

**Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro**

**Relação entre Necessidades e Bem-Estar Psicológico dos  
Familiars dos Doentes Internados numa Unidade de  
Cuidados Intensivos**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

**Susana Sofia Magalhães Freitas**

Orientadoras

Professora Doutora Maria Cristina Quintas Antunes

Professora Doutora Maria Zita Castelo Branco



**Vila Real, 2019**



**Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro**

**Relação entre Necessidades e Bem-Estar Psicológico dos  
Familiars dos Doentes Internados numa Unidade de  
Cuidados Intensivos**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

**Susana Sofia Magalhães Freitas**

Orientadoras

Professora Doutora Maria Cristina Quintas Antunes

Professora Doutora Maria Zita Castelo Branco

**Composição do Júri:**

Presidente: Maria Alice Rodrigues dos Mártires

Vogais: Maria Cristina Antunes

José Luís Correia Ribeiro

Paulo Puga Machado

**Vila Real, 2019**



Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.



## **Agradecimentos**

O meu agradecimento à minha família, em especial aos meus pais e marido, pelo amor, carinho, apoio e incentivo constantes. Eles que sempre me fizeram ver e acreditar que era possível. A Família é, sem dúvida, onde a vida começa e o Amor nunca termina. A vocês, dedico todo este trabalho.

À Professora Doutora Maria Cristina Quintas Antunes e à Professora Doutora Maria Zita Castelo Branco, pelo apoio e ajuda, orientação científica e metodológica ao longo de todo este percurso.

À equipa de profissionais de saúde e aos familiares dos doentes hospitalizados, da Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital da zona norte do país, elementos principais deste estudo, pela disponibilidade e paciência para a participação no mesmo, o meu muito obrigada.

A todos aqueles que, de uma maneira ou de outra e, mesmo não tendo sido citados, contribuíram para a realização deste trabalho de investigação.



## Resumo

A hospitalização de um familiar em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos (UCI) constitui uma situação promotora de sentimentos de incerteza quanto ao presente e futuro do doente, bem como a alteração da perspetiva de vida da família. Assim, os enfermeiros devem avaliar as necessidades da família de forma a poder proporcionar cuidados de qualidade ao doente e também aos seus familiares, de modo a minimizar os problemas resultantes da doença e da hospitalização.

Neste sentido, foi desenvolvido um estudo transversal, correlacional com uma abordagem quantitativa, a fim de atingir os seguintes objetivos: avaliar as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico dos Familiares do doente crítico numa UCI; analisar a relação das Necessidades com o Bem-Estar Psicológico dos familiares do doente crítico numa UCI; analisar as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico em função do género, idade, estado civil e nível de escolaridade dos familiares de doentes hospitalizados numa UCI. A amostra não probabilística foi constituída por 92 familiares de doentes internados numa unidade de cuidados intensivos de um hospital da zona norte de Portugal. Para a recolha de dados foi utilizada a escala de *Critical Care Family Needs Inventory* (CCNFI) adaptada para a população portuguesa por Campos (2014) e o questionário de Bem-Estar Psicológico - Reduzido (QBEP-R) desenvolvido por Rainho et al. (2012).

Os resultados evidenciaram que: os familiares atribuíram mais importância às necessidades de suporte, de proximidade e de informação; não existia uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e as necessidades dos familiares do doente internado numa UCI e o seu Bem-Estar Psicológico; existia uma correlação positiva estatisticamente significativa entre as necessidades dos familiares do doente crítico em UCI e a idade, sendo que, quanto mais idade dos familiares, mais elevada é a perceção das necessidades; conjugando as variáveis necessidades dos familiares em função do nível de escolaridade, constatamos que existe uma correlação negativa estatisticamente significativa.

**Palavras-chave:** Unidade de Cuidados Intensivos, Familiar, Cuidador, Necessidades, Bem-Estar Psicológico.



## Abstract

The hospitalization of a family member in a critical situation in an intensive care unit was a situation that fostered feelings of uncertainty about the patient's present and future, as well as altering the family's life expectancy. Thus, nurses must assess the needs of the family so that they can provide quality care to the patient and their family members in order to minimize problems resulting from illness and hospitalization.

In this sense, a cross-sectional, correlational study was developed with a quantitative approach in order to reach the following objectives: to evaluate the Needs and the psychological well-being of the Relatives of the critical patient in an ICU; analyze the relationship between the Needs and the Psychological Well-Being of the relatives of the critical patient in an ICU; analyze the Psychological Needs and Well-being according to gender, age, marital status and level of schooling of family members of patients hospitalized in an ICU. The non-probabilistic sample consisted of 92 relatives of patients hospitalized in an intensive care unit of a hospital in the north of Portugal. For the data collection, the Critical Care Family Needs Inventory (CCNFI) scale was used adapted for the Portuguese population by Campos (2014) and the Psychological - Reduced Wellbeing (QBEP-R) questionnaire developed by Rainho et al. (2012).

The results showed that: family members attributed more importance to support, proximity and information needs; there was no statistically significant relationship between the socio-demographic variables and the needs of the relatives of patients admitted to an intensive care unit and their Welfare Psychological; there was a statistically significant positive correlation between the needs of the critical patient's family members in intensive care unit and the age, and the older the family members, the higher the perceived need; conjugating the variables of family needs according to educational level, we find that there is a statistically significant negative correlation.

**Keywords:** Intensive Care Unit, Family, Caregiver, Needs, Psychological Well-Being.



# Índice

Agradecimentos .....	v
Resumo .....	vii
Abstract .....	ix
Lista de Tabelas .....	xiii
Lista de Abreviaturas e Siglas .....	xv
INTRODUÇÃO .....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	3
1. NECESSIDADES DOS FAMILIARES DOS DOENTES EM CUIDADOS INTENSIVOS .....	3
1.1. A família do doente numa unidade de cuidados intensivos .....	6
1.2. Conceito de Necessidades .....	8
1.3. Necessidades dos familiares .....	11
1.4. Tipos de Necessidades .....	14
1.4.1. Necessidades de informação .....	15
1.4.2. Necessidades emocionais .....	17
1.4.3. Necessidades sociais .....	18
1.4.4. Necessidades práticas .....	19
2. CONCEPTUALIZAÇÃO DE BEM-ESTAR .....	22
2.1. Bem-Estar Subjetivo .....	23
2.2. Bem- Estar Psicológico .....	26
2.3. Bem-Estar Social .....	28
2.4. Bem-Estar Familiar .....	29
3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS .....	31
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....	39
1. OBJETIVOS, PROBLEMA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	39
2. METODOLOGIA .....	40
2.1. População e amostra .....	41
2.2. Instrumento .....	45
2.3. Procedimentos .....	49
2.4. Respeito pela ética .....	50
3. RESULTADOS .....	51
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	63

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	65
<b>APÊNDICES</b> .....	79
<b>Apêndice A</b> - Questionário .....	81
<b>Apêndice B</b> - Autorização para a utilização do QBEP-R .....	85
<b>Apêndice C</b> - Autorização para a utilização do INFUCI .....	87
<b>Apêndice D</b> - Consentimento informado .....	89
<b>Apêndice E</b> - Testes <i>Post Hoc de Benferroni e de Tamhane</i> .....	91
<b>ANEXOS</b> .....	103
<b>Anexo A</b> - Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI). 105	
<b>Anexo B</b> - Questionário de Bem-Estar Psicológico-Reduzido (QBEP-R) .....	109

