem subsidiar a elaboração de conceitos e evidências (COOPER, 1982).

Assim, neste estudo, optou-se por utilizar Cooper (1982), pois se acredita que sua dinâmica favoreça a melhor compreensão das etapas a serem seguidas, mas principalmente, por proporcionar a confiabilidade e fidedignidade na busca do conhecimento científico já evidenciado na literatura.

Para que ocorra a implementação de uma revisão integrativa bem sucedida, tornam-se necessários alguns elementos, tais como a formulação de um problema bem estruturado, a sistematização nas buscas bibliográficas e a análise criteriosa dos resultados. Para tanto, é necessário seguir cinco etapas, as quais foram adotadas nesse estudo: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados (COOPER, 1982).

3.2. Etapas da Revisão Integrativa

Etapa 1: Formulação do problema

Durante a formulação da questão norteadora da pesquisa, o pesquisador deve identificar o propósito da revisão, de maneira clara e específica, pois poupa esforços e facilita a definição dos critérios de inclusão/exclusão dos estudos, a extração e análise das informações e a identificação das melhores estratégias de buscas (COOPER, 1982).

Assim, a partir da escolha da temática e, ao final dessa etapa, visando à análise e sistematização das informações existentes na literatura, formulou-se a seguinte pergunta norteadora para essa revisão: **Como a presença da família da pessoa hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva se apresenta no**

conhecimento produzido na Enfermagem na base de dados CINAHL?, estabelecendo o seguinte objetivo:

Conhecer como a presença da família da pessoa hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva se apresenta no conhecimento produzido na Enfermagem na base de dados CINAHL.

Etapa 2: Coleta dos dados

Durante o transcorrer desta etapa, foram definidos os critérios para a busca das publicações que constituem a amostra do estudo, sendo eles: descritores, critérios de inclusão/exclusão dos estudos, bases de dados a serem utilizadas, justificando todos os critérios a serem utilizados.

Assim, a partir da definição dos critérios, foram incluídos estudos cujos resultados estiveram de acordo com a questão da pesquisa, como também, aqueles que permitiram generalizações para solucionar o problema (COOPER, 1982; ROMAN, FRIEDLANDER, 1998; WHITTEMORE, KNAFL, 2005).

A seleção da amostra, utilizada nessa revisão integrativa, diz respeito às publicações que foram encontradas pela pesquisadora, nos meses de fevereiro, março e abril de 2010, a partir da combinação dos descritores escolhidos e a base de dados selecionada, respeitando-se os seguintes critérios:

- a) Apresentarem concomitantemente os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): *nursing* (enfermagem), *intensive care units* (Unidades de Terapia Intensiva), *family* (Família).
- b) Indexados na base de dados CINAHL disponibilizada pelo Portal CAPES, que contempla a literatura internacional acerca da produção relativa à Enfermagem.
- c) Publicados no período compreendido entre 2000 e 2009, por esse espaço temporal compreender a criação, em 2001, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, em 2004, da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Optou-se por incluir um ano antes da criação do PNHAH no intuito de saber se já existiam evidências sólidas a favor da humanização e, até o ano de 2009, para observar a sensibilização acerca dessa temática, por parte dos profissionais da enfermagem em um espaço temporal de dez anos.
- d) Publicados nos idiomas Espanhol, Inglês e Português.

- e) Apresentarem resumo para a realização de análise inicial.
- f) Enfocarem Unidades de Terapia Intensiva.
- g) Autoria de enfermeiros, podendo haver participação de outros profissionais.
- h) Serem encontrados os textos completos dos estudos coerentes com o tema, após uma leitura inicial dos resumos, podendo ser resgatados na própria base de dados selecionada no Portal CAPES.

Etapa 3: Avaliação dos dados

Após a coleta dos dados na base de dados escolhida, mediante a aplicação dos critérios de inclusão, as publicações foram analisadas criteriosamente, buscando determinar se os fatos apresentados estavam relacionados com o problema de pesquisa definido anteriormente. Desse modo, ao final dessa etapa, obteve-se um total de 25 artigos para análise.

Nesta etapa, é fundamental que o pesquisador determine quais foram os procedimentos empregados na avaliação dos estudos selecionados que permitiram encontrar as evidências. Faz-se necessário um instrumento para avaliar a aderência à temática dos estudos. Desse modo, o instrumento deve ser explicado e disponibilizado aos leitores para não comprometer a validade dos resultados da revisão, servindo para sumarizar e documentar as informações sobre os artigos incluídos na revisão (COOPER, 1982).

O instrumento (Apêndice A) utilizado está baseado no proposto por Dalmolin (2009), porém adaptado para contemplar as necessidades do presente estudo, sendo constituído por três partes principais, as quais são subdivididas conforme descrito abaixo:

- 1) Dados referentes à forma de publicação: abordando o título do artigo, periódico, edição, volume, número, origem, ano e idioma.
- 2) Dados referentes aos autores: com ênfase ao nome, profissão, titulação, instituição.
- 3) Dados referentes à pesquisa: enfatizando o objetivo do estudo; metodologia empregada (abordagem, tipo de estudo, sujeitos, amostra e instrumentos utilizados); resultados (dificuldades relacionadas à presença da família de pessoas hospitalizadas na UTI, contribuições relacionadas à presença da família de pessoas hospitalizadas na UTI, modalidades de presença da família de pessoas hospitalizadas na UTI, manifestações dos familiares em relação a sua possibilidade

de presença na UTI, estratégias utilizadas nas UTI's para favorecer o processo de presença da família nessa unidade).

Optou-se por este instrumento por fornecer, de maneira objetiva, sistemática e de fácil entendimento, uma alternativa para avaliar a aderência à temática dos estudos utilizados na construção da presente revisão integrativa.

Etapa 4: Análise e interpretação dos dados coletados

Nesta etapa, os dados encontrados nas publicações foram discutidos, sintetizados e agrupados por aproximação, na tentativa de responder à questão de pesquisa e ao objetivo do estudo.

Esta etapa, de acordo com Whittimore & Knafl (2005), pode ser dividida em quatro sub-etapas: redução dos dados, visualização dos dados, comparação dos dados, verificação e esboço da conclusão. O presente estudo utilizou-se delas, como já adotado por Dalmolin (2009), buscando favorecer e facilitar a análise e interpretação dos dados encontrados:

a) *Redução dos dados*: a primeira fase envolveu a determinação de um sistema de classificação geral para administrar os dados advindos de metodologias diversificadas (WHITTEMORE, KNAFL, 2005). As fontes a serem incluídas na revisão integrativa foram subdivididas em subgrupos a partir de sistemas lógicos que vieram a facilitar a análise. Os sistemas para a organização dos dados utilizados foram relacionados de acordo com: nome dos autores; nome do periódico; título; idioma; procedência; ano de publicação; objetivos; abordagem utilizada; tipo de estudo; método de coleta de dados; sujeitos; tipo de análise. Envolveu, também, métodos de seleção e codificação dos dados dos periódicos, no intuito de simplificá-los e organizá-los em um quadro de fácil visualização.

b) *Visualização dos dados*: nesta fase, os dados extraídos das fontes foram agrupados em um quadro expositivo (Apêndice B), para melhor compreensão, organização e análise. O quadro expositivo utilizado, também está baseado no proposto por Dalmolin (2009), porém adaptado para contemplar as necessidades do presente estudo.

c) *Comparação dos dados*: esta fase envolveu um processo interativo de análise dos dados, a fim de identificar padrões e temas emergentes (WHITTEMORE, KNAFL, 2005), como também especificidades encontradas nos artigos.

d) *Verificação e esboço da conclusão*: essa última fase exigiu esforço interpretativo e níveis mais elevados de abstração para agrupar os dados e reuni-los de maneira integrada, facilitando, assim, a apresentação dos resultados.

Etapa 5: Apresentação dos dados

Nesta etapa, foram apresentadas as conclusões a partir da realização da presente revisão integrativa, juntamente com as inquietações, reflexões e fragilidades da pesquisadora acumuladas durante o transcorrer do estudo.

Roman e Friedlander (1998) consideram a transmissão das impressões e reflexões relacionadas à pesquisa como um trabalho extremamente importante devido ao impacto que produz no acúmulo do conhecimento existente sobre o tema em questão.

4. CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS

Na presente revisão integrativa, foram analisados vinte e cinco artigos, os quais contemplaram os critérios previamente estabelecidos. A base de dados utilizada para a busca das informações necessárias para a construção desse estudo foi a CINAHL (*Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature*).

Durante a busca, realizada pela pesquisadora, inicialmente utilizando o descritor em ciências da saúde (DeCS) *nursing*, obteve-se como resultado 34.546 artigos publicados; ao adicionar o descritor *intensive care units*, o número reduziu-se, sendo disponibilizados 592 artigos. Finalmente, ao acrescentar o descritor *family*, chegou-se a 109 artigos.

A partir desses 109 artigos, realizou-se uma análise inicial, verificando o idioma publicado, a existência de resumo e se enfocavam a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Diante disso, desconsideraram-se dois artigos por serem publicados em chinês e 45 artigos por não possuírem resumos ou não abordarem a UTI, ficando assim com 62 artigos compondo a amostra até o momento.

Após a leitura e preenchimento dos itens constantes no instrumento adotado, foram desconsiderados 37 artigos, por não possuírem autores enfermeiros (as), bem como por seus resultados não contemplarem a questão do presente estudo e/ou não possibilitarem meios para o alcance do objetivo proposto.

Assim, a partir da inclusão dos critérios estabelecidos anteriormente, da leitura exaustiva e análise dos artigos selecionados na base de dados CINAHL, selecionaram-se 25 artigos, identificados pela sequência numérica (I, II, ..., XXV) de acordo com a ordem de localização, para compor os dados a serem analisados no presente estudo (QUADRO 1).

Quadro 1 – Descrição dos artigos selecionados para análise no período de 2000 a 2009 de acordo com autores, periódico, título e ano. Rio Grande, 2011.

Nº	AUTORES	PERIÓDICO	TÍTULO	ANO
I	SIEGELE, P.	Critical Care Nurse	Enhancing Outcomes in a Surgical Intensive Care Unit by Implementing Daily Goals Tools	2009
II	TRAN, C.; MEDHURST, A.;	Neonatal, Paediatric and	Support needs of parents of sick and/or preterm infants	2009

	O'CONNELL, B.	Child Health Nursing	admitted to a neonatal unit	
III	DAVIDSON, J. E.	Critical Care Nurse	Family-Centered Care. Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness	2009
IV	SACCO, T. L.; STAPLETON, M. F.; INGERSOLL, G. L.	Critical Care Nurse	Support groups facilitated by families of former patients: creating family-inclusive critical care units	2009
V	NELSON, D. P.; PLOST, G.	Critical Care Nurse	Registered nurses as family care specialists in the intensive care unit	2009
VI	MARTINS, J. J.; NASCIMENTO, E. R. P.; GEREMIAS, C. K.; SCHNEIDER, D. G.; SCHWEITZER, G.; NETO, H. M.	Revista Eletrônica de Enfermagem	O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional	2008
VII	FEGRAN, L.; FAGERMOEN, M. S.; HELSETH, S.	Journal of Advanced Nursing	Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units – from closeness to detachment	2008
VIII	CLEVELAND, L. M.	Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing	Parenting in the neonatal intensive care unit	2008
IX	TURAN, T.; BASBAKKAL, Z.; ÖZBEK, S.	Journal of Clinical Nursing	Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit	2008
X	BLANCHARD, D.; ALAVI, C.	Nursing in Critical Care	Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of family	2008
XI	STAYT, L. C.	Journal of Advanced Nursing	Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units	2007
XII	COYER, F.; COURTNEY, M.; O'SULLIVAN, J.	International Journal of Nursing Practice	Establishing an action research group to explore family-focused nursing in the intensive care unit	2007
XIII	BYERS, J. F.; LOWMAN, L. B.;	Journal of Obstetric,	A quasi-experimental trial on individualized,	2006

	FRANCIS, J.; KAIGLE, L.; LUTZ, N. H.; WADDELL, T.; DIAZ, A. L.	Gynecologic and Neonatal Nursing	developmentally supportive family-centered care	
XIV	FEGRAN, L.; HELSETH, S.; SLETTEBO, A.	Nursing Ethics	Nurses as moral practitioners encountering parents in neonatal intensive care units	2006
XV	MARCO, L.; BERMEJILLO, I.; GARAYALDE, N.; SARRATE, I.; MARGALL, M. A.; ASIAIN, M. C.	Nursing in Critical Care	Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses	2006
XVI	ALDRIDGE, M. D.	Critical Care Nurse	Decreasing parental stress in the pediatric intensive care unit. One unit's experience	2005
XVII	LIVESAY, S.; MOKRACEK, M.; SEBASTIAN, S.; HICKEY, J.	Journal of Nursing Care Quality	Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care unit	2005
XVIII	FARRELL, M. E.; JOSEPH, D. H.; SCHWARTZ- BARCOTT, D.	Nursing Forum	Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs	2005
XIX	WILLIAMS, C. M. A.	Nursing in Critical Care	The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry	2005
XX	SÖDERSTRÖM, I. M.; BENZEIN, E.; SAVEMAN, B. I.	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units	2003
XXI	MOORE, K. A. C.; COKER, K.; DUBUISSON, A. B.; SWETT, B.; EDWARDS, W. H.	Pediatrics	Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges	2003
XXII	BALLWEG, D.	Journal of Perinatal e Neonatal Nursing	Implementing developmentally supportive family-centered care in the newborn intensive care unit as a quality improvement initiative	2001
XXIII	MCGRATH, J. M.	Journal of Perinatal e Neonatal	Building relationships with families in the NICU: exploring the Guarded	2001

		Nursing	Alliance	
XXIV	GIULIANO, K. K.; GIULIANO, A. J.; BLONIASZ, E.; QUIRK, P. A.; WOOD, J.	Nursing Management	Families First. Liberal visitation policies may be in patients' best interest.	2000
XXV	RAMSEY, P.; CATHELYN, J.; GUGLIOTTA, B.; GLENN, L. L.	Nursing Management	Restricted versus open ICUs	2000

Observa-se, quanto aos periódicos em que os artigos selecionados foram publicados, que houve a preponderância de publicações estrangeiras, sendo que foi identificada apenas uma publicação brasileira (VI). Desse modo, o idioma predominante foi o inglês.