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Componentes do Bem-Estar Subjetivo.....	24
<b>Tabela 2.</b> Sexo dos participantes no estudo.....	42
<b>Tabela 3.</b> Idade dos participantes no estudo.....	42
<b>Tabela 4.</b> Habilitações literárias dos participantes no estudo.....	43
<b>Tabela 5.</b> Estado civil dos participantes no estudo.....	43
<b>Tabela 6.</b> Distribuição dos participantes em função da resposta à questão: Tem filhos(as)?.....	43
<b>Tabela 7.</b> Número de filhos (as).....	44
<b>Tabela 8.</b> Idade dos filhos (as).....	44
<b>Tabela 9.</b> Parentesco.....	45
<b>Tabela 10.</b> Tempo de hospitalização do familiar dos participantes no estudo.....	45
<b>Tabela 11.</b> Dimensões da escala INFUCI e respetivos valores de consistência interna (alfa de Cronbach).....	49
<b>Tabela 12 -</b> Dimensões da escala INFUCI e respetivos valores da média, DP, mínimo e máximo, curtose e assimetria (n=92).....	51
<b>Tabela 13.</b> Relação entre as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico dos familiares do doente crítico numa UCI (n= 92).....	52
<b>Tabela 14.</b> Diferenças entre homens e mulheres ao nível das Necessidades dos familiares com doentes críticos numa UCI, bem como ao nível do Bem-Estar Psicológico (n=92).....	53
<b>Tabela 15.</b> ANOVA das diferenças nas Necessidades e no Bem-Estar Psicológico em função da idade (grupo etário) dos familiares do doente crítico numa UCI (n=91).....	54
<b>Tabela 16.</b> Valores da média e DP em função da idade (grupo etário) dos familiares do doente crítico numa UCI (n=91).....	54
<b>Tabela 17.</b> Relação entre as Necessidades dos familiares e a sua idade (n=92).....	55
<b>Tabela 18.</b> ANOVA com efeito do estado civil dos participantes ao nível das Necessidades dos familiares com doentes críticos numa UCI (n=92).....	56
<b>Tabela 19.</b> Valores da média e DP em função do estado civil dos familiares do doente crítico numa UCI (n=91).....	56
<b>Tabela 20.</b> Efeito do estado civil dos participantes ao nível das Necessidades dos familiares com doentes críticos.....	57
<b>Tabela 21.</b> Correlação de <i>Tau-b de Kendall</i> entre as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico com o nível de escolaridade dos familiares (n=92).....	58



## Lista de Abreviaturas e Siglas

AACCN - American Association of Critical-Care Nurses

*Alpha de Cronbach* -  $\alpha$

CCFNI - *Critical Care Family Needs Inventory*

*Correlação de Pearson* -  $r$

DGS - Direção-Geral da Saúde

DP - Desvio padrão

INFUCI - Inventário das Necessidades da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos

nº - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

QBEP-R - Questionário do Bem-Estar Psicológico - Reduzido

QdV - Qualidade de Vida

SMI - Serviços de Medicina Intensiva

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UIE/ACSS - Unidade de Instalações e Equipamentos/Administração Central dos Serviços de Saúde

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life



## INTRODUÇÃO

A hospitalização de um familiar numa unidade de cuidados intensivos (UCI) constitui uma situação promotora de sentimentos de incerteza quanto ao presente e futuro do doente, bem como alterar a perspetiva de vida da família. Assim, os enfermeiros devem proporcionar cuidados de qualidade ao doente e também aos seus familiares, de modo a minimizar os problemas resultantes da doença e da hospitalização do doente.

Diversos estudos têm demonstrado alterações da dinâmica da família relacionadas com a hospitalização, dado a família não estar preparada para a ocorrência, e sem tempo para se adaptar à nova realidade (Ramachandra, Booth, Pieters, Vrotsou & Huppert, 2009). Para além deste problema atingir dimensões psicológicas consideráveis no que diz respeito à manutenção do equilíbrio familiar, pode contribuir, igualmente, para aumentar os níveis de stresse, ansiedade e depressão, desenvolver nos familiares necessidades relacionadas com alterações do sono, repouso, da alimentação, do exercício bem como alterações da dinâmica familiar.

Por outro lado, Torrents Ros, Oliva Torras, Saucedo Fernández, Surroca Sales e Jover Sancho (2003) acrescentam que, quando se criaram as primeiras UCIs, o papel dos familiares não era considerado relevante na recuperação do doente. Todavia, atualmente reconhece-se a importância que os familiares têm no processo de recuperação do doente, e na satisfação das necessidades dos familiares (Hughes, Bryan & Robbins, 2005).

Face ao exposto, na tentativa de se adaptarem aos novos desafios da saúde, é importante os enfermeiros de cuidados intensivos, proporcionarem cuidados centrados no doente e família como unidade a cuidar. O cuidado focado na família é uma abordagem inovadora, que se baseia em relações benéficas, na tomada de decisões partilhadas entre a família e os cuidadores formais. Esta abordagem considera o doente e a família como uma unidade a cuidar (Davidson, 2009).

Partindo deste pressuposto, a família e o doente é considerada uma unidade de cuidados, justificando desta forma a importância de determinar as suas Necessidades específicas durante a hospitalização na UCI, de modo a poder ajudá-los a atender as suas Necessidades e a alcançarem melhor Bem-Estar Psicológico.

Tendo em conta o descrito e considerando o número reduzido de estudos desenvolvidos neste âmbito, este trabalho pretende responder aos seguintes objetivos:

- Apresentar algumas características sociodemográficas dos familiares cuidadores do doente crítico numa UCI;
- Avaliar as Necessidades dos familiares do doente crítico numa UCI;
- Avaliar o Bem-Estar Psicológico dos familiares do doente crítico numa UCI;
- Analisar a relação das Necessidades com o Bem-Estar Psicológico dos familiares do doente crítico numa UCI;
- Analisar as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico em função do sexo dos familiares;
- Analisar as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico em função da idade dos familiares do doente crítico numa UCI;
- Analisar as das Necessidades e o Bem-Estar Psicológico em função do estado civil dos familiares do doente crítico numa UCI;
- Analisar as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico em função do nível de escolaridade dos familiares do doente crítico numa UCI.

Deste modo, o trabalho está dividido em duas partes. A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, no qual é feita uma breve revisão da literatura sobre as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico dos familiares cuidadores. A segunda parte é referente ao estudo empírico, no qual será exposta a metodologia e os instrumentos adotados, assim como a constituição da amostra. Por fim, são apresentados e discutidos os resultados obtidos.

# PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1. NECESSIDADES DOS FAMILIARES DOS DOENTES EM CUIDADOS INTENSIVOS

A hospitalização de um doente nos cuidados intensivos é uma situação inesperada que origina situações de stresse no doente e no seu núcleo familiar, criando na família necessidades de informação, segurança e confiança, proximidade e acessibilidade, comodidade e conforto (Wright & Leahey, 2013).

A família do doente apresenta graus de ansiedade extrema, dúvidas acentuadas e instabilidade emocional (Eggenberger & Nelms, 2007). Assim, a alteração da saúde de um dos membros da família gera de imediato transformações na vida diária dos outros membros da família (Wright & Leahey, 2013).

Entende-se por UCI, as unidades de hospitalização individualizadas, direcionadas para o cuidado a doentes graves, cujas funções vitais estão real ou potencialmente deterioradas e que para mantê-los com vida necessitam de tratamento específico e/ou suporte mecânico. O seu nome varia consoante a sua cultura hospitalar e podem designar-se como unidades de cuidados intensivos, unidades de vigilância intensiva, entre outras, e segundo a patologia que está a ser tratada nessas unidades, tais como unidades de reanimação cardíaca, unidade de cuidados intensivos cardiológicos, unidades de transplantes, e outras (Berenson, 1984). Pinheiro (1994), define UCI polivalente como “... aquela que abrange a hospitalização de doentes em que uma função vital está em falência ou risco de falência, respeitando algumas exceções passíveis de autonomia como as Unidades de Coronários e de Neonatologia” (p.5).

Deste modo, a situação pode tornar-se confusa para a família quando o doente requer um cuidado especializado e totalmente dependente e impossibilitado de comunicar verbalmente. A incerteza nos familiares perante a proximidade da morte gera angústia relacionada com a complexidade dos cuidados prestados e sobretudo pelas limitações das visitas na UCI podem desenvolver conflitos com as equipas de saúde, como refere Campos (2014), “a UCI provoca na família sentimentos negativos devido à sua complexidade tecnológica, à sensação de ameaça e morte iminente causando uma sensação de impotência e incapacidade para ajudar o doente” (p.35).

Neste pressuposto, o recurso ao serviço a UCI pode posicionar a família perante um conjunto de situações orgânicas e psíquicas extremamente exigentes, nunca até então experienciadas, obrigando-as a mobilizar competências e recursos assiduamente e, na maioria das vezes, desconhecidas para elas (Ausloos, 2003). No entanto, salienta-se o facto das necessidades percebidas pelos familiares do doente serem grande parte das vezes esquecidas, ou consideradas sem prioridade, uma vez que a UCI, se valoriza mais as necessidades do doente (Fulbrook et al., 2007).

O facto de ter um familiar hospitalizado nos cuidados intensivos cria uma diversidade de sentimentos que perturbam o funcionamento normal da vida em família. Assim, torna-se necessário, que os enfermeiros, identifiquem as necessidades dos familiares do doente ao seu cuidado. Estas necessidades passam por um processo que permite receber a família durante a hospitalização e proporcionar-lhe acompanhamento bem como a sua participação no cuidado ao doente internado na UCI. Estes aspetos são um valor adicional na construção de um cuidado de saúde humanizado, e compromete, o doente e a sua família como unidade a cuidar. Segundo Mitchell e Chaboyer (2010), cit. por Sá, Botelho e Henriques (2015), “a família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar, contudo a satisfação das suas necessidades em contextos críticos são frequentemente um desafio para os enfermeiros” (p.33).

Assim, a qualidade das UCIs reflete-se na satisfação das necessidades experienciadas pelos familiares durante o processo de hospitalização.

Neste sentido, as necessidades são carências que requerem satisfação e são necessárias para a subsistência do ser humano. As necessidades humanas são carências percebidas. Incluem necessidades básicas, como alimentos, roupa, calor e segurança, sociais de pertença e afeto e necessidades individuais de conhecimento e autoexpressão (Kotler, Wong, Saunders & Armstrong, 2012).

A este propósito, Abraham Maslow refere que é compreensível entender que diferentes sistemas terapêuticos possam ser igualmente eficazes, assinalando que as necessidades básicas só são satisfeitas em termos interpessoais e por ordem hierárquica. O critério da hierarquia das necessidades é inicia-se com as fisiológicas (alimento, abrigo, água, descanso, sexo), que após a sua satisfação progredem para as necessidades de autosegurança, para as

necessidades de pertença (amor e de autoestima) e, por último, as necessidades de autorrealização (liberdade e a independência) (Maslow, 1987).

No contexto hospitalar, as necessidades da família do doente crítico estão relacionadas com a gravidade da situação do doente, acompanhadas pela presença de um elevado impacto emocional e condicionadas pelo aparecimento de diversos receios. Para além disso, as reações emocionais que surgem com a hospitalização do doente crítico, numa UCI, são normais, uma vez que são geradas num contexto particular e incluem sentimentos de tristeza, de raiva, por vezes de agressividade, angústia, isolamento e culpa, pela incapacidade de poder ajudar e pela situação vivenciada. Como afirmam Almeida et al. (2009):

a ansiedade é uma reação normal ao stress e a ameaça ou perigo, que pode ser ocasionado pelo medo da morte ou da incapacidade. Ocorre geralmente quando um indivíduo enfrenta uma mudança ou a necessidade de agir de modo diferente do habitual. Os enfermeiros podem agir nessa situação, no sentido de reconhecer as dificuldades de enfrentamento dos membros da família, que levam ao surgimento desse sentimento e solicitar-lhes ajuda. (p.846)

Neste sentido, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na persecução desse indicador, uma vez que têm as competências indispensáveis que favorecem o vínculo com o núcleo familiar. Para Pérez Fernández, Najarro Infante, Dulce García, Gallardo Jiménez e Fernández Fernández (2009), no fim da hospitalização na UCI, o familiar, o doente e os profissionais de saúde, devem ficar satisfeitos com o atendimento prestado. As chaves para alcançá-lo passam pelo conhecimento, comunicação e participação. A equipa de enfermagem tem um papel fundamental na conceção desse objetivo, uma vez que têm o conhecimento e desenvolvem o seu trabalho através do cuidado e comunicação para estabelecer uma relação terapêutica com o doente e os familiares.

Deste modo, conceber um cuidado a partir de uma visão integral que inclua a família é um desafio nas UCIs, valorizando-se, assim, as experiências e as vivências dos familiares, uma vez que, na maioria das vezes, a sua maior reivindicação é o acompanhamento e a participação na elaboração de um cuidado de saúde mais humanizado. As UCIs são espaços onde a tecnologia e a eficiência prática predominam sobre as relações pessoais e humanas. Por tradição, os cuidados estão focalizados no doente e, por vezes, é esquecido que este faz parte integrante de uma unidade familiar, e que para lhe ser prestado um cuidado completo se deve considerar também que a sua família é um sujeito de cuidados (Hidalgo Fabrellasa, Vélez Pérez & Pueyo Ribas, 2007).

Por conseguinte, as UCIs devem gerar segurança e confiança, bem como criar oportunidades de aperfeiçoamento na qualidade e quantidade de com entre a família e a equipa de profissionais de saúde, promover a flexibilidade no acesso aos seus serviços, possibilitar o acomodamento em salas de espera condignas, e possibilitar que as unidades onde se encontra o doente forneçam um cuidado envolvido em padrões de bem-estar e segurança. Como referem Sá et al. (2015), “o paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica e sua família requer dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar” (p.33).