Quanto ao periódico com maior número de artigos publicados, dentre os selecionados nesse estudo, foi o *Critical Care Nurse*, possuindo cinco artigos, o que pode ser verificado no quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos selecionados conforme o periódico de publicação. Rio Grande, 2011.

PERIÓDICO	NÚMERO
Critical Care Nurse	5
Nursing in Critical Care	3
Journal of Advanced Nursing	2
Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing	2
Journal of Perinatal e Neonatal Nursing	2
Nursing Management	2
Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing	1
Revista Eletrônica de Enfermagem	1
Journal of Clinical Nursing	1
International Journal of Nursing Practice	1
Nursing Ethics	1
Journal of Nursing Care Quality	1
Nursing Forum	1
Scandinavian Journal of Caring Sciences	1
Pediatrics	1
TOTAL	25

Outro aspecto que se destaca é o ano em que os artigos foram publicados (QUADRO 3), observando-se um aumento nas publicações nos últimos anos, o que pode demonstrar um maior interesse e preocupação com o tema em questão atualmente.

Quadro 3 – Distribuição dos artigos selecionados conforme o ano de publicação. Rio Grande, 2011.

ANO DE PUBLICAÇÃO	NÚMERO
2000	2
2001	2
2003	2
2005	4
2006	3
2007	2
2008	5
2009	5
TOTAL	25

Em relação ao tipo de abordagem metodológica adotada nos estudos, observa-se o predomínio da abordagem qualitativa, com 17 publicações; seguida da abordagem quali-quantitativa, com cinco publicações. Já a abordagem quantitativa foi utilizada em apenas um estudo analisado. Os dois estudos restantes eram revisões sistemáticas (QUADRO 4).

Quadro 4 – Distribuição dos artigos selecionados conforme a abordagem metodológica. Rio Grande, 2011.

ABORDAGEM	NÚMERO
Qualitativa	17
Quali-quantitativa	5
Quantitativa	1
TOTAL	23

Destaca-se, também, em relação ao país em que os estudos selecionados para análise foram realizados, que 14 deles procederam dos Estados Unidos (QUADRO 5).

Quadro 5 – Distribuição dos artigos selecionados conforme o país de realização dos estudos. Rio Grande, 2011.

PAÍS DE ORIGEM	NÚMERO
Estados Unidos	14
Austrália	2
Noruega	2
Reino Unido	2
Brasil	1
Turquia	1
Nova Zelândia	1
Espanha	1
Suécia	1
TOTAL	25

Os dados aqui apresentados demonstram alguns aspectos que se salientaram durante a análise dos estudos, evidenciando o perfil das publicações científicas no exterior acerca da temática da presença da família na UTI. Entretanto, em relação ao conteúdo, os artigos foram apreciados a partir dos objetivos propostos anteriormente pelo presente estudo, dando origem a dois artigos, os quais serão apresentados a seguir.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo, serão apresentados os dois artigos construídos de acordo com as categorias elaboradas a partir da análise dos dados. Desse modo, o primeiro, intitula-se “Dificuldades para a presença da família na Unidade de Terapia Intensiva”, e o segundo, denomina-se “Contribuições da presença da família na Unidade de Terapia Intensiva”.

5.1. ARTIGO 1

DIFICULDADES PARA A PRESENÇA DA FAMÍLIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA¹

DIFICULTADES PARA LA PRESENCIA DE LA FAMILIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

DIFFICULTIES FOR FAMILY PRESENCE IN INTENSIVE CARE UNITS

Caroline Ceolin Zacarias²
Valéria Lerch Lunardi³

RESUMO

O afastamento da pessoa hospitalizada do convívio com sua família torna-se fonte de sofrimento mútuo, agravado pelo reduzido período de tempo permitido para a realização de visitas e de permanência dos familiares na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Com o objetivo de conhecer a produção científica acerca das dificuldades relacionadas à presença da família da pessoa hospitalizada na UTI, realizou-se uma revisão integrativa, utilizando-se a base de dados CINAHL. Obtiveram-se 25 artigos para análise, construindo-se as categorias: 1) Ênfase na visão tecnicista em detrimento da humanista, com a priorização de habilidades técnicas, bem como o despreparo em receber e acolher as famílias; e 2) Organização do ambiente da UTI, com as limitações nas instituições hospitalares associadas às políticas internas. Conclui-se que para ocorrer uma mudança e melhor aceitação dos familiares no ambiente da UTI, por parte dos profissionais da enfermagem, torna-se fundamental sua

¹ Trabalho originado da dissertação de mestrado intitulada “Presença da Família na Unidade de Terapia Intensiva: revisão integrativa”. Formatado segundo as normas da Revista Gaúcha de Enfermagem (ANEXO 1).

² Enfermeira do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre/RS. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde – NEPEs/FURG. E-mail: enfacarolceolin@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – EENF/FURG, Líder do NEPEs/FURG. Bolsista de Produtividade em Pesquisa/ CNPq. E-mail: vlunardi@terra.com.br

sensibilização e capacitação quanto à importância da presença da família para a pessoa hospitalizada.

Descritores: Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva. Família.

RESUMEN

La remoción de la persona que vive con su familia hospitalizada se convierte en una fuente de sufrimiento mutuo, agravada por el corto período de tiempo permitido para las visitas y miembros de la familia a permanecer en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Con la finalidad de conocer la literatura científica acerca de las dificultades relacionadas con la presencia de la familia de la persona hospitalizada en la UCI, se hizo un examen de integración, utilizando la base de datos CINAHL. Obtuvieron se 25 artículos para su análisis, y la construcción de categorías: 1) El énfasis en la visión técnica, en detrimento de la humanidad, con la priorización de las habilidades técnicas, así como preparados para recibir y acoger a las familias, y 2) el medio ambiente de la Organización UCI con las limitaciones en los hospitales asociados a las políticas internas. Se llegó a la conclusión de que un cambio que produzca un mejor aceptación de su medio familiar en la UCI por los profesionales de enfermería, es fundamental a su sensibilización y capacitación sobre la importancia de la presencia de la familia para el paciente hospitalizado.

Descriptor: Enfermería. Unidades de Terapia Intensiva. Familia.

Título: Dificultades para la presencia de la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos

ABSTRACT

The removal of the hospitalized person living with his family becomes a source of mutual suffering, compounded by the short period of time allowed for visits and family members to stay in the Intensive Care Units (ICU). It aims (proposes) to know the scientific literature about the difficulties related to the presence of the hospitalized person family in the ICU, for that it has done an integrative review, using the CINAHL database. It has gotten twenty five

articles for analysis, making categories: 1) Emphasis on technical vision to the detriment of humanity, with prioritization of technical skills as well as unprepared to receive and welcome families, and 2) Organization's environment ICU with the limitations in associated hospitals with internal policies. It conclude that, to occur a change and better acceptance of family environment in the ICU by nursing professionals, it is essential their awareness and training about the importance of family presence for the hospitalized patient.

Descriptors: *Nursing. Intensive Care Units. Family.*

Title: *Difficulties for family presence in Intensive Care Units*

INTRODUÇÃO

As enfermeiras podem não estar reconhecendo suficientemente o valor e a importância dos cuidados aos familiares de pessoas hospitalizadas, sendo algumas das suas justificativas, o ritmo acelerado de trabalho, a falta de tempo e a própria organização da unidade⁽¹⁾.

Especificamente em relação às UTIs, essa dificuldade de aproximação pode ter, como um de seus fatores agravantes, a quantidade, a qualidade e a complexidade da tecnologia empregada no cuidado, tornando-se necessário “vencer a tradicional autoridade dos profissionais da saúde que dominam o saber técnico-biológico e as regras estabelecidas, tão relevantes para o atendimento nesse âmbito, sendo, porém, insuficientes para aproximar o trabalhador da família, no sentido de tornar mais humana a internação na UTI”^(2:48).

A tecnologia, no entanto, deveria ser entendida como um meio para favorecer as relações dos profissionais prestadores de cuidado na UTI com as pessoas hospitalizadas e seus familiares, pois lhes proporcionam maior disponibilidade de tempo, que poderia ser direcionado a uma atenção humanizada, com maior envolvimento e comprometimento para ouvir aqueles que estão necessitando de apoio para enfrentar a situação de estarem internados ou de ter um familiar internado na UTI.

O afastamento da pessoa hospitalizada do convívio com sua família torna-se fonte de sofrimento mútuo, agravado pelo reduzido período de tempo permitido para a realização de visitas e de permanência dos familiares na UTI. Esse isolamento e separação da pessoa hospitalizada do meio familiar podem ser fatores geradores de estresse e insegurança tanto para si como para sua família⁽³⁾.

Nesta perspectiva, é fundamental que os profissionais da saúde construam uma relação com os familiares que lhes possibilite aprender a lidar com a situação dolorosa, a partir dos recursos existentes na UTI. Para tanto, mostra-se relevante o reconhecimento de que ambos, família e equipe, objetivam a recuperação da pessoa hospitalizada e que a troca de informações e experiências poderá refletir-se em uma assistência ética, humana e tecnicamente competente⁽²⁾.

Assim, considerando-se a importância da assistência de enfermagem incluir a família no cuidado a ser prestado, o que compreende a sua presença na UTI, este estudo objetivou conhecer como as dificuldades relacionadas à presença da família da pessoa hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva se apresentam no conhecimento produzido na Enfermagem na base de dados CINAHL.

METODOLOGIA

Optou-se por realizar uma revisão integrativa visto que é um método que agrupa os resultados de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico⁽⁴⁾.

Foram adotadas as cinco etapas propostas para uma revisão integrativa^(4,5). Na primeira etapa, formulação e identificação do problema, foi desenvolvido um aprofundamento teórico, a partir de leituras de materiais produzidos na literatura nacional e internacional, acerca da temática da presença da família na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), elaborando-

se a questão de pesquisa: quais as dificuldades da presença da família da pessoa hospitalizada na UTI?

Já na segunda, coleta de dados, foram realizadas buscas, pela pesquisadora, na base de dados CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), durante os meses de fevereiro, março e abril de 2010, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECs): enfermagem, unidades de terapia intensiva, família. Como critérios de inclusão, estabeleceu-se: o período de publicação de 2000 a 2009; serem redigidos nos idiomas espanhol, inglês e português; enfocarem unidades de terapia intensiva; com a autoria, no mínimo de um enfermeiro, e haver acesso ao texto completo, apresentando resumo para primeira análise.

Na terceira etapa, avaliação dos dados, os artigos foram avaliados quanto à aderência à temática e a afinidade à questão de pesquisa, obtendo-se um total de vinte e cinco (25) artigos para análise. A quarta etapa, análise e interpretação dos dados, contemplou as sub-etapas: redução, visualização e comparação dos dados e verificação e esboço da conclusão⁽⁴⁾. Na redução dos dados, foram empregados sistemas para a sua organização, relacionando o nome dos autores; nome do periódico; título; idioma; procedência; ano de publicação; objetivos; abordagem utilizada; tipo de estudo; método de coleta de dados; sujeitos; e tipo de análise.

Na visualização dos dados, esses foram agrupados em quadro expositivo. A etapa de comparação dos dados envolveu sua análise a fim de identificar padrões, temas e especificidades nos artigos selecionados. Já a verificação e o esboço da conclusão exigiram esforço interpretativo e níveis mais elevados de abstração para agrupar os dados e reuni-los de maneira integrada, facilitando, assim, a apresentação dos resultados.

E, por fim, na última etapa, apresentação dos dados, foram elaboradas as conclusões do estudo, juntamente com as inquietações e reflexões acumuladas durante o seu transcorrer.