### **1.1. A família do doente numa unidade de cuidados intensivos**

A família é a matriz da identidade, uma vez que fora do contexto familiar é difícil, embora não impossível, compreender e desenvolver a personalidade do ser humano. Através dos tempos, a família, como grupo natural, estabelece normas de relação entre os membros que a constituem. Ou seja, a família é um grupo social com determinadas características, vincadas fundamentalmente pela cultura, que incluem a participação económica, a reprodução, a criação e a socialização dos filhos. Neste pressuposto, a função que desempenha cada um dos seus membros é determinada pela etapa do ciclo de vida em que esse elemento se encontra. Por conseguinte, a família está sujeita não só a pressões internas, com origem na evolução dos seus próprios membros, nomeadamente no crescimento dos filhos, na morte, na separação ou nos divórcios, mas também a pressões externas, de forma a ajustar-se às instituições e aos contextos sociais como, por exemplo, a escolha da casa ou a escola para os filhos (Castells, 1997).

A família é descrita na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) como um:

Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo. (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006, p.171)

A família conforma crenças, valores e normas, participa na socialização dos seus efetivos, e é um dos alicerces essenciais de qualquer sociedade dando apoio e proteção aos seus elementos,

no aspeto individual e coletivo, sendo o suporte principal dos seus membros. Assim, a família procura manter esta condição constante, e alterações ao seu funcionamento ou à sua estrutura provocam insegurança no seu seio (Alspach, 2000).

Diversos autores destacam a família como uma ferramenta preponderante no cuidado holístico ao doente crítico, porque, por um lado, contribui para diminuir o stresse e as perturbações no doente devido à sua patologia e à iatrogenia e, por outro, não encontraram impedimentos hostis à sua presença junto a ele. Para além disso, contribui potencialmente para encurtar o tempo de permanência do doente na UCI (Fumagalli et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera que a família não pode ser limitada a laços de consanguinidade, casamento, parceria sexual, ou adoção. Ou seja, as ligações baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, devem ser considerados como conceitos na definição de família. Neste pressuposto, os graus de parentesco utilizados para determinar os limites da família dependem da utilização a que se destinam os dados requeridos e, portanto, não podem definir-se com precisão o conceito de família a uma escala global. Pode, assim, assumir uma forma abrangente, como todo o grupo de indivíduos com uma relação biológica, emocional ou legal (McDaniel, Campbell & Seaburn, 2003).

Na família, os seus membros interrelacionam-se numa diversidade de papéis que surgem das necessidades individuais e grupais do seu meio ambiente. A doença de um dos elementos familiares pode, deste modo, causar diversas alterações, provocando no seu seio um elevado risco de inadaptação, desencadeando, por vezes, em estados de crise e em experiências emocionais bastante dolorosas (Torrents Ros et al., 2003).

A família desempenha um papel importante no meio ambiente do doente, uma vez que a complexidade e a gravidade dos serviços numa UCI assumem maior dimensão e provocam situações de angústia e elevados níveis de stresse. Analiticamente, verifica-se o aumento dos níveis de stresse nas famílias que permanecem com mais tempo nas unidades onde existem mais meios tecnológicos de assistência médica e mais vigilância das equipas de profissionais de saúde (Franco Canales, 2004). Neste contexto, os familiares de um doente hospitalizado numa UCI sofrem de ansiedade, desorganização e necessitam de ajuda, sobretudo nas primeiras 18-24 horas após à hospitalização do familiar. Assim, o núcleo familiar envolvido necessita, de apoio emocional, e de uma clara e cuidada comunicação sobre o estado de saúde do seu familiar (Ros et al. 2003).

A UCI é um serviço de elevada complexidade de cuidado médico, onde geralmente os familiares mais sofrem, uma vez que a perda de saúde pressupõe uma crise situacional, na qual o núcleo familiar experimenta reações emocionais significativas, nomeadamente o *stress*, o medo, a depressão, a angústia, a solidão, a incerteza e o choro (Torrents Ros et al., 2003). Como referem Pott, Stahlhoefer, Felix e Meier (2013), “... a humanização do cuidado, parte integrante da filosofia da Enfermagem, representa um conjunto de iniciativas, capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento e respeito ético-cultural ao paciente, no intuito de construir uma realidade mais humana” (p.175).

O processo da doença afeta o doente, mas também atinge o espaço das relações familiares. Assim, a família do doente internado numa UCI não é exclusivamente um visitante nesse meio ambiente, mas uma extensão do doente, e experiencia o processo de cuidados ao lado do seu familiar. Deste modo, a evidência teórica, prática e pesquisa do significado da família para a saúde e o bem-estar dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, impele e obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem (Wright & Leahey, 2012).

## **1.2. Conceptualização de Necessidades**

O conceito de necessidades tende a variar em função do espaço, do tempo e lugar em que se concretizam, o que constitui uma dificuldade na sua conceptualização.

Henderson (1994) cit. por Phaneuf (2001), define necessidade como uma “exigência vital que a pessoa deve satisfazer a fim de conservar o seu equilíbrio físico, psicológico, social ou espiritual e de assegurar o seu desenvolvimento” (p.41). Considera as catorze necessidades fundamentais: respirar; comer e beber; eliminar, mover-se e manter uma postura adequada; dormir e descansar; vestir-se e despir-se; manter a temperatura corporal; manter a higiene corporal; evitar os perigos; comunicar; agir segundo as suas crenças e valores; ocupar-se com vista a realizar-se; divertir-se e aprender que estão associadas às grandes dimensões do ser humano: *dimensão física, afectiva e relacional, espiritual e intelectual*, identificadas pela autora.

Na perspectiva da psicologia, a necessidade refere-se aos impulsos que surgem estimulados por um estado de tensão do sujeito perante uma carência específica (Maslow, 1987).

Na perspectiva antropológica, a necessidade humana é observada como uma condição necessária do ser humano, necessária para da sociedade ao longo dos tempos. Nestas, diferenciam-se dois tipos de necessidades, as básicas e as derivadas. As básicas, estão relacionadas com os princípios de sobrevivência, nomeadamente a nutrição, a reprodução, a higiene, a segurança, entre outras. Porém, os novos padrões de vida criados pela cultura levam o ser humano a produzir as necessidades derivadas, que se dividem em duas categorias, as instrumentais e as integrativas. As primeiras, dão origem às instituições ligadas à produção de bens – economia, à preparação do ser humano para conhecer o meio ambiente – educação, à necessidade de autoridade que, por sua vez, origina a organização política, e assim sucessivamente até culminar na explicação de todas as instituições de uma cultura. As segundas têm como função integrar a cultura e criar o mundo do conhecimento, da magia, da religião, entre outras (Malinowski, 1975).