RESULTADOS

Na análise dos 25 artigos selecionados, observa-se que houve a preponderância de publicações em periódicos estrangeiros (24), sendo que quatorze deles são procedentes dos Estados Unidos; desse modo, o idioma predominante foi o inglês. O periódico com maior número de artigos publicados, nesse estudo, foi o *Critical Care Nurse* (5). Já em relação ao tipo de abordagem metodológica adotada nos estudos, observa-se o predomínio de estudos qualitativos (17) seguida da abordagem quali-quantitativa (5).

Outro aspecto que se destaca é o ano em que os artigos são publicados, observando-se um aumento nas publicações nos anos de 2008 e 2009, com cinco artigos cada, o que demonstra o aumento no interesse em pesquisar acerca da presença da família na UTI, possivelmente, no intuito de qualificar o cuidado prestado ao usuário, sem esquecer a inclusão da família no seu cuidado⁽⁶⁻⁸⁾.

No quadro 1 são apresentados os artigos selecionados acerca da temática de acordo com a ordem de localização.

AUTORES	PERIÓDICO	TÍTULO	ANO
Siegele P. ⁽⁹⁾	Critical Care Nurse	Enhancing Outcomes in a Surgical Intensive Care Unit by Implementing Daily Goals Tools	2009
Tran C, Medhurst A, O'Connell B. ⁽¹⁰⁾	Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing	Support needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit	2009
Davidson JE. ⁽¹¹⁾	Critical Care Nurse	Family-Centered Care. Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness	2009
Sacco TL, Stapleton MF, Ingersoll GL. ⁽¹²⁾	Critical Care Nurse	Support groups facilitated by families of former patients: creating family-inclusive critical care units	2009
Nelson DP, Plost G. ⁽¹³⁾	Critical Care Nurse	Registered nurses as family care specialists in the intensive care unit	2009
Martins JJ, Nascimento ERP,	Revista Eletrônica de	O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva:	2008

Geremias CK, Schneider DG, Schweitzer G, Neto HM. ⁽¹⁴⁾	Enfermagem	conhecimento de uma equipe multiprofissional	
Fegran L, Fagermoen MS, Helseth S. ⁽¹⁵⁾	Journal of Advanced Nursing	Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units – from closeness to detachment	2008
Cleveland LM. ⁽¹⁶⁾	Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing	Parenting in the neonatal intensive care unit	2008
Turan T, Basbakkal Z, Özbek S. ⁽¹⁷⁾	Journal of Clinical Nursing	Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit	2008
Blanchard D, Alavi C. ⁽¹⁸⁾	Nursing in Critical Care	Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of family	2008
Stayt LC. ⁽¹⁹⁾	Journal of Advanced Nursing	Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units	2007
Coyer F, Courtney M, O'Sullivan J. ⁽²⁰⁾	International Journal of Nursing Practice	Establishing an action research group to explore family-focused nursing in the intensive care unit	2007
Byers JF, Lowman LB, Francis J, Kaigle L, Lutz NH, Waddell T, Diaz AL. ⁽²¹⁾	Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing	A quasi-experimental trial on individualized, developmentally supportive family-centered care	2006
Fegran L, Helseth S, Slettebo A. ⁽²²⁾	Nursing Ethics	Nurses as moral practitioners encountering parents in neonatal intensive care units	2006
Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. ⁽²³⁾	Nursing in Critical Care	Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses	2006
Aldridge MD. ⁽²⁴⁾	Critical Care Nurse	Decreasing parental stress in the pediatric intensive care unit. One unit's experience	2005
Livesay S, Mokracek M, Sebastian S, Hickey J. ⁽²⁵⁾	Journal of Nursing Care Quality	Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care unit	2005

Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott D. ⁽²⁶⁾	Nursing Forum	Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs	2005
Williams CMA. ⁽²⁷⁾	Nursing in Critical Care	The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry	2005
Söderström IM, Benzein E, Saveman BI. ⁽²⁸⁾	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units	2003
Moore KAC, Coker K, Dubuisson AB, Swett B, Edwards WH. ⁽²⁹⁾	Pediatrics	Implementing potentially better practices for improving family- centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges	2003
Ballweg D. ⁽³⁰⁾	Journal of Perinatal e Neonatal Nursing	Implementing developmentally supportive family-centered care in the newborn intensive care unit as a quality improvement initiative	2001
Mcgrath JM. ⁽³¹⁾	Journal of Perinatal e Neonatal Nursing	Building relationships with families in the NICU: exploring the Guarded Alliance	2001
Giuliano KK, Giuliano AJ, Bloniasz E, Quirk PA, Wood J. ⁽³²⁾	Nursing Management	Families First. Liberal visitation policies may be in patients' best interest.	2000
Ramsey P, Cathelyn J, Gugliotta B, Glenn LL. ⁽³³⁾	Nursing Management	Restricted versus open ICUs	2000

Quadro 1 – Descrição dos artigos selecionados para análise no período de 2000 a 2009 de acordo com autores, periódico, título e ano. Rio Grande, RS, 2011.

As dificuldades identificadas para a presença da família da pessoa hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva foram sistematicamente organizadas nas seguintes categorias: I) Ênfase na visão tecnicista em detrimento da humanista; II) Organização do ambiente da UTI, o que será apresentado a seguir.

Ênfase na visão tecnicista em detrimento da humanista

A gravidade da saúde da pessoa hospitalizada, sua necessidade de cuidados complexos e a utilização de diferentes aparatos tecnológicos, fazem do tecnicismo a visão predominante no ambiente de Terapia Intensiva^(14,28). Nesta perspectiva, a equipe de enfermagem prioriza o uso do tempo no desenvolvimento de suas habilidades técnicas, em detrimento do estabelecimento de relações, como o acolhimento ou para identificar as necessidades que a pessoa hospitalizada gostaria de ter atendidas^(14,28), o que favorece o distanciamento, a indiferença, a incompreensão e a insensibilidade nas relações, também com os familiares⁽²⁸⁾, conduzindo a um modo de cuidar pautado predominantemente pela racionalidade⁽¹⁴⁾.

Deste modo, no intuito de suprir dúvidas e medos, decorrentes das observações que realizam, os familiares procuram a equipe de enfermagem, numa tentativa de ampliar seu conhecimento sobre o ambiente em que seu familiar se encontra internado, bem como para tentar diminuir a ansiedade que sentem^(19,20). Já os profissionais da enfermagem sentem-se vigiados pelos familiares^(14,20,28,29,32), e receosos de que suas possíveis falhas fiquem evidentes para a família, assim como sua falta de confiança, de compreensão e de habilidade clínica para lidar com as necessidades da pessoa hospitalizada na UTI^(19,20).

Assim, os trabalhadores da enfermagem demonstram receio em se aproximar da família, pois desconhecem como suprir suas necessidades, por se expressarem de um modo predominantemente técnico, tendo dificuldades acerca do que falar e quando falar; além disso, não se sentem preparados para as possíveis consequências de sua intervenção^(14,15,19,28). Nesta perspectiva, os profissionais da enfermagem apresentam resistência em desenvolver uma comunicação efetiva com os familiares⁽¹⁷⁾, tentando se auto preservar de um possível envolvimento com a família^(14,19).

Organização do ambiente da UTI

A equipe de enfermagem e a equipe médica, a partir do seu conhecimento, do *status* que ocupam na UTI e do seu discurso, definem normas, rotinas e condutas que acreditam ser as mais corretas, o que inibe possíveis manifestações adversas dos familiares^(28,29).

Algumas vezes, a equipe de enfermagem, por não considerar os familiares preparados para participarem do cuidado em UTI, principalmente, quando se tratam de recém-nascidos e crianças, busca proteger a pessoa hospitalizada, limitando a participação do familiar no cuidado, bem como a frequência do seu contato⁽¹⁶⁾. Esse fato gera um conflito entre a equipe e a família, pois essa quer (re) assumir o seu papel na vida da pessoa hospitalizada, enquanto os profissionais, reconhecidos como os detentores do conhecimento naquela unidade, julgam e definem qual o momento e como deve ser essa (re) aproximação^(28,33).

Os profissionais da enfermagem na UTI referem dificuldades associadas à gestão de tarefas complexas, garantindo a segurança da pessoa hospitalizada, concomitantemente ao atendimento das diferentes necessidades dos familiares^(26,33). Possíveis distrações decorrentes da atenção às necessidades da família podem interromper ou até retardar o atendimento à pessoa hospitalizada, especialmente, no início de novas terapêuticas, em avaliações clínicas, principalmente, quando se trata de avaliações neurológicas^(13,19,23,25).

Ainda a falta de privacidade das pessoas hospitalizadas na UTI, decorrente da organização dos leitos, não separados em boxes individuais, é considerada um empecilho para a presença da família na UTI^(26,30). Torna-se difícil acomodar a família com respeito e dignidade, próxima ao leito da pessoa hospitalizada, tanto pela falta de privacidade dos demais pacientes, como também pela falta de espaço, o que pode comprometer a dinâmica do funcionamento da unidade, muitas vezes, dificultando o atendimento de intercorrências^(26,30).

Assim, as UTIs, em cada instituição de saúde, possuem sua política de visitação, com normas e rotinas próprias, de acordo com suas especificidades e necessidades. No entanto, por

vezes, ocorrem diferenças na aplicação dessas normas e rotinas entre as equipes de trabalho de uma mesma UTI, ou na própria equipe, a partir das suas crenças, valores e necessidades^(15,19,25), comprometendo a sincronia nas informações disponibilizadas acerca das condições clínicas da pessoa hospitalizada, o que pode ser importante causa de estresse e ansiedade na família^(25,29). A diversidade no modo de agir dos profissionais da enfermagem pode comprometer a sua credibilidade frente à família, no que diz respeito ao cuidado do seu familiar, especialmente em UTI, onde os cuidados são de extrema complexidade⁽²⁹⁾.

DISCUSSÃO

Atualmente, o sistema de saúde encontra-se em conflito de valores e identidade, em que o processo e a tecnociência parecem ser valorizados em detrimento do indivíduo⁽⁷⁾. Diante disso, esse mesmo sistema está tentando implementar em suas Políticas de Saúde, especialmente na Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS, a necessidade de que o cuidado a ser prestado aos indivíduos ultrapasse a dimensão técnica e englobe uma assistência individualizada e humanizada à pessoa hospitalizada e sua família⁽³⁴⁾, o que requer não apenas mudanças institucionais, organizacionais mas, principalmente, no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde.

Neste sentido, frequentemente, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente tecnicamente perfeito, porém pobre quanto ao cuidado humanizado^(7,35), em especial, no que se refere à relação de aproximação e acolhimento estabelecida com os familiares. A mudança é importante a fim de que esses se sintam com coragem e à vontade para expressar suas dúvidas, questionamentos e possam ser esclarecidos em uma linguagem compreensível. Torna-se necessário que os trabalhadores de enfermagem desenvolvam seus procedimentos e ações com sensibilidade, empatia, atenção para com o outro, para somente então ser caracterizado como cuidado humanizado e não apenas obrigação⁽³⁶⁾.

Assim, apesar de a UTI ser um ambiente diferente de outras unidades hospitalares, parece que os trabalhadores não se comprometem suficientemente com a humanização da assistência, o que pode ser expresso pelo relacionamento entre as enfermeiras, as pessoas hospitalizadas e seus familiares, requerendo o questionamento e a revisão de normas organizacionais, por vezes, rígidas e tradicionalmente instituídas.

Nesta perspectiva, destaca-se, também, que se o cuidado continuar sendo mecanizado e pouco comprometido, a desvalorização da assistência humanizada continuará crescendo dentro dos ambientes hospitalares, principalmente nas UTIs⁽³⁵⁾.

Para que essa situação seja revertida, torna-se necessário que a equipe de enfermagem esteja sensibilizada e instrumentalizada para cuidar de modo humanizado a pessoa hospitalizada e, também, a sua família⁽⁶⁾, o que pode implicar a aceitação de um olhar mais próximo e mais vigilante dessa família. Neste sentido, faz-se necessária a criação de programas de capacitação para a equipe de enfermagem sobre cuidado humanizado, enfocando, principalmente, o cuidado à família da pessoa hospitalizada^(6,7,35), sua presença com um tempo ampliado no ambiente da UTI e as contribuições decorrentes para a própria equipe, para a família e para os usuários⁽³⁷⁾.

Os profissionais da enfermagem necessitam estar abertos para uma nova mentalidade e um novo olhar, para acolher, escutar os sentimentos e angústias dos familiares, bem como orientá-los no intuito de que a realidade em que se encontram inseridos seja exposta, mas, principalmente, entendida⁽³⁸⁾, implicando, também, a sua compreensão e aceitação de possíveis fragilidades e inseguranças detectadas na equipe de enfermagem, no cotidiano do seu trabalho.

Desse modo, o cuidado à família demanda conhecer suas possíveis necessidades de cuidado, identificando suas forças e dificuldades. Somente assim, o profissional de enfermagem, aliado ao seu saber técnico, científico e humanístico, poderá ajudar a família

diante da internação na UTI, favorecendo o atendimento de suas necessidades e a de seus membros hospitalizados^(6,7).