Do ponto de vista social, compreende-se a necessidade individual como o estado do indivíduo relativamente aos meios necessários e úteis para a sua existência e desenvolvimento. A teoria ERG (existência, relacionamento e crescimento), principal impulsionadora do conceito social de necessidades, na sua proposta expõe sumariamente que as necessidades de existência abrangem as necessidades psicológicas e materiais, tais como a fome, a sede, bem como o pagamento de salário relacionado com o trabalho e a segurança física e caracterizam-se pela obtenção inicial de bens materiais que asseverem a subsistência e, posteriormente, a satisfação pessoal relacionada com a competição de recursos. Por sua vez, as necessidades de relacionamento englobam as necessidades que o ser humano tem de se relacionar com os outros e pela partilha mútua de ideias e sentimentos. As necessidades de crescimento estão relacionadas com o desejo do ser humano ter uma influência criativa e produtiva sobre si mesmo e sobre o ambiente em que vive. Estas surgem quando o ser humano se depara com problemas para os quais tem necessidade de utilizar todas as suas capacidades e recursos para os resolver e que o obriga a desenvolver novas capacidades (Schneider & Alderfer, 1973).

No entanto, as necessidades não podem ser observadas unicamente como carências, na medida em que envolvem, motivam e mobilizam as pessoas, potenciam-nas e podem mobilizar recursos. Por conseguinte, tradicionalmente acredita-se que as necessidades tendem a ser infinitas, que estão permanentemente em transformação, que variam de uma cultura para outra e que são diferentes em cada momento histórico. Contudo, e embora estas suposições estejam corretas, parece existir um erro conceptual nesta abordagem, uma vez que existe a

tendência para confundir necessidades, com a sua satisfação. O ser humano é um ser ávido de necessidades múltiplas e interdependentes. Assim, as necessidades humanas devem entender-se como um sistema em que as mesmas se interrelacionam e interagem. Simultaneidades, complementaridades e compensações (*trade offs* – ato de escolher uma coisa em detrimento de outra), são características da dinâmica do processo de satisfação das necessidades. Neste pressuposto, Max-Neef, Elizalde e Hopenhayn (2010) salientam que, as necessidades humanas podem ser desagregadas de acordo com múltiplos critérios e as ciências humanas oferecem neste sentido uma vasta e variada literatura. Neste documento, dois possíveis critérios para desagregação são combinados: de acordo com categorias existenciais e de acordo com categorias axiológicas. Esta combinação permite operar com uma classificação que inclui, por um lado, as Necessidades de ser, ter, fazer e ser; e, por outro, as necessidades de subsistência, proteção, afeto, compreensão, participação, lazer, criação, identidade e liberdade.

Assim sendo, é essencial compreender a experiência por que passa a família de um doente hospitalizado numa UCI e reconhecer que as necessidades e as experiências do doente variam consoante o grupo etário a que pertence, bem como os esforços que efetua a família para satisfazer os pedidos do seu familiar doente (Hupcey, 2000). Zaidar e Kissane (2009) argumentam também que relacionado com a impossibilidade de satisfazer essas necessidades, como consequência da doença e do tratamento, o doente pode experienciar sintomas físicos e psicológicos que podem influenciar a sua qualidade de vida (QdV) e o seu estado de saúde e, por vezes, a não satisfação dessas necessidades pode afetar também a família.

Por vezes, o propósito da família em satisfazer as necessidades dos doentes vê-se condicionado por diversas variáveis, entre as quais se encontra a depressão como a mais relevante. Em suma, a experiência em UCIs como uma ocorrência que mobiliza a família à volta do doente, pode criar nos familiares diferentes sintomas, nomeadamente ansiedade, depressão e, em alguns casos, transtornos por stresse pós-traumático (Choi et al., 2013; Söderström, Saveman, Hagberg & Benzein, 2009).

Neste pressuposto, espera-se dos profissionais de saúde que trabalham em UCI, um contributo e uma prática de estratégias de intervenção psicológica e interdisciplinar para com a família do doente internado nas suas unidades, baseadas na evidência, contribuindo particularmente para a harmonia e a compreensão da família, ou seja, evidenciar as suas necessidades afetivas

e emocionais, favorecendo o seu cuidado e o seu bem-estar, e cuidar do doente que é o seu objetivo primário no contexto de UCI.

### **1.3. Necessidades dos familiares**

O doente internado numa UCI é designado como crítico e define-se como aquele cuja sobrevivência está em perigo ou pode vir a estar, devido a um processo patológico sobre o seu estado de saúde e para cujo tratamento existe a necessidade de um nível assistencial mais cuidado, do que o proporcionado numa unidade de hospitalização convencional. Ou seja, o indivíduo em situação crítica é aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p.2). Segundo o mesmo parecer da OE, os cuidados de enfermagem prestados a estes doentes são cuidados extremamente qualificados executados continuamente a doentes “com uma ou mais funções vitais em risco imediato” para dar resposta às necessidades prementes, possibilitando, deste modo, preservar as funções primárias da sua vida, acautelando complicações e delimitando as incapacidades, com o objetivo da recuperação total do indivíduo (OE, 2018).

O cuidado de saúde implica a preocupação e o desejo de ajudar a outra pessoa (Beeby, 2000), através de uma abordagem holística que promova a relação terapêutica entre os profissionais de saúde, o doente e os seus familiares (Pryzby, 2005; Stayt, 2009). Nas UCIs, a essência dessa relação reside na responsabilidade dos profissionais de saúde em cuidar do doente e da sua família, ao mesmo tempo que as necessidades práticas e tecnológicas das unidades de cuidados são cumpridas (Stayt, 2009).

O familiar do doente internado numa UCI é uma parte essencial no cuidado da pessoa hospitalizada. Neste contexto, a família do doente crítico hospitalizado numa UCI requer cuidado, atenção e informação adequada. Frequentemente, observam-se famílias nas salas de espera, que exteriorizam os seus sentimentos de forma diversa, de acordo com o contexto das suas vivências e das suas necessidades. É comum que as primeiras visitas possam ser preocupantes, criarem angústia, expectativa relativamente à quantidade de equipamentos de monitorização, equipamentos de suporte de vida e controlos ambientais necessários para garantir um cuidado com qualidade (Hashim & Hussin, 2012).

A família, nestas condições particulares, deve ser entendida como uma unidade, como um sistema, em que qualquer alteração num dos seus membros implica disfuncionalidade na totalidade, mas não como a soma das suas partes. A família, como referido, é um grupo cujos membros estão interrelacionados e estão sujeitos à influência do seu meio ambiente e, por isso, a hospitalização de um deles criará uma situação de risco (Wilkinson, 1995). As experiências vivenciadas pelos familiares ao separar-se de um membro da família, devido à sua hospitalização numa unidade hospitalar, desencadeia uma série de reações emocionais, que aumentam consoante a gravidade da doença.