Diante disso, torna-se indispensável para o sucesso dos programas de capacitações, que esses sejam baseados no diálogo e não apenas em visar o controle do comportamento do indivíduo para atender a objetivos preestabelecidos. Mostra-se ainda presente, em algumas instituições hospitalares, principalmente públicas, a prática do não reconhecimento dos direitos e responsabilidades das famílias, o que condiz com uma postura ainda autoritária da equipe de enfermagem^(6,8,39).

Nesse sentido, os profissionais da enfermagem precisam reconhecer que a família é detentora de um saber acerca da pessoa hospitalizada, o qual deve ser valorizado, considerado e, principalmente, respeitado^(7,39).

Por outro lado, no que diz respeito ao tempo de cuidado dispensado à família, esse é dificultado pelo número excessivo de procedimentos e tarefas que a pessoa hospitalizada na UTI demanda, bem como pela frequente carência de profissionais da enfermagem nas instituições e pelas inúmeras responsabilidades burocráticas que competem ao enfermeiro^(6,8,40). Isso demonstra a necessidade de uma reorganização também em nível institucional, de modo que mais profissionais da enfermagem sejam contratados para que um cuidado integral e humanizado à pessoa hospitalizada e sua família aconteça, além da garantia de que a segurança da pessoa hospitalizada será mantida.

Como identificado nesse estudo, a organização física das UTIs não favorece a privacidade das pessoas hospitalizadas; muitas vezes, o espaço é pequeno para o atendimento de intercorrências, como também não há um local em separado para receber as famílias, o que dificulta o processo de aproximação e interação com e entre eles⁽⁸⁾. A estrutura comumente adotada em muitas UTIs é arcaica e prioriza a conveniência e o conforto apenas dos profissionais da saúde^(7,40), o que requer modificações organizacionais e físicas, decorrentes

do desejo de mudanças dos próprios profissionais de saúde e de enfermagem em ter uma maior presença da família no ambiente da UTI.

Quanto às informações dispensadas aos familiares das pessoas hospitalizadas na UTI, torna-se necessário que essas sejam claras e de fácil entendimento, mas principalmente semelhantes, evitando informações ambíguas e conflitantes que podem fazer com que a internação na UTI se torne um período ainda mais estressante para as famílias daqueles que se encontram internados⁽⁴⁰⁾. Para que isso aconteça, os profissionais da enfermagem que atuam nas UTIs necessitam de estímulo e apoio dos gestores dos serviços e dos demais profissionais que atuam interdisciplinarmente^(7,38,41).

Nesta perspectiva, mudanças organizacionais precisam ser realizadas através de investimentos financeiros, mas, principalmente, é necessária a mobilização da equipe para que haja uma mudança cultural dos seus membros acerca da importância de melhor adequar o ambiente da UTI a fim de facilitar e priorizar a humanização da assistência aos usuários e seus familiares^(6,40,41).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos achados obtidos nesse estudo, foi possível constatar a necessidade de serem repensados, pelos profissionais da enfermagem, os conceitos que permeiam a construção do seu modo de pensar e agir, pois além das competências técnicas, do conhecimento científico, existe um compromisso social, o que significa atingir um cuidado integral à pessoa hospitalizada, em sua singularidade e envolvendo a sua família. Diante disso, é necessário entender que, no contexto das UTIs, a tecnologia e a humanização precisam estar articuladas no intuito de alcançar a integralidade da assistência.

Além disso, verificou-se a necessidade de capacitação e sensibilização dos profissionais de enfermagem para acolherem e cuidarem dos familiares da pessoa hospitalizada na UTI, bem como a existência de limitações nas instituições hospitalares acerca

de políticas internas sobre a inclusão da família na assistência a ser prestada. Torna-se necessário ampliar os valores priorizados no cuidado prestado pelas equipes de enfermagem em UTI, considerando o respeito e a valorização dos saberes dos outros como pontos essenciais na busca pela humanização.

Enfatiza-se a importância de uma comunicação clara, fácil, objetiva e verdadeira entre os profissionais da enfermagem, a pessoa hospitalizada e a família, para que seja favorecida a criação de vínculos entre esses, possibilitando um cuidado humanizado.

Finalmente, destaca-se que, neste estudo, foram analisados apenas artigos publicados em inglês, português e espanhol, existindo a possibilidade de que outros relevantes não tenham sido incluídos na amostra dos artigos selecionados. Outra limitação refere-se à falta de publicações nacionais, na base de dados CINAHL, acerca das dificuldades da presença da família na UTI, para um conhecimento mais aprofundado sobre as deficiências que inviabilizam a presença da família na UTI na realidade brasileira, assim como para identificar aproximações e afastamentos de outras realidades.

Espera-se que esses achados possam favorecer o desenvolvimento de estudos acerca do acolhimento à família, sua inserção no ambiente da UTI como elemento a ser cuidado, para que trocas de experiências existam, bem como possibilitem uma assistência mais humanizada a família e à pessoa que se encontra ali internada.

REFERÊNCIAS

1. Molina RCM, Bercini LO, Varela PLR, Marcon SS, Castilho SA. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. *Esc Anna Nery*. 2007; 11 (3): 437-444.
2. Urizzi F. Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
3. Barlem ELD, Rosenhein DPN, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. *Rev Eletr Enf*. 2008; 10 (4): 1041-1049.

4. Cooper HM. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Rev Educ Res.* 1982; 52 (2): 291-302.
5. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005; 52 (5): 546-553.
6. Elsen I, Souza AIJ, Prospero ENS, Barcellos WBE. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. *Cienc Cuid e saúde.* 2009; 8 (Supl.): 11-22.
7. Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M (orgs.) *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico.* São Paulo: Manole; 2010.
8. Ruedell LM, Beck CLC, Silva RM, Lisboa RL, Prochnow A, Prestes FC. Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em unidade de tratamento intensiva: estudo bibliográfico. *Cogitare Enferm.* 2010; 15 (1): 147-152.
9. Siegele P. Enhancing Outcomes in a Surgical Intensive Care Unit by Implementing Daily Goals Tools. *Crit Care Nurse.* 2009; 29 (6): 58-70.
10. Tran C, Medhurst A, O'Connell B. Support needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit. *Neon Paed Child Health Nurs.* 2009; 12 (2): 12-17.
11. Davidson JE. Family-Centered Care. Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Crit Care Nurse.* 2009; 29 (3): 28-34.
12. Sacco TL, Stapleton MF, Ingersoll GL. Support groups facilitated by families of former patients: creating family-inclusive critical care units. *Crit Care Nurse.* 2009; 29 (3): 36-45.
13. Nelson DP, Plost G. Registered nurses as family care specialists in the intensive care unit. *Crit Care Nurse.* 2009; 29 (3): 46-52.
14. Martins JJ, Nascimento ERP, Geremias CK, Schneider DG, Schweitzer G, Neto HM. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Rev Elet Enf.* 2008; 10 (4): 1091-1101.
15. Fegran L, Fegermoen MS, Helseth S. Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units – from closeness to detachment. *J Adv Nurs.* 2008; 64 (4): 363-371.
16. Cleveland LM. Parenting in the neonatal intensive care unit. *J Obst Gynec Neon Nurs.* 2008; 37 (1): 666-691.
17. Turan T, Basbakkal Z, Özbek S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *J Clinic Nurs.* 2008; 17 (1): 2856-2866.
18. Blanchard D, Alavi C. Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of family. *Nurs Crit Care.* 2008; 13 (5): 225-231.
19. Stayt LC. Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *J Adv Nurs.* 2007; 57 (6): 623-630.

20. Coyer F, Courtney M, O'Sullivan J. Establishing an action research group to explore family-focused nursing in the intensive care unit. *International. J Nurs Practice*. 2007; 13 (1): 14-23.
21. Byers JF, Lowman LB, Francis J, Kaigle L, Lutz NH, Waddell T, Diaz AL. A quasi-experimental trial on individualized, developmentally supportive family-centered care. *J Obst Gynec Neon Nurs*. 2006; 35 (1): 105-115.
22. Fegran L, Hekseth S, Slettebo A. Nurses as moral practitioners encountering parents in neonatal intensive care units. *Nurs Ethics*. 2006; 13 (1): 52-64.
23. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care*. 2006; 11 (1): 33-41.
24. Aldridge MD. Decreasing parental stress in the pediatric intensive care unit. One unit's experience. *Crit Care Nur*. 2005; 25 (6): 40-50.
25. Livesay S, Mokracek M, Sebastian S, Hickey J. Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care unit. *J Nurs Care Quality*. 2005; 20 (2): 182-189.
26. Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott D. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. *Nurs Forum*. 2005; 40(1): 18-28.
27. Williams CMA. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nurs Crit Care*. 2005; 10 (1): 6-14.
28. Söderström IM, Benzein E, Saveman BI. Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scand J Car Sciences*. 2003; 17 (1): 185-192.
29. Moore KAC, Coker K, Dubuisson AB, Swett B, Edwards WH. Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. *Pediatrics*. 2003; 111 (4): 450-460.
30. Ballweg D. Implementing developmentally supportive family-centered care in the newborn intensive care unit as a quality improvement initiative. *J Perin Neon Nurs*. 2001; 15 (3): 58-73.
31. Mcgrath JM. Building relationships with families in the NICU: exploring the Guarded Alliance. *J Perin Neon Nurs*. 2001; 15(3): 74-83.
32. Giuliano KK, Giuliano AJ, Bloniasz E, Quirk PA, Wood J. Families First. Liberal visitation policies may be in patients' best interest. *Nurs Manage*. 2000; 31 (5): 46, 48, 50.
33. Ramsey P, Cathelyn J, Gugliotta B, Glenn LL. Restricted versus open ICUs. *Nurs Manage*. 2000; 31 (1): 42-44.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2004.
35. Schneider CC, Bielemann VLM, Sousa AS, Quadros LCM, Kantorski LP. Comunicação na Unidade de Tratamento Intensivo, importância e limites – visão da enfermagem e familiares. *Cienc Cuid e saúde*. 2009; 8 (4): 531-539.
36. Nascimento KC, Erdmann AL. Cuidado transpessoal a seres humanos em unidade crítica. *Rev Enf UERJ*. 2006; 14 (3): 133-141.
37. Zacarias CC, Lunardi VL. Presença da família na Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa [dissertação]. Rio Grande: Escola de Enfermagem da FURG, Universidade Federal do Rio Grande; 2011.
38. Marcon SS, Radovanovic CAT, Salci MA, Carreira L, Haddad ML, Faquinello P. Estratégias de cuidado a famílias que convivem com a doença crônica em um de seus membros. *Cienc Cuid e saúde*. 2009; 8 (Supl.): 70-78.
39. Góes FGB, La Cava AM. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. *Rev. Eletr. Enf*. 2009; 11 (4): 942-951.
40. Soares M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intens*. 2007; 19 (4): 481-484.
41. Zacarias CC, Silveira RSS, Lunardi VL, Cappellaro J, Pinto SEM, Lunardi Filho WD. Implantação de tecnologias de cuidado em Unidade de Terapia Intensiva aos usuários e seus familiares. *Cienc Cuid e saúde*. 2009; 8 (2): 161-168.

5.2. ARTIGO 2

CONTRIBUIÇÕES DA PRESENÇA DA FAMÍLIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA¹

CONTRIBUTIONS OF FAMILY PRESENCE IN INTENSIVE CARE UNITS

CONTRIBUCIONES DE LA PRESENCIA DE LA FAMILIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Caroline Ceolin Zacarias²
Valéria Lerch Lunardi³

RESUMO

A família constitui-se em um elo fundamental entre o trabalhador da saúde e a pessoa hospitalizada, sendo importante fazer-se presente na vida da pessoa hospitalizada durante sua internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Com o objetivo de conhecer a produção científica acerca das contribuições da presença da família da pessoa hospitalizada na UTI na base de dados CINAHL, realizou-se uma revisão integrativa, com os descritores enfermagem, unidades de terapia intensiva e família. Obtiveram-se 25 artigos para análise, construindo-se, através da análise, as categorias: Contribuições para a equipe; Contribuições para o cuidado da família e Contribuições para o cuidado da pessoa hospitalizada. Constatou-se que, para a família contribuir na recuperação da pessoa hospitalizada, ela precisa ser orientada sobre as rotinas da UTI e sobre o que está acontecendo com o seu familiar, necessitando sentir-se acolhida, respeitada e, também, cuidada.

Palavras-chave: Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva. Família.

ABSTRACT

The family is a bound between the health worker and hospitalized person, it is important to be present in one's life during his stay in hospital Intensive Care Units (ICU) in CINAHL database. In order to know about the scientific contributions of the families' presence of hospitalized people in the ICU, it has done an integrative review, which contained the key words nursing, intensive care units and family. It obtained twenty five articles for checking, making through the analysis the categories: Contributions to the team; Contributions to the

¹ Trabalho originado da dissertação de mestrado intitulada "Presença da Família na Unidade de Terapia Intensiva: revisão integrativa". Formatado segundo as normas da Revista Texto e Contexto Enfermagem (ANEXO 2).

² Enfermeira do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre/RS. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde – NEPEP/FURG. E-mail: enfacarolceolin@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – EENF/FURG, Líder do NEPEP/FURG. Bolsista de Produtividade em Pesquisa/ CNPq. E-mail: vlunardi@terra.com.br

family care and Contributions hospitalized patient care. This work has found that the family contributes to the hospitalized patient recovery, she must be oriented towards the ICU routines and shall know for what is happening with her kinsmen needing to feel welcomed, respected, and also cared for.

Keywords: Nursing. Intensive Care Units. Family.

RESUMEN

La familia es un vínculo clave entre el trabajador de la salud y la persona hospitalizada, es importante quedarse presente en la vida del durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) em la base de datos CINAHL. Con la finalidad de saber acerca de las contribuciones científicas de la presencia de las familias de las personas hospitalizadas en la UCI, se hizo un examen de integración, que contenía la enfermería palabras clave, unidades de cuidados intensivos y la familia. Se obtuvieron veinticinco artículos para su análisis, la construcción a través del análisis, las categorías: Contribuciones para el equipo, la contribución al cuidado de la familia y las contribuciones a la atención del paciente hospitalizado. Se encontró que para la familia contribuya a la recuperación del paciente hospitalizado ella debe estar orientada a acerca de las rutinas de la UCI y también hay que saber lo que está sucediendo con su familiar necesitando sentirse acogida, respetada y cuidada.

Palabras clave: Enfermería. Unidades de Terapia Intensiva. Familia.

INTRODUÇÃO

Qualquer internação hospitalar provoca sensações e sentimentos ambíguos, tais como medo e esperança, dor e alívio, entre outros. Esses sentimentos são demonstrados com maior frequência e intensidade pela pessoa hospitalizada e por seus familiares quando é necessária a internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pois essa unidade é vista, geralmente, como um local frio, desumano, desconhecido, associado à gravidade e, mesmo, à morte.

Neste sentido, a elevação do nível de ansiedade dos familiares, associada à sua falta de estrutura psicológica para oferecer apoio à recuperação da pessoa hospitalizada, pode deixá-la mais apreensiva e agitada⁽¹⁾. Essa ansiedade, algumas vezes, pode ser entendida como desconfiança acerca do trabalho dos profissionais que prestam cuidado naquela unidade, contribuindo para um distanciamento ainda maior entre o familiar e a equipe⁽²⁾.

Assim, torna-se importante que a assistência de enfermagem a ser prestada na UTI também contemple os familiares da pessoa hospitalizada, de modo que suas necessidades sejam percebidas, sendo construídas estratégias para que sejam amenizadas e, se possível, atendidas⁽³⁾.

Deste modo, concordamos com diferentes autores⁽⁴⁻⁶⁾, ao defenderem que a família tem que se fazer presente na vida da pessoa hospitalizada durante sua internação na UTI,

constituindo-se um elo fundamental entre o trabalhador da saúde e a pessoa hospitalizada, favorecendo a compreensão e a transmissão de informações.

Nesta perspectiva, visando melhorar a qualidade da dimensão fundamental do atendimento à saúde – a atenção ao usuário, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o intuito de requalificar os hospitais públicos para que pudessem se tornar organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, com condições de proporcionar o suprimento às expectativas de seus gestores e da população que necessita e tem direito ao cuidado integral, buscando, principalmente, valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em toda assistência à saúde ⁽⁷⁾.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS ⁽⁸⁾ busca garantir os direitos dos usuários e de seus familiares, estimulando que eles se reconheçam como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social.

Portanto, considerando-se a importância da humanização da assistência de enfermagem no cuidado a ser prestado, o que compreende a presença da família na UTI, este estudo objetivou conhecer como as contribuições relacionadas à presença da família na Unidade de Terapia Intensiva se apresentam no conhecimento produzido na Enfermagem na base de dados CINAHL.

METODOLOGIA

Optou-se por realizar uma revisão integrativa visto que é um método que agrupa os resultados de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico ⁽⁹⁾.

Foram adotadas as cinco etapas propostas para uma revisão integrativa ^(9,10). Na primeira etapa, formulação e identificação do problema, foi desenvolvido um aprofundamento teórico, a partir de leituras de materiais produzidos na literatura nacional e internacional, acerca da temática da presença da família na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), elaborando-se a questão de pesquisa: quais as contribuições da presença da família da pessoa hospitalizada na UTI?

Já na segunda, coleta de dados, foram realizadas buscas, pela pesquisadora, na base de dados CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), durante os meses de fevereiro, março e abril de 2010, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECs): enfermagem, unidades de terapia intensiva, família. Como critérios de inclusão, estabeleceu-se: o período de publicação de 2000 a 2009; serem redigidos nos idiomas

espanhol, inglês e português; enfoquem unidades de terapia intensiva; com a autoria, no mínimo, de um enfermeiro, e haver acesso ao texto completo, apresentando resumo para primeira análise.

Na terceira etapa, avaliação dos dados, os artigos foram avaliados quanto à aderência à temática e a afinidade à questão de pesquisa, obtendo-se um total de vinte e cinco (25) artigos para análise. Já a quarta etapa, análise e interpretação dos dados, contemplou as sub-etapas: redução, visualização e comparação dos dados e, verificação e esboço da conclusão ⁽⁹⁾. Na redução dos dados, foram empregados sistemas para a sua organização, relacionando o nome dos autores; nome do periódico; título; idioma; procedência; ano de publicação; objetivos; abordagem utilizada; tipo de estudo; método de coleta de dados; sujeitos; e tipo de análise.

Na visualização dos dados, esses foram agrupados em quadro expositivo. A etapa de comparação dos dados envolveu sua análise a fim de identificar padrões, temas e especificidades nos artigos selecionados. Já a verificação e esboço da conclusão exigiram esforço interpretativo e níveis mais elevados de abstração para agrupar os dados e reuni-los de maneira integrada, facilitando, assim, a apresentação dos resultados.

E, por fim, na última etapa, apresentação dos dados, foram elaboradas as conclusões do estudo, juntamente com as inquietações e reflexões acumuladas durante o seu transcorrer.

RESULTADOS

Na análise dos 25 artigos selecionados, observa-se que houve a preponderância de publicações em periódicos estrangeiros (24), sendo que quatorze deles são procedentes dos Estados Unidos; desse modo, o idioma predominante foi o inglês. O periódico com maior número de artigos publicados, nesse estudo, foi o *Critical Care Nurse* (5). Já em relação ao tipo de abordagem metodológica adotada nos estudos, observa-se o predomínio de estudos qualitativos (17) seguida da abordagem quali-quantitativa (5).

Outro aspecto que se destaca é o ano em que os artigos são publicados, observando-se um aumento nas publicações nos anos de 2008 e 2009, com cinco artigos cada, o que demonstra o crescente interesse em pesquisar acerca da presença da família na UTI, possivelmente, no intuito de qualificar o cuidado prestado ao usuário, sem esquecer a inclusão da família no seu cuidado ⁽¹¹⁻¹³⁾.

Os artigos selecionados estão descritos no quadro 1, de acordo com a ordem de localização, sendo referenciados ao longo do texto por numeração arábica (1, 2, ..., 25).

Quadro 1 – Descrição dos artigos selecionados para análise.

Nº	AUTORES	PERIÓDICO	TÍTULO	ANO
1	Siegele P.	Critical Care Nurse	Enhancing Outcomes in a Surgical Intensive Care Unit by Implementing Daily Goals Tools	2009
2	Tran C, Medhurst A, O'Connell B.	Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing	Support needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit	2009
3	Davidson JE.	Critical Care Nurse	Family-Centered Care. Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness	2009
4	Sacco TL, Stapleton MF, Ingersoll GL.	Critical Care Nurse	Support groups facilitated by families of former patients: creating family-inclusive critical care units	2009
5	Nelson DP, Plost G.	Critical Care Nurse	Registered nurses as family care specialists in the intensive care unit	2009
6	Martins JJ, Nascimento ERP, Geremias CK, Schneider DG, Schweitzer G, Neto HM.	Revista Eletrônica de Enfermagem	O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional	2008
7	Fegran L, Fagermoen MS, Helseth S.	Journal of Advanced Nursing	Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units – from closeness to detachment	2008
8	Cleveland LM.	Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing	Parenting in the neonatal intensive care unit	2008
9	Turan T, Basbakkal Z, Özbek S.	Journal of Clinical Nursing	Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit	2008
10	Blanchard D, Alavi C.	Nursing in Critical Care	Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of family	2008
11	Stayt LC.	Journal of Advanced Nursing	Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units	2007
12	Coyer F, Courtney M, O'Sullivan J.	International Journal of Nursing Practice	Establishing an action research group to explore family-focused nursing in the intensive care unit	2007
13	Byers JF, Lowman LB, Francis J, Kaigle L, Lutz NH, Waddell T, Diaz AL.	Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing	A quasi-experimental trial on individualized, developmentally supportive family-centered care	2006
14	Fegran L, Helseth S, Slettebo A.	Nursing Ethics	Nurses as moral practitioners encountering parents in neonatal intensive care units	2006
15	Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC.	Nursing in Critical Care	Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses	2006
16	Aldridge MD.	Critical Care Nurse	Decreasing parental stress in the pediatric intensive care unit. One unit's experience	2005
17	Livesay S, Mokracek M, Sebastian S, Hickey J.	Journal of Nursing Care Quality	Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care unit	2005
18	Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott	Nursing Forum	Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff	2005

	D.		needs	
19	Williams CMA.	Nursing in Critical Care	The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry	2005
20	Söderström IM, Benzein E, Saveman BI.	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units	2003
21	Moore KAC, Coker K, Dubuisson AB, Swett B, Edwards WH.	Pediatrics	Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges	2003
22	Ballweg D.	Journal of Perinatal e Neonatal Nursing	Implementing developmentally supportive family-centered care in the newborn intensive care unit as a quality improvement initiative	2001
23	Mcgrath JM.	Journal of Perinatal e Neonatal Nursing	Building relationships with families in the NICU: exploring the Guarded Alliance	2001
24	Giuliano KK, Giuliano AJ, Bloniasz E, Quirk PA, Wood J.	Nursing Management	Families First. Liberal visitation policies may be in patients' best interest.	2000
25	Ramsey P, Cathelyn J, Gugliotta B, Glenn LL.	Nursing Management	Restricted versus open ICUs	2000

As contribuições identificadas para a presença da família da pessoa hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva foram sistematicamente organizadas nas seguintes categorias: Contribuições da presença da família da pessoa hospitalizada na UTI para a equipe; Contribuições da equipe da UTI para o cuidado da família; Contribuições da presença da família na UTI para o cuidado da pessoa hospitalizada, o que será apresentado a seguir.

Contribuições da presença da família da pessoa hospitalizada na UTI para a equipe de enfermagem

Os enfermeiros referem que implementar a visita aberta aos familiares de pessoas hospitalizadas em UTIs fortalece seu sentimento de satisfação profissional (15), como também pode contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado a ser prestado por eles (10, 13, 20, 24).

A partir de uma permanência maior dos familiares dentro da UTI, foi possível a criação de um relacionamento aberto e confiante com os profissionais da enfermagem, favorecendo o desenvolvimento do cuidado integral à pessoa hospitalizada, como também a sua família (10, 13, 20, 24).

Contribuições da equipe de enfermagem da UTI para o cuidado da família

A família, estando um maior tempo presente junto à pessoa hospitalizada na UTI, sente-se mais presente/ativa/útil, pois pode implementar seu papel de protetora do seu familiar

internado, o que é tão almejado que lhe seja concedido (3). Para tanto, torna-se necessário que a família seja incluída no cuidado gradualmente, ou seja, que ela vá (re) assumindo o seu papel com pequenas participações diárias no cuidado (7, 14), permitindo, assim, que se sinta cada vez mais segura e capaz de cuidar (7).

A vivência pela família de um modo mais presente na internação da pessoa hospitalizada na UTI favorece o seu processo de aceitação do prognóstico (1, 2), pois ela consegue observar e constatar que está sendo realizado o melhor e/ou o pior para o usuário ali internado (1, 2, 7, 16), podendo melhor decidir, caso seja solicitada, sobre até onde a equipe pode investir (1), bem como fortalecer-se para enfrentar a morte (1, 2, 16).

Além disso, alguns estudos (4, 7) defendem que as famílias de pessoas hospitalizadas na UTI participando do cuidado, juntamente com a equipe de enfermagem, tornam-se mais capazes de antecipar as necessidades do usuário, bem como, planejar de que forma podem facilitar a transição da UTI para a unidade de internação e depois para casa (4, 7).

A família, estando mais presente na UTI, sente que os profissionais da enfermagem lhe proporcionam suporte emocional e segurança (3, 7, 8, 11, 19, 20, 22). Para tanto, torna-se necessário investir na criação de relações terapêuticas entre a equipe de enfermagem e os familiares (11, 22), de modo que os processos de compartilhamento sejam vistos como um elo vital para o desenvolvimento dos profissionais de enfermagem e dos familiares, contribuindo para satisfazer as necessidades de segurança e promover o enfrentamento desse momento de crise que a família e a pessoa hospitalizada diante de uma internação na UTI estão vivenciando (3, 8, 10, 19). Além disso, a permanência da família por um período maior de tempo na UTI favorece que receba mais informações, de forma clara e transparente, como também conheça o prognóstico do paciente (15, 20, 22), o que, conseqüentemente, diminui o seu estresse (9, 10, 15, 16, 22, 24).