Por conseguinte, os familiares dos doentes internados numa UCI carecem, na maioria das vezes, de cuidados que preservem a sua saúde física e psíquica, necessitando de estabelecer uma ligação próxima com alguém a quem possa transmitir as suas fragilidades, as suas inquietações, as suas dores e as suas crises de consternação. Segundo A. Engström e Söderberg (2007), o cuidado à família expressa-se na conceção de informação relevante, na disponibilidade permanente e na construção de um vínculo terapêutico. Neste contexto, advém a importância dos profissionais de saúde, através da sua permanência continuada junto dos familiares do doente internado, possibilitando a ajuda quer ao doente, quer à família, para que estes possam adaptar-se à sua nova forma de vida, promovendo a sua reabilitação integral. O alinhamento das necessidades dos familiares para se envolver no cuidado com as necessidades do doente e a situação de trabalho dos enfermeiros, requer uma comunicação aberta entre as três partes (B. Engström, Uusitalo & Engström, 2011). Das necessidades atribuídas aos familiares dos doentes em UCI, consideram-se mais importantes a segurança, a informação, a proximidade e o apoio emocional (Söderström, Benzein & Saveman, 2003). Por outro lado, Henneman, McKenzie e Dewa (1992) referem que as necessidades que os familiares dos doentes em UCI mais valorizam, são: a informação, práticas e as necessidades sociais (descritas no ponto subsequente). O primeiro evento emocional surge no preciso momento em que o doente é internado no hospital e agudiza-se quando este é transferido para a UCI. Neste contexto, a família sofre de ansiedade, angústia e stresse (situações com origem na perda de contacto com o familiar doente), na insegurança e na instabilidade que acontece face à possibilidade de ocorrência de morte, acresce-se, ainda, sentimentos negativos de apreensão ou medo relativamente à envolvente hospitalar. Como afirmam Sousa, Almeida e Simões (2011):

O recurso a um SU é sempre um momento de fragilização do doente e dos seus familiares que tendem a sentir-se ansiosos e com medo do diagnóstico clínico ...,

[os familiares] percebem-se como participantes activos no processo de cuidado, principalmente providenciando conforto. Os acompanhantes sentem que para serem eficazes necessitam de estar informados e interagir com o doente, [e as] vantagens de ter elementos da família presentes no SU têm sido reconhecidas, por exemplo como uma importante estratégia clínica para apoiar as famílias a gerir a morte súbita de um dos seus membros. (pp. 196-197)

A percepção destes sentimentos é um processo através do qual o profissional de saúde deve estar consciente, nomeadamente naquilo que se passa à sua volta e no seu interior. As percepções são, todavia, mais do que uma imagem do meio ambiente proporcionada pelos sentidos, uma vez que fazem parte da compreensão e do significado, embora nestas situações peculiares a experiência desempenhe um papel significativo, bem como as características do indivíduo, que compreende os conhecimentos, as necessidades, os interesses e as emoções que podem afetar de forma positiva ou negativa. Ou seja, a percepção é a imagem mental que se forma com a ajuda da experiência e da necessidade, é resultado de um processo de seleção, organização e interpretação de sensações, é subjetiva, seletiva e temporal, inclui um comportamento, é, deste modo, um processo cíclico de natureza ativa e construtiva, relacionada com processos cognitivos superiores que decorrem no tempo (Matlin & Foley, 1996).

Por conseguinte, a percepção é um processo que advém da interação das condições dos estímulos e dos fatores internos do observador, assim, no contexto clínico, designadamente em UCI, Puebla-Viera, Ramírez-Gutiérrez, Ramos-Pichardo e Moreno-Gómez (2009) assinalam que esta pode ser aferida avaliando os elementos importantes que um técnico de saúde deve possuir, tais como: tratamento digno, definido como o respeito pelos direitos humanos e particularidades das pessoas, respeito, como a virtude pela qual reconhecemos a dignidade das pessoas; as pessoas, como seres únicos e irrepetíveis, bem como os seus direitos de acordo com a sua condição e circunstâncias; e o profissionalismo, entendido como a atitude e a capacidade para desempenhar uma atividade.

No cuidado médico proporcionado nas instituições de saúde, designadamente nas UCIs, a comunicação entre o profissional de saúde e a família do doente internado na unidade é um elemento essencial para prestar cuidados médicos. Segundo King (1984), cit. por Carbelo Baquero, Romero Llord, Casas Martínez, Ruiz Ureña e Rodríguez de la Parra (1997), trata-se de um processo dinâmico, fundamental para a existência, crescimento, transformação e comportamento de todos os seres vivos, sejam indivíduos ou organizações. Porém, salienta-se

que a comunicação é um conceito que vai para além da informação, embora seja um dos seus componentes elementares.

A este propósito Fuente, De Prado e Rodriguez (2003) salientam que, embora a informação e a comunicação estejam correlacionadas, são conceitos diferentes. A informação é um conceito unidirecional, onde os profissionais de saúde, mas sobretudo o médico, facultam dados ao doente sobre o seu estado de saúde. Por outro lado, a comunicação é um ato mais complexo, pois implica que exista interação entre o doente e o médico, ou seja, é multidirecional e ativo, de forma a permitir que a família participe nas decisões.

Assim sendo, os profissionais de saúde devem ser capazes de oferecer apoio emocional, quer ao doente, quer aos seus familiares, com o objetivo de conseguirem obter empatia, confiança, compreensão e sensibilidade, quer na forma verbal, quer na forma não-verbal da sua comunicação com os familiares, e no momento de dar informação devem considerar determinados critérios, designadamente o conteúdo da mensagem, a simplicidade, a clareza, a credibilidade, a adaptabilidade, entre outros. Ou seja, nas UCIs, que pela natureza das suas atividades são locais onde se prestam cuidados médicos críticos, os profissionais de saúde têm um papel relevante na comunicação com os familiares, uma vez que são eles que ensinam e orientam o doente, a família e os cuidadores. Porém, e embora reconheçam “a importância em dialogar, esclarecer, orientar e apoiar os membros de família, estas atividades ainda não são reconhecidas como prioritárias dando lugar às atividades mecanicistas e tecnicistas, tão características das UTI e fortemente associadas à valorização profissional e social dos enfermeiros” (Saiote & Mendes, 2011, p.224).

#### **1.4. Tipos de Necessidades**

Considerando que as necessidades são tudo aquilo que é impossível subtrair, faltar ou resistir, as necessidades dos familiares de um doente internado numa UCI podem definir-se como os preceitos essenciais dos membros da família que, ao se cumprirem, aliviam ou diminuem a angústia, melhorando o seu bem-estar (Al-Mutair, Plummer, Clerehan & O'Brien, 2014). Assim, as necessidades dos familiares de um doente internado numa UCI são definidas por um elevado impacto emocional, condicionado pelo aparecimento de múltiplos sentimentos, designadamente de medo. Os familiares são sujeitos, neste contexto, a situações difíceis que provocam ansiedade e preocupação. Dado o estado de gravidade da situação, é necessário

perceber as necessidades do doente crítico internado numa UCI, bem como dos seus familiares, e contribuir de forma significativa para a sua satisfação.

#### *1.4.1. Necessidades de informação*

As necessidades cognitivas são aquelas que se referem à informação que os familiares obtêm sobre o doente e as particularidades da UCI.

A informação é a maior necessidade dos familiares dos doentes hospitalizados numa UCI, é algo essencial para a família do doente a par da flexibilização dos horários das visitas (Henneman et al., 1992).

A necessidade de informação é universal e de elevada importância para todos os membros da família, independentemente da idade, sexo, nível socioeconómico e nível educacional da família. Esta necessidade evolui consoante o trajeto dos acontecimentos e a experiência dos membros da família. Ou seja, quando os familiares perguntam como está o doente, não é suficiente dar-lhes um relatório com os parâmetros médicos, uma vez que a maioria dos familiares provavelmente terá dificuldade em interpretar esses valores em circunstâncias perfeitas (Verhaeghe, van Zuuren, Defloor, Duijnste & Grypdonck, 2007).

Os familiares do doente necessitam de diferente tipo informação consoante o momento do processo que atravessam. Neste processo observam-se várias etapas, em que os familiares aprendem a manusear a informação. Todos os elementos da família parecem passar por elas, independentemente das suas variáveis sociodemográficas ou da sua relação com o doente. Deste modo, os familiares utilizam diversos tipos de informação. Assim, observam, ouvem, perguntam e comprovam também, a qualidade de informação recebida. Ou seja, acabam por experienciar o efeito de outro tipo de informação, para além da efetuada verbalmente pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, acabam por desenvolver o seu próprio sistema de avaliação da informação (Verhaeghe et al., 2007).

Numa primeira fase, ouvem passivamente as informações facultadas pelos profissionais de saúde. Numa segunda fase, depois de verem o doente, tentam adquirir controlo sobre a realidade, posteriormente, numa terceira fase, enfrentam um mundo completamente desconhecido ou experiências negativas, e procuram ajuda para fazer frente à informação e compreender a realidade. Por último, os familiares aprendem a manusear a informação,

desenvolvem-na e interpretam-na para poderem criar expectativas adequadas à situação (Verhaeghe et al., 2007).

Diversos estudos avaliaram a eficácia da informação prestada aos familiares dos doentes críticos internados em UCI, através de diferentes aspetos, designadamente na compreensão da mesma relativamente ao diagnóstico, à gravidade da doença e aos tratamentos principais; à satisfação familiar através de questionários (*Critical Care Family Needs Inventory - CCFNI*); e à prevalência de sintomas de ansiedade e depressão causada nos familiares (Moreau et al., 2004).

A presença de um familiar junto do doente pode ajudar a melhorar a comunicação e a sua segurança, ao facilitar a compreensão de determinadas expressões suas pelos profissionais de saúde (American Association of Critical-Care Nurses [AACCN], 2012). Similarmente, a família dispõe de informações que podem influenciar decisivamente os resultados clínicos do doente, pelo que a evidência recomenda a sua participação próxima dos profissionais de saúde nas decisões relativas ao cuidado prestado ao seu familiar doente (Cypress, 2012; Davidson et al., 2007; Schmidt & Azoulay, 2012).

Segundo diferentes autores, cit. por Pardavila Belio e García Vivar (2012), a falta de uma comunicação efetiva com as famílias do doente na UCI provoca nos familiares sentimentos de preocupação, ansiedade, frustração, solidão, desânimo, raiva, tristeza e medo. Para minimizar o sofrimento das famílias, é importante fornecer informações claras, oportunas e consistentes para orientação e para manter a confiança na recuperação do familiar doente. Além disso, a mensagem deve ser de esperança, desde que não crie falsas expectativas.

Neste sentido, é recomendável estabelecer contactos e reuniões entre os familiares e as equipas de profissionais das UCIs, como ferramenta útil de auxílio na tomada de decisões, na determinação de objetivos e na redução de recursos das unidades. A literatura apresenta estudos que indicam a proficiência destas reuniões periódicas e formais e assinalam que, por vezes, é difícil a troca coordenada de informação vital entre doentes, famílias e equipas de profissionais de saúde, face à contínua rotação das equipas de profissionais de saúde (Daly et al., 2010).

### *1.4.2. Necessidades emocionais*

As necessidades emocionais estão relacionadas diretamente com os sentimentos que experienciam os familiares do doente crítico, como consequência da sua hospitalização numa UCI (Pardavila Belio & García Vivar, 2012).

A família, quando na posse de informação relacionada com situação de saúde do seu familiar, experiênciam emoções intensas, positivas e negativas, e sentimentos não quantificáveis, nem concretos, de angústia, depressão, incerteza, desassossego, e medo relativamente ao futuro do seu familiar doente. A maioria das famílias reprime a expressão de afeto, o que sugere a existência de medo ao sentir algo mais doloroso e presentemente vivido. A este propósito, os autores supracitados afirmam que os familiares dos doentes internados na UCI vivenciam emoções positivas, relacionadas com a esperança de melhora do familiar, e emoções negativas, provocadas pelo medo de o perder. São emoções e sentimentos de incerteza que podem causar um forte sentimento de desamparo e incapacidade para ajudar o seu ente querido (Pardavila Belio & García Vivar, 2012).

A instabilidade do doente e a condição emocional dos restantes membros da família podem ser fatores determinantes na decisão ética dos profissionais de saúde. É previsível que, ao receber toda a informação, a família não a possa suplantar convenientemente, ampliando deste modo o seu sofrimento. Os profissionais de saúde são quem controla e determina a quantidade de informação que recebem os familiares. Uma comunicação adequada é o foco para assegurar a satisfação e a compreensão dos indivíduos (Siddiqui, Sheikh & Kamal, 2011).

Depois da proximidade com o doente e da segurança, as Necessidades emocionais são as mais mencionadas, em diversos estudos realizados, ou seja, as famílias querem estar próximo do doente crítico, quer física, quer emocionalmente (Khalaila, 2013; Yang, 2008). Neste sentido, Al-Mutair et al. (2014) assinalam, igualmente, que as necessidades emocionais relacionadas com aspetos culturais e religiosos, a par da dimensão segurança e comunicação, são essenciais no bem-estar emocional dos familiares e, no seu entender, devem ser consideradas muito importantes pelos profissionais de saúde. Estes autores indicam que as necessidades relacionadas com os serviços religiosos, na população de estratos sociais mais baixos e com menos habilitações académicas, bem como a sua própria saúde física e emocional, são mais relevantes do que em comparação com aqueles que pertencem a estratos sociais e com nível educacional mais elevados.

Por conseguinte, pode existir a necessidade de apoio de outros colaboradores, designadamente serviços sociais e apoio espiritual, uma vez que a religiosidade pode auxiliar a família a ter esperança e estes podem facilitar outros recursos para suportar a situação difícil que estão a viver. Segundo Holden, Harrison e Johnson (2002), seja qual for a fonte de apoio, a esperança é percebida pela família como uma necessidade que fornece significado e alivia o sofrimento. Cada membro da família obtém esse apoio de variadas fontes, desde enfermeiros, médicos, Deus, eles próprios, outros membros da família, outros doentes ou outros recursos fora do âmbito da saúde.

Por último, a proximidade dos familiares com o doente internado numa UCI, embora menos relevante, na opinião de alguns autores, é primordial, uma vez que o simples facto de estarem junto do doente valoriza o seu meio ambiente (Verhaeghe, Defloor, van Zuuren, Duijnsteek & Grypdonck, 2005).

A procura de proximidade é partilhada, quer por familiares, quer pelo próprio doente, que manifesta solidão. A evidência diz que incluir no seu meio ambiente, e no seu cuidado, a família, pode gerar satisfação e segurança, diminuindo a sensação de ansiedade. Os profissionais de saúde, na sua maioria, afirmam que incluir a família no cuidado do doente crítico é positivo para facilitar a comunicação e a relação entre ambos, o que proporciona um cuidado médico superior para ambas as partes (Al-Mutair et al., 2014). Ao colocar-se a família à margem do processo, não lhes permitindo a sua colaboração no cuidado do familiar, esta pode experienciar sentimentos negativos durante a hospitalização do doente. Incorporar os familiares nas tarefas diárias revelou benefícios para todos os envolvidos e proporciona-lhes uma forma mais natural de estar próximo do seu familiar doente (Raurell & Aymar, 2015).