Contribuições da presença da família na UTI para o cuidado da pessoa hospitalizada

A família, permanecendo períodos maiores de tempo junto à pessoa hospitalizada na UTI, pode cooperar valiosamente com informações relevantes acerca do usuário, como doenças prévias, histórico familiar, reações medicamentosas, medicações de uso contínuo (1, 3, 15, 19, 20), muitas vezes, aportes importantes para as decisões da equipe de saúde (3, 4, 15, 19, 20). Do mesmo modo, essa permanência ampliada junto à pessoa hospitalizada pode proporcionar-lhe apoio emocional e segurança, aumento na sua vontade de viver, como também tornar sua internação na UTI mais tranquila e menos dolorosa (15, 19, 24), favorecendo sua recuperação.

Já em UTI Neonatal, foi comprovado que o estresse inicial, sinais de atividade de estresse e estresse pós-atividades foram menores em bebês cujos pais permaneceram um maior período de tempo junto a eles (17), sendo constatado que os bebês com os pais presentes apresentaram redução de 15% no uso de vasopressores, e de 8% de sedação (13).

DISCUSSÃO

Os sentimentos de satisfação dos enfermeiros frente à presença da família da pessoa hospitalizada na UTI parecem estar associados à criação de um ambiente de colaboração entre os profissionais e as famílias, de modo que ambos experimentam a confiança mútua, a comunicação efetiva e a cooperação no cuidado ⁽¹⁴⁾. O cuidado prestado pelos trabalhadores de enfermagem passou a ser desenvolvido com maior qualidade, pois discutir, planejar e avaliar as ações de cuidado, juntamente com a família, possibilita focar no bem-estar e no adequado tratamento da pessoa hospitalizada, além de ajudar a família a enfrentar a doença e a internação na UTI ⁽¹¹⁾, o que também foi evidenciado nesse estudo.

Desse modo, torna-se necessário evitar ações verticalizadas, incorporando, permanentemente, no dia a dia, processos de reflexão, interpretação e construção juntamente com a família da pessoa hospitalizada.

No que se refere às *contribuições para o cuidado da família*, a sua permanência junto ao familiar hospitalizado na UTI proporciona o envolvimento da família no processo saúde-doença ⁽¹¹⁾, facilitando, assim, a organização e a implementação de suas funções e papéis, contribuindo para o cuidado de si e da pessoa hospitalizada, o manejo de sentimentos confusos e dolorosos exacerbados pelo processo de adoecimento, geralmente grave, e a melhor aceitação do prognóstico ⁽¹⁵⁾.

Para tanto, torna-se necessário que a equipe de enfermagem se aproxime da família da pessoa hospitalizada na UTI, permitindo que ela verbalize seus sentimentos, dúvidas e problemas, de modo que ocorra uma comunicação adequada, possibilitando aos familiares sentirem satisfação e segurança com o cuidado que está sendo prestado ⁽¹⁵⁾. Desse modo, o uso de uma conduta interativa transforma a relação entre a equipe de enfermagem e a família, bem como fortalece vínculos de confiança e reduz o estresse ^(13,16). Mostra-se necessário, ainda, reconhecer e compreender que o ser humano é um ser único, individual e capaz de reagir de diferentes formas às situações vivenciadas, para somente então, buscar construir ambientes saudáveis e mais humanizados.

No que se refere às *contribuições para o cuidado da pessoa hospitalizada*, a presença da família possibilita estímulos positivos que se refletem na melhora do estado geral, tornam o ambiente da UTI menos agressivo e estressante, além de contribuírem para o fortalecimento

dos laços afetivos, de compreensão acerca da situação vivenciada, amor, cuidado e esperança^(14,17). Diferentemente, o afastamento prolongado da pessoa hospitalizada de sua família pode trazer distúrbios que irão influenciar o desenvolvimento mental, social e físico do usuário⁽¹⁸⁾, podendo refletir-se na sua recuperação.

Neste sentido, evidencia-se a importância da defesa dos direitos das pessoas hospitalizadas e de seus familiares por parte da enfermagem, havendo a necessidade de um maior comprometimento com estes, resgatando, assim, os aspectos emocionais e de sensibilização defendidos pelos profissionais na busca pela humanização do cuidado em UTI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desse estudo confirmam que a presença da família por um período maior de tempo junto à pessoa hospitalizada na UTI, colabora na sua assistência integral, facilita sua adaptação à hospitalização e ao tratamento, assim como pode contribuir para a implementação de ações terapêuticas e de cuidado, promovendo melhores respostas terapêuticas.

Faz-se importante destacar a necessidade dos profissionais da enfermagem refletirem acerca do cuidado disponibilizado à pessoa hospitalizada, visto que, junto a ela, existe uma família que está vivenciando com sofrimento esse processo de saúde-doença e que também precisa de cuidado e atenção, o que poderá aperfeiçoar e qualificar o cuidado prestado à pessoa hospitalizada.

Envolver a família no cuidado e cuidá-la torna-se fundamental para a sua qualidade de vida, assim como para a dos trabalhadores da equipe de enfermagem na UTI e a do usuário que se encontra internado.

Finalmente, destaca-se que, neste estudo, foram analisados apenas artigos publicados em inglês, português e espanhol, existindo a possibilidade de que outros estudos relevantes não tenham sido incluídos na amostra dos artigos selecionados. Outra limitação refere-se à falta de publicações nacionais acerca das contribuições da presença da família na UTI, na base de dados CINAHL, para um conhecimento mais aprofundado na realidade brasileira, assim como para identificar aproximações e afastamentos de outras realidades.

Sugere-se que questões referentes ao acolhimento da família na UTI e a sua inserção neste ambiente sejam aprofundadas e investigadas na realidade brasileira, bem como sejam incorporadas na prática profissional, na formação dos trabalhadores de enfermagem e da área da saúde, considerando-se os benefícios que a presença da família da pessoa hospitalizada na UTI proporciona.

Espera-se que os resultados aqui apresentados instiguem outros profissionais da saúde, principalmente da enfermagem, a explorar as contribuições que a família possibilita para a

pessoa hospitalizada em UTI, como também possam auxiliar na capacitação dos trabalhadores da enfermagem para o acolhimento à família no ambiente da UTI e para sua inserção neste espaço como elemento a ser cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Lemos RCA, Rossi LA. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2002; 10 (3): 345-357.
2. Leske JS. Interventions to decrease family anxiety. *Critical Care Nurse*. 2002; 22(6): 61-65.
3. Zacarias CC, Silveira RSS. *Relações Interpessoais entre Trabalhadores da Saúde e Familiares na UTI do HU – FURG*. 2008. [monografia]. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande – FURG; 2008.
4. Ferrioli DR, Acosta LS, Gomes GC, Lunardi Filho WD. Cuidando de famílias de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. *Fam. Saúde Desenv*. 2003; 10 (3): 193-202.
5. Silveira RS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14 (esp.): 125-130.
6. Bolela F, Jericó MC. Unidades de Terapia Intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2006; 10 (2): 1-12.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília; 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília; 2004.
9. Cooper HM. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Review of Educational Research*. 1982; 52 (2): 291-302.
10. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 52 (5): 546-553.
11. Elsen I, Souza AIJ, Prospero ENS, Barcellos WBE. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. *Cienc Cuid e saúde*. 2009; 8 (Supl.): 11-22.
12. Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M. (orgs.) *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. São Paulo: Manole: 2010.
13. Ruedell LM, Beck CLC, Silva RM, Lisboa RL, Prochnow A, Prestes FC. Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em unidade de tratamento intensiva: estudo bibliográfico. *Cogitare Enfermagem*. 2010; 15 (1): 147-152.
14. Góes FGB, La Cava AM. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. *Rev. Eletr. Enf*. 2009; 11 (4): 942-951.
15. Marcon SS, Radovanovic CAT, Salci MA, Carreira L, Haddad ML, Faquinello P. Estratégias de cuidado a famílias que convivem com a doença crônica em um de seus membros. *Cienc Cuid e saúde*. 2009; 8 (Supl.): 70-78.
16. Schneider CC, Bielemann VLM, Sousa AS, Quadros LCM, Kantorski LP. Comunicação na Unidade de Tratamento Intensivo, importância e limites – visão da enfermagem e familiares. *Cienc Cuid e saúde*. 2009; 8 (4): 531-539.
17. Gomes GC, Erdmann AL, Busanello J. Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. *Rev. Enferm. UERJ*. 2010; 18 (1): 143-147.
18. Beccaria ALM. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arq Cienc Saúde*. 2008; 15 (2): 65-69.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo possibilitou conhecer como a presença da família da pessoa hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva se apresenta no conhecimento produzido na Enfermagem, na base de dados CINAHL.

Através de uma revisão integrativa, contemplando buscas na base de dados da CINAHL, obteve-se um total de 25 artigos para análise.

Numa primeira análise, foi realizada a caracterização dos artigos, sendo analisados a partir de alguns indicadores: autores, periódicos, abordagem metodológica, amostra, idioma, país de origem do estudo, ano de publicação, resultados e conclusões. Nesta primeira etapa, foi possível perceber que os artigos foram publicados, predominantemente, em periódicos estrangeiros e em inglês. Constatou-se, também, o maior número de publicações recentes, a maioria nos anos de 2008 e 2009. Já em relação ao tipo de abordagem metodológica adotada nos estudos, observou-se o predomínio da abordagem qualitativa, com 17 publicações; seguida da abordagem quali-quantitativa, com cinco publicações.

Após a análise e interpretação dos dados coletados, categorias foram evidenciadas, elaborando-se dois artigos intitulados como “Dificuldades para a presença da família na Unidade de Terapia Intensiva” e “Contribuições da presença da família na Unidade de Terapia Intensiva”.

O primeiro artigo enfocou o predomínio da ênfase ao tecnicismo em detrimento do humanismo, identificado pela priorização, dos profissionais da Enfermagem, ao desenvolvimento de habilidades técnicas, bem como pelo seu despreparo para receber e acolher as famílias na Unidade de Terapia Intensiva. Foi possível constatar a necessidade de serem repensados conceitos, pois além de competências técnicas, do conhecimento científico, existe um compromisso social, o que significa atingir um cuidado integral à pessoa hospitalizada, em sua singularidade e a sua família, tornando-se indispensável entender que, no contexto das UTIs, a tecnologia e a humanização devem ser implementadas conjuntamente no intuito de alcançar a integralidade da assistência.

Além disso, verificou-se a necessidade de capacitação dos profissionais da enfermagem para acolher e cuidar dos familiares da pessoa hospitalizada na UTI,

bem como a existência de limitações nas instituições hospitalares acerca de políticas internas sobre a inclusão da família na assistência a ser prestada.

Já no segundo artigo, foram apresentadas contribuições da presença da família na UTI para a equipe de enfermagem, através da sua satisfação em reconhecer que está também cuidando da família; contribuições no cuidado à família por possibilitar que ela reassuma seu papel diante da pessoa hospitalizada, com redução do seu estresse e fortalecimento do sentimento de segurança e confiança de que o seu familiar internado está sendo cuidado com atenção, com menor sofrimento na aceitação do prognóstico; contribuições no cuidado da pessoa hospitalizada, através da melhoria na comunicação de informações relevantes, com a manutenção do vínculo afetivo e a redução do estresse dos usuários.

Assim, frente aos achados desse estudo, confirma-se que a presença da família por um período maior de tempo junto à pessoa hospitalizada na UTI, colabora na sua assistência integral, facilita sua adaptação à hospitalização e ao tratamento, assim como pode contribuir para a implementação de ações terapêuticas e de cuidado, promovendo melhores respostas terapêuticas.

Faz-se importante destacar a necessidade dos profissionais da saúde, principalmente da enfermagem, refletirem acerca do cuidado disponibilizado à pessoa hospitalizada, visto que, junto a ela, existe uma família que está vivenciando com sofrimento esse processo de saúde-doença e que também precisa de cuidado e atenção, o que poderá aperfeiçoar e qualificar o cuidado prestado à pessoa hospitalizada.

Desse modo, envolver a família no cuidado e cuidá-la torna-se fundamental para a sua qualidade de vida, assim como para a dos trabalhadores da equipe de enfermagem na UTI e da pessoa que se encontra internado.

Destaca-se que, neste estudo, foram analisados apenas artigos publicados em inglês, português e espanhol, existindo a possibilidade de que outros relevantes não tenham sido incluídos na amostra dos artigos selecionados. Outra limitação do estudo refere-se à falta de publicações nacionais acerca da temática presença da família na UTI, na base de dados CINAHL, para um conhecimento mais aprofundado sobre as contribuições de sua presença na realidade brasileira, assim como para identificar aproximações e afastamentos de outras realidades.