#### *1.4.3. Necessidades sociais*

Estas necessidades estão relacionadas, segundo Pardavila Belio e García Vivar (2012), com as relações da família com outras pessoas do seu ambiente próximo, como são exemplo outros familiares, colegas de trabalho e amigos.

Por vezes, a hospitalização de um doente numa UCI requer apoio de outros indivíduos fora do ambiente familiar. Estas pessoas, que se encontram mais afastadas do doente, tendem a mostrar mais ansiedade, ao contrário daqueles que estão permanentemente em contacto com

ele. Neste sentido, os horários rigorosos das visitas presentes na maioria das UCIs interferem, na maioria das vezes, no momento de satisfazer essas necessidades. Os horários inflexíveis são percebidos particularmente como negativos e causadores de stresse pelos familiares, que sugerem que a sua falta de controlo produz sentimentos de impotência. Como assinalam Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano e Andrés (2006), os membros da família também apresentam “necessidades sociais”, ou seja, precisam manter a proximidade com o doente, poder vê-lo regularmente, etc., embora o horário rigoroso de visitas e a falta de uma infraestrutura adequada interfiram muitas vezes na tentativa de satisfação das mesmas necessidades. Os familiares afirmam também que a duração das visitas é de curta duração, ou seja, gostariam de permanecer mais tempo junto do doente ou, inclusive, poder visitá-lo em horários adicionais aos pré-estabelecidos.

No estudo desenvolvido por Camponogara et al. (2013), as maiores necessidades sentidas foram aquelas relacionadas às falhas no processo de comunicação com a equipa, à ausência de orientações e ao curto período de visita. Para os mesmos autores, “adaptar os horários de visita, por exemplo, é uma medida eficaz para o controle do stresse da família causado pela internação, além de fortalecer o vínculo dela com a equipe” (p.629).

Vários familiares e amigos querem envolver-se com mais assiduidade no cuidado do doente crítico internado em UCI, contudo, sentem-se desconfortáveis cuidando deles numa situação tão adversa e pressentem que podem prejudicar o seu estado de saúde ao colaborarem. O apoio aos indivíduos do círculo de amigos do doente, quando pretendem ajudar devem ser incentivados, embora não devam ser forçados, porque pode dar origem a situações traumáticas (Al-Mutair et al., 2014). Neste contexto, e seguindo o raciocínio de Camponogara et al. (2013), cabe destacar que:

Cuidar do ser humano não é apenas cuidar do seu corpo, mas, sim, de seu universo, que inclui a família e o contexto social no qual se insere. O cuidado consiste na tomada de decisões e no desenvolvimento de atividades com a família, durante a hospitalização, quando a enfermagem e a família, em um processo de interação, buscam conhecer-se mutuamente, compartilhando e negociando conhecimentos, crenças e valores em situação de saúde e doença. (p.629)

#### *1.4.4. Necessidades práticas*

Relativamente às necessidades práticas dos familiares e acompanhantes dos doentes internados numa UCI, assinala-se que estas estão relacionadas com tudo o que contribui para

que estes elementos sintam bem-estar. Refere-se como exemplo: as salas de espera, os contactos telefónicos, os bares e restaurantes e a proximidade física da unidade, entre outras. Pardavila Belio e García Vivar (2012) referem que este tipo de necessidades é mencionado pelos familiares como as menos relevantes. Deste modo, torna-se visível que as necessidades identificadas como mais importantes para os familiares e amigos do doente crítico internado numa UCI, são a informação, a segurança e a proximidade, bem como aquelas a que atribuem menos relevância como o conforto que lhes é dispensado nas unidades hospitalares de cuidados intensivos (Freitas, Kimura & Ferreira, 2007; Obringer, Hilgenberg & Booker, 2012; Verhaeghe et al., 2005; Yang, 2008).

Quando um doente é hospitalizado numa UCI, as famílias ficam numa situação que, por vezes, requer apoio de outros indivíduos. No entanto, fica patente que, ocasionalmente, os profissionais de saúde não atribuem grande relevância a estas necessidades, quer porque consideram que os familiares e amigos do doente “obstruem o trabalho do hospital”, quer pelas atividades que se relacionam com os “inúmeros procedimentos técnicos, muitos deles invasivos, aos quais o paciente está exposto, além da rígida normatização para prevenir e controlar infeções hospitalares” (Camponogara et al., 2013, p.628).

As salas de espera são, na sua essência, um lugar apropriado para as pessoas, que experienciam situações parecidas se apoiarem reciprocamente, pelo que é importante prestar atenção aos pequenos detalhes, para promover o seu conforto. A evidência indica que os profissionais de saúde e as administrações dos hospitais, na maioria das vezes não dão especial atenção a estes locais e as necessidades que carecem, executando reduzidos trabalhos nestes locais, no entanto, é reconhecido por todos que este tipo de apoio é uma ajuda significativa que contribui para o bem-estar dos familiares e das pessoas que visitam os doentes. Segundo Alvarez e Kirby (2006), é extremamente importante ter em conta pequenos detalhes na sala de espera, nomeadamente ter acesso ao telefone e proporcionar conforto aos familiares em situações de sofrimento, tentando desta forma aliviar esse mesmo sofrimento.

A presença na sala de espera da UCI de um assistente social pode ajudar os familiares a enfrentar a sua situação crítica, bem como a utilização de grupos de apoio, a quem os familiares possam expressar as suas emoções e as suas preocupações (Al-Mutair et al., 2014).

Em suma, as necessidades cognitivas, emocionais, sociais e práticas, dos familiares de um doente internado numa UCI, mais relevantes são, entre outras, obter informação fidedigna,

oportuna e compreensível, não lhes criando falsas expectativas; acreditar que há esperança, confiança e empatia, disponibilidade e respeito; bem como estar próximo do seu familiar doente, com regras bem definidas e claras; tranquilidade; e sentir que o seu familiar internado recebe sem restrições, cuidados de saúde de elevada qualidade.

Por conseguinte, são os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, os elementos essenciais e, mais adequados, para identificar e satisfazer as necessidades familiares dos doentes internados numa UCI (Khalaila, 2014; Padilla, 2014). A equipa de profissionais de saúde está em contacto permanente com o doente e com os seus familiares, o que lhes proporciona uma posição privilegiada para os auxiliar a fazer face à situação crítica que estão a enfrentar. Deste modo, o ideal para as famílias é a presença de um profissional de saúde competente nas suas aptidões técnicas, que possua uma visão integral, uma linguagem clara e focado na pessoa em vez de na doença, e que possa dar resposta às necessidades emocionais que surjam ao longo da hospitalização do doente crítico (Auerbach et al., 2005; Blanca Gutiérrez, Blanco Alvariño, Luque Pérez & Ramírez Pérez, 2008).

Assim, os profissionais das equipas de saúde são os mais indicados, quando