Sugere-se que questões referentes ao acolhimento da família na UTI e a sua inserção neste ambiente sejam aprofundadas e investigadas na realidade brasileira,

bem como sejam incorporadas na prática profissional, na formação dos trabalhadores de enfermagem e da área da saúde, considerando-se os benefícios que a presença da família da pessoa hospitalizada na UTI proporciona.

Espera-se que os resultados aqui apresentados instiguem outros profissionais da saúde, principalmente da enfermagem, a explorar as contribuições que a família possibilita para a pessoa hospitalizada em UTI, como também possam auxiliar na capacitação desses trabalhadores para o acolhimento à família e para sua inserção nesse ambiente como elemento a ser cuidado.

Enfim, a utilização do método de revisão integrativa foi adequada e conduziu ao alcance do objetivo proposto. Permitiu que um conhecimento aperfeiçoado e atualizado sobre o tema investigado fosse construído a respeito da presença da família nas UTIs, o que poderá trazer subsídios para a elaboração e desenvolvimento de alternativas e estratégias que possibilitem modificações nos ambientes físicos, nas filosofias das instituições hospitalares e, principalmente, no pensar e agir dos profissionais da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALDRIDGE, M. D. Decreasing parental stress in the pediatric intensive care unit. One unit's experience. **Critical Care Nurse**. v. 25, n. 6, p. 40-50, 2005.

AZOULAY, E. et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. **Am J Respir Crit Care Med**, v.165, n.4, p.438-442. 2002.

BALLWEG, D. Implementing developmentally supportive family-centered care in the newborn intensive care unit as a quality improvement initiative. **Journal Perinatal Neonatal Nursing**. v. 15, n. 3, p. 58-73, 2001.

BAO, A. C. P; SILVEIRA, R. S.; OLIVEIRA, C. A. **Manual de ajuda aos familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**. Rio Grande, 2007.

BARLEM, E. L. D.; ROSENHEIN, D. P. N.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, n. 4, p. 1041-1049, 2008.

BECCARIA, L. M. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. **Arq. Ciência Saúde**. v. 15, n. 2, p. 65-69, 2008.

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II – Buscando as evidências em fontes de informação. **Revista Associação Médica Brasileira**. v. 50, n.1, p. 104-108, 2004.

BLANCHARD, D.; ALAVI, C. Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of family. **Nursing in Critical Care**. v. 13, n. 5, p. 225-231, 2008.

BOLELA, F.; JERICÓ, M. C. Unidades de Terapia Intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 10, n. 2, p. 1-12, ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

BROOME, M.E. Integrative literature reviews in the development of conceptions. In: RODGERS, B.L.; KNALF, K.A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W.B Saunders Company, 1993.p.193-215.

BYERS, J. F. et al. A quasi-experimental trial on individualized, developmentally supportive family-centered care. **Journal Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**. v. 35, n. 1, p. 105-115, 2006.

CAETANO, E. **O internamento em hospitais: elementos tecnológicos**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

CEMBRANELLI, F. **Por que um programa de humanização nos hospitais?** 2002. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=116&Texto=cembranelli>>. Acesso em: 25 de agosto de 2009.

CLEVELAND, L. M. Parenting in the neonatal intensive care unit. **Journal Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**. v. 37, n. 1. P. 666-691, 2008.

COMASSETO, I. **Vivências de familiares do paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva: estudo fenomenológico**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review Educational Research**. v. 52, n. 2, p. 291-302, 1982.

CORRÊA, A.K. **Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva: em busca do sentido da existência humana**. 2000. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2000.

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

COYER, F.; COURTNEY, M.; O'SULLIVAN, J. Establishing an action research group to explore family-focused nursing in the intensive care unit. International. **Journal Nursing Practice**. v. 13, n. 1, p. 14-23, 2007.

CULLUM, N.; CILISKA, D.; HAYNES, R. B.; MARKS, S. **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução**. Tradução: Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DALMOLIN, G. L. **Sofrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2009.

DAVIDSON, J. E. Family-Centered Care. Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. **Critical Care Nurse**. v. 29, n. 3, p. 28-34, 2009.

ELSEN, I.; SOUZA, A. I. J.; PROSPERO, E. N. S.; BARCELLOS, W. B. E. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 8, n. suplemento, p. 11-22, 2009.

FARRELL, M. E.; JOSEPH, D. H.; SCHWARTZ-BARCOTT, D. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. **Nursing Forum**. v. 40, n. 1, p. 18-28, 2005.

FEGRAN, L.; FEGERMOEN, M. S.; HELSETH, S. Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units – from closeness to detachment. **Journal Advanced Nursing**. v. 64, n. 4, p. 363-371, 2008.

FEGRAN, L.; HELSETH, S.; SLETTEBO, A. Nurses as moral practitioners encountering parents in neonatal intensive care units. **Nursing Ethics**. v. 13, n.1, p. 52-64, 2006.

FERRIOLI, D. R.; ACOSTA, L.S.; GOMES, G. C.; LUNARDI FILHO, W. D. Cuidando de famílias de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Família, Saúde e Desenvolvimento**. v. 10, n. 3, p. 193-202, set-dez., 2003.

GIULIANO, K. K.; GIULIANO, A. J.; BLONIASZ, E.; QUIRK, P. A.; WOOD, J. Families First. Liberal visitation policies may be in patients' best interest. **Nurs. Manage**. v. 31, n. 5, p. 46, 48, 50, 2000.

GÓES, F. G. B.; LA CAVA, A. M.; Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enf**. v. 11, n. 4, p. 942-951, 2009.

GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L.; BUSANELLO, J. Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 18, n. 1, p. 143-147, 2010.

GOMES, G. C.; PINTANEL, A. C.; STRASBURG, A. C.; ERDMANN, A. L. O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 19, n.1, p. 64-69, 2011.

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 29, n. 4, p. 423-429, 2005.

JUSTO, L. P.; SOARES, B. G. O.; CALIL, H. M. Revisão sistemática, metanálise e medicina baseada em evidências: considerações conceituais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 54, n. 3, p. 242-247, 2005.

LACERDA, A. C.; CARVALHO, A. C. S.; ROCHA, R. M. Acompanhantes no centro de terapia intensiva: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 12, n. 1, p. 18-23, 2004.

LEMONS, R. C. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 10, n. 3, p. 345-357, 2002.

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

LIMA, A. B.; ROSA, D. O. S. O sentido de vida do familiar do paciente crítico. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. v. 42, n. 3, p. 547-553, 2008.

LIVESAY, S.; MOKRACEK, M.; SEBASTIAN, S.; HICKEY, J. Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care unit. **Journal of Nursing Care Quality**. v. 20, n. 2, p. 182-189, 2005.

LUNARDI FILHO, W. D.; NUNES, A. C.; PAULETTI, G.; LUNARDI, V. L. As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensivas gerais. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. v. 6, n.2, p. 100-109, 2004.

MARCO, L. et al. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. **Nursing in Critical Care**. v. 11, n. 1, p. 33-41, 2006.

MARCON, S. S.; RADOVANOVIC, C. A. T.; SALCI, M. A.; CARREIRA, L.; HADDAD, M. L.; FAQUINELLO, P. Estratégias de cuidado a famílias que convivem com a doença crônica em um de seus membros. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 8 (suplem.), p. 70-78, 2009.

MARTINS, J. J.; NASCIMENTO, E. R. P.; GEREMIAS, C. K.; SCHNEIDER, D. G.; SCHWEITZER, G.; NETO, H. M. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, n. 4, p. 1091-1101, 2008.

MARUITI, M. R.; GALDEANO, L. E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 30, n. 1, p. 37-43, 2007.

MCGRATH, J. M. Building relationships with families in the NICU: exploring the Guarded Alliance. **Journal of Perinatal Neonatal Nursing**. v. 15, n. 3, p. 74-83, 2001.

MOLINA, R. C. M.; BERCINI, L. O.; VARELA, P. L. R.; MARCON, S. S.; CASTILHO, S. A. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 11, n. 3, p. 437-444, 2007.

MOORE, K. A. C.; COKER, K.; DUBUISSON, A. B.; SWETT, B.; EDWARDS, W. H. Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. **Pediatrics**. v. 111, n. 4, p. 450-460, 2003.

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Cuidado transpessoal a seres humanos em unidade crítica. **Rev. Enfermagem UERJ**. v. 14, n. 3, p. 133-141, 2006.

NELSON, D. P.; PLOST, G. Registered nurses as family care specialists in the intensive care unit. **Critical Care Nurse**. v. 29, n. 3, p. 46-52, 2009.

NICOLUSSI, A. C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto: revisão integrativa de literatura**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2008.

OLIVEIRA, L. M. A. C.; MUNARI, D. B.; MEDEIROS, M.; BRASIL, V. V. Análise da produção científica brasileira sobre intervenções de enfermagem com a família de pacientes internados em terapia intensiva. **Acta Scientiarum Health Science**, v.27,n.2, p.93-102. 2005.

OLIVEIRA, L. M. A. C. **O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem**. 2006. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

ORLANDO, J. M. **UTI: muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

PADILHA, K. G.; VATTIMO, M. F.F.; SILVA, S. C.; KIMURA, M. (orgs.) **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. São Paulo: Manole, 2010.

RAMSEY, P.; CATHELYN, J.; GUGLIOTTA, B.; GLENN, L. L. Restricted versus open ICUs. **Nurs. Manage**. v. 31, n. 1, p. 42-44, 2000.

ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 14, n. 1, p. 85-92, 2006.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão Integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. v. 3, n. 2, p. 109-112, 1998.

RUEDELL, L. M.; BECK, C. L. C.; SILVA, R. M.; LISBOA, R. L.; PROCHNOW, A.; PRESTES, F. C. Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em unidade de tratamento intensiva: estudo bibliográfico. **Cogitare Enfermagem**. v. 15, n. 1, p. 147-152, 2010.

SACCO, T. L.; STAPLETON, M. F.; INGERSOLL, G. L. Support groups facilitated by families of former patients: creating family-inclusive critical care units. **Critical Care Nurse**. v. 29, n. 3, p. 36-45, 2009.

SCHAURICH, D.; PADOIN, S. M. M. Experienciando um marco conceitual para o cuidado em enfermagem ao ser-familiar e/ou cuidador e ao ser-criança. **Cogitare Enfermagem**. V.8, n.2, p. 34-43, 2003.

SCHNEIDER, C. C.; BIELEMANN, V. L. M.; SOUSA, A. S.; QUADROS, L. C. M.; KANTORSKI, L. P. Comunicação na Unidade de Tratamento Intensivo, importância e limites – visão da enfermagem e familiares. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 8, n. 4, p. 531-539, 2009.

SIEGELE, P. Enhancing Outcomes in a Surgical Intensive Care Unit by Implementing Daily Goals Tools. **Critical Care Nurse**. v. 29, n. 6, p. 58-70, 2009.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Um deslocamento do olhar sobre o conhecimento especializado em enfermagem: debate epistemológico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 16, n. 6, p. 108-114, 2008.

SILVA, S. G. S.; PROCHNOW, A. G.; SANTOS, J. L. G.; GUERRA, S. T.; BARRIOS, S. G. A comunicação entre a equipe de enfermagem e os familiares de pacientes em terapia intensiva: estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 8, n. 2, 2009.

SILVEIRA, R. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D., OLIVEIRA, A. M. N. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto Contexto Enferm**. v. 14 (esp.), p. 125-130, 2005

SILVEIRA, R. S. **A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético**. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Terapia Intensiva**. v. 19, n. 4, p. 481-484, 2007.

SÖDERSTRÖM, I. M.; BENZEIN, E.; SAVEMAN, B. I. Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. **Scandinaviam Journal of Caring Sciences**. v. 17, n. 1, p. 185-192, 2003.

STAYT, L. C. Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. **Journal of Advanced Nursing**. v. 57, n. 6, p. 623-630, 2007.

TRAN, C.; MEDHURST, A.; O'CONNELL, B. Support needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit. **Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing**. v. 12, n. 2, p. 12-17, 2009.

TURAN, T.; BASBAKKAL, Z.; ÖZBEK, S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. **Journal of Clinical Nursing**. v. 17, n. 1, p. 2856-2866, 2008.

URIZZI, F. **Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

URIZZI, F.; CORRÊA, A. K. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**. v. 15, n.4, p. 85-91, 2007.

URIZZI, F.; CARVALHO, L. M.; ZAMPA, H. B.; FERREIRA, G. L.; GRION, C. M. C.; CARDOSO, L. T. Q. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Rev. Bras. Terapia Intensiva**. v. 20, n. 4, p. 370-375, 2008.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. S. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.10, n.2, p.37-44, 2002.

WHITTEMORE, R., KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**. v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WILLIAMS, C. M. A. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. **Nursing in Critical Care**. v. 10, n. 1, p. 6-14, 2005.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família**. Tradução: Sílvia M. Spada. São Paulo: Roca, 2002.

ZACARIAS, C. C.; SILVEIRA, R. S. S. **Relações Interpessoais entre Trabalhadores da Saúde e Familiares na UTI do HU – FURG**. 2008. Monografia (Conclusão de curso) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

ZACARIAS, C. C.; SILVEIRA, R. S. S.; LUNARDI, V. L.; CAPPELLARO, J.; PINTO, E. M. S.; LUNARDI FILHO, W. D. Implantação de tecnologias de cuidado em Unidade de Terapia Intensiva aos usuários e seus familiares. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 8, n. 2, p. 161-168, 2009.

ZINN, G. R.; SILVA, M. J. P. S.; TELLES, S. C. R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 11, n. 3, p. 326-332, 2003.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DE REVISÃO INTEGRATIVA¹

Código: _____

1) DADOS REFERENTES À FORMA DE PUBLICAÇÃO:

A) *Forma de publicação:*

() Artigo

Título: _____

Periódico: _____

Volume: _____ Número: _____ Páginas: _____ Ano: _____

Origem: _____ Idioma: _____

2) DADOS REFERENTES AOS AUTORES:

	<i>1º autor</i>	<i>2º autor</i>	<i>3º autor</i>	<i>4º autor</i>
<i>Nome</i>				
<i>Profissão</i>				
<i>Titulação</i>				
<i>Instituição</i>				

3) DADOS REFERENTES À PESQUISA:

A) *Objetivo do estudo:*

B) *Metodologia empregada*

B1) *Abordagem*

() Qualitativa

() Quantitativa

B2) *Tipo de estudo*

() Experimental

() Quase-experimental

() Não experimental

() Descritivo

() Exploratório

() Outro. Qual? _____

B3) *Sujeitos*

() Enfermeiros

() Trabalhadores de enfermagem

¹ Baseado no proposto por Dalmolin (2009), porém adaptado para contemplar as necessidades do presente estudo.

- () Médicos
() Família
() Outro. Qual? _____

B4) Instrumentos utilizados para coleta de dados

B5) Análise dos dados

Qualitativa

- () Análise de discurso
() Análise de conteúdo
() Análise temática
() Outra. Qual? _____

Quantitativa

- () Descritiva simples
() Quiquadrado
() Regressão
() Outra. Qual? _____

C) Resultados

C1) Dificuldades relacionadas à presença da família da pessoa hospitalizada na UTI

C2) Contribuições relacionadas à presença da família da pessoa hospitalizada na UTI

C3) Modalidades de presença da família da pessoa hospitalizada na UTI

C4) Manifestações dos familiares em relação a sua possibilidade de presença na UTI

C5) Estratégias utilizadas nas UTI's para favorecer o processo de presença da família nessa unidade

APÊNDICE B

QUADRO EXPOSITIVO QUANTO AOS DADOS

Nº	AUTORES	PERIÓDICO	TÍTULO	OBJETIVOS	ABORDAGEM	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO DE COLETA DE DADOS	SUJEITOS	IDIOMA	PAÍS DE ORIGEM	ANO
I	SIEGELE, P.	Critical Care Nurse	Enhancing Outcomes in a Surgical Intensive Care Unit by Implementing Daily Goals Tools	Discutir o reforço da segurança do paciente e os resultados em uma UTI Cirúrgica usando uma ferramenta de melhoria da qualidade para aumentar a comunicação e o trabalho em equipe.	Quali-quantitativa	Estudo de caso	Dados de referência do hospital	Enfermeiros e médicos	Inglês	Illinois	2009
II	TRAN, C.; MEDHURST, A.; O'CONNELL, B.	Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing	Support needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit	Identificar a percepção dos pais do tipo (emocional, de informação, avaliação e instrumental) e o nível do apoio prestado pelos enfermeiros na UTI Neonatal da Austrália.	Quali-quantitativa	Descritivo	Questionário	Famílias	Inglês	Austrália	2009
III	DAVIDSON, J. E.	Critical Care Nurse	Family-Centered Care. Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness	Fazer uma revisão dos resultados dos estudos descritivos relacionados às necessidades das famílias dos pacientes.	Qualitativa	Revisão	Análise dos resultados de estudos descritivos		Inglês	Califórnia	2009
IV	SACCO, T. L.; STAPLETON, M. F.; INGERSOLL, G. L.	Critical Care Nurse	Support groups facilitated by families of former patients: creating family-inclusive critical care units	Descrever o grupo de apoio às famílias dos pacientes e os métodos utilizados para avaliar o seu impacto.	Quali-quantitativa		Questionário de satisfação, entrevistas, relatos orais e observações.	Famílias	Inglês	Nova Iorque	2009

V	NELSON, D. P.; PLOST, G.	Critical Care Nurse	Registered nurses as family care specialists in the intensive care unit	Descrever cinco etapas básicas que o hospital levou para desenvolver um novo programa centrado na família e para explorar a eficácia das posições associadas aos especialistas em cuidados familiares.	Qualitativa	Pesquisa de literatura	Pesquisa de satisfação e pesquisa literária	Famílias	Inglês	Oklahoma	2009
VI	MARTINS, J. J.; NASCIMENTO, E. R. P.; GEREMIAS, C. K.; SCHNEIDER, D. G.; SCHWEITZER, G.; NETO, H. M.	Revista Eletrônica de Enfermagem	O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional	Investigar o conhecimento dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva sobre o acolhimento à família.	Qualitativa	Descritivo e exploratório	Entrevista semi- estruturada	Enfermeiros, trabalhadores de enfermagem, médicos, assistente social e auxiliar administrativo	Português	Florianópolis	2008
VII	FEGRAN, L.; FAGERMOEN, M. S.; HELSETH, S.	Journal of Advanced Nursing	Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units – from closeness to detachment	Explorar o desenvolvimento das relações entre pais e enfermeiros de uma UTI Neonatal.	Qualitativa		Observação não participante e entrevistas	Enfermeiros e famílias	Inglês	Noruega	2008
VIII	CLEVELAND, L. M.	Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing	Parenting in the neonatal intensive care unit	Realizar um inquérito sobre a investigação em curso no país na UTI Neonatal com especial ênfase em metodologia da pesquisa e design.	Revisão sistemática		Bases de dados: Cinahl e Medline		Inglês	Texas	2008
IX	TURAN, T.; BASBAKKAL, Z.; ÖZBEK, S.	Journal of Clinical Nursing	Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in	Determinar o efeito do estresse, as intervenção de enfermagem que reduzem os	Quantitativa	Experimental	Registros médicos, formulário de dados demográficos, inventário do	Famílias	Inglês	Turquia	2008

			neonatal intensive care unit	níveis de estresse de mães e pais de bebês prematuros em UTI Neonatal.			traço de ansiedade (STAI) e escala de estressores parental (PSS: UTIN)				
X	BLANCHARD, D.; ALAVI, C.	Nursing in Critical Care	Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of family	Desenvolver formas de trabalhar com as famílias que se dirigem a assimetria inerente ao contexto da UTI.	Qualitativa	Pesquisa-ação	Reuniões e conversas reflexivas	Enfermeiros	Inglês	Nova Zelândia	2008
XI	STAYT, L. C.	Journal of Advanced Nursing	Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units	Explorar as experiências dos enfermeiros acerca de cuidados para as famílias quem têm um parente na UTI.	Qualitativa		Entrevista fenomenológica	Enfermeiros	Inglês	Reino Unido	2007
XII	COYER, F.; COURTNEY, M.; O'SULLIVAN, J.	International Journal of Nursing Practice	Establishing an action research group to explore family-focused nursing in the intensive care unit	Estabelecer um grupo de pesquisa-ação com enfermeiros para explorar o conceito de enfermagem familiar com foco na UTI	Qualitativa	Pesquisa-ação	Reuniões	Enfermeiros	Inglês	Austrália	2007
XIII	BYERS, J. F.; LOWMAN, L. B.; FRANCIS, J.; KAIGLE, L.; LUTZ, N. H.; WADDELL, T.; DIAZ, A. L.	Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing	A quasi-experimental trial on individualized, developmentally supportive family-centered care	Avaliar o impacto do desenvolvimento individualizado do apoio ao cuidado centrado na família da criança acerca de diferentes variáveis.	Quali-quantitativa	Quase experimental	Registro hospitalar	Famílias e pacientes (bebês)	Inglês	Flórida	2006
XIV	FEGRAN, L.; HELSETH, S.; SLETTEBO, A.	Nursing Ethics	Nurses as moral practitioners encountering parents in neonatal intensive care units	Aprofundar a compreensão da relação entre pais e enfermeiros, especialmente o aspecto da responsabilidade	Revisão sistemática		Bases de dados: Cinahl e Medline		Inglês	Noruega	2006

				dos enfermeiros como profissionais, quando encontram os pais.							
XV	MARCO, L.; BERMEJILLO, I.; GARAYALDE, N.; SARRATE, I.; MARGALL, M. A.; ASIAIN, M. C.	Nursing in Critical Care	Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses	Analisar a relação entre as crenças dos enfermeiros e suas atitudes em relação ao efeito que a visita aberta tem em pacientes, familiares e equipe de enfermagem.	Quali-quantitativa	Descritivo	Escala Likert, diferencial semântico de escala, dados sócio-demográficos pessoais e profissionais, duas perguntas, uma questão aberta.	Enfermeiros	Inglês	Espanha	2006
XVI	ALDRIDGE, M. D.	Critical Care Nurse	Decreasing parental stress in the pediatric intensive care unit. One unit's experience	Analisar a literatura sobre as necessidades dos pais e estressores na UTI Pediátrica e intervenções para reduzir o estresse.	Revisão de literatura		Literatura acerca da temática		Inglês	Texas	2005
XVII	LIVESAY, S.; MOKRACEK, M.; SEBASTIAN, S.; HICKEY, J.	Journal of Nursing Care Quality	Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care unit	Melhorar a qualidade dos cuidadores do paciente/família e a satisfação ao examinar percepções dos enfermeiros.	Qualitativa		Questionário autoaplicável	Enfermeiros e assistentes de atendimento ao paciente	Inglês	Texas	2005
XVIII	FARRELL, M. E.; JOSEPH, D. H.; SCHWARTZ- BARCOTT, D.	Nursing Forum	Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs	Explorar a experiência dos enfermeiros que foram identificados como especialistas que trabalham com os visitantes na UTI; Obter uma descrição empírica de como os enfermeiros	Qualitativa		Entrevistas em profundidade, observação participante limitada, revisão de documentos.	Enfermeiros	Inglês	Massachusetts e Rhode Island	2005

				incorporam as visitas em sua prática diária, incluindo a identificação e descrição das estratégias e abordagens eficazes que estes enfermeiros encontraram no trabalho com os visitantes.							
XXIX	WILLIAMS, C. M. A.	Nursing in Critical Care	The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry	Destacar a contribuição que os membros da família fazem para o cuidado do paciente, para a recuperação, enquanto na UTI; Examinar o papel do enfermeiro no apoio às famílias durante este tempo.	Qualitativa	Inquérito naturalista	Observação não estruturada; entrevista em profundidade; gravação de vídeo com a análise reflexiva.	Enfermeiros	Inglês	Reino Unido	2005
XX	SÖDERSTRÖM, I. M.; BENZEIN, E.; SAVEMAN, B. I.	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units	Descrever as experiências dos enfermeiros de interações com membros da família na UTI.			Entrevistas	Enfermeiros	Inglês	Suécia	2003
XXI	MOORE, K. A. C.; COKER, K.; DUBUISSON, A. B.; SWETT, B.; EDWARDS, W. H.	Pediatrics	Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges	Descrever alguns dos êxitos e desafios encontrados pelos centros e como eles implementaram essas práticas.	Qualitativa	Relato de experiência	Análise dos relatos	Enfermeiros	Inglês	Estados Unidos	2003
XXII	BALLWEG, D.	Journal of Perinatal e Neonatal Nursing	Implementing developmentally supportive family-centered care in the newborn intensive care	Apresentar um resumo da experiência de uma unidade, utilizando o processo de melhoria de	Qualitativa	Relato de experiência	Análise dos relatos		Inglês	Texas	2001

			unit as a quality improvement initiative	desempenho para avançar para uma abordagem global, desenvolvimento solidário, modelo de prestação de cuidados centrados na família.							
XXIII	MCGRATH, J. M.	Journal of Perinatal e Neonatal Nursing	Building relationships with families in the NICU: exploring the Guarded Alliance	Propor a adoção de um quadro de atendimento de famílias na UTI Neonatal, que foi inicialmente derivado da pesquisa com as famílias dos doentes crônicos.	Qualitativa		Entrevistas em profundidade	Família	Inglês	Arizona	2001
XXIV	GIULIANO, K. K.; GIULIANO, A. J.; BLONIASZ, E.; QUIRK, P. A.; WOOD, J.	Nursing Management	Families First. Liberal visitation policies may be in patients' best interest.		Qualitativa	Relato de experiência			Inglês	Massachusetts	2000
XXV	RAMSEY, P.; CATHELYN, J.; GUGLIOTTA, B.; GLENN, L. L.	Nursing Management	Restricted versus open ICUs	Investigar se uma política mais liberal de visitação na UTI atenderá satisfatoriamente os visitantes e as necessidades dos enfermeiros e suas expectativas.	Qualitativa	Relato de experiência	Questionário autoaplicável	Enfermeiros e família	Inglês	Tennessee	2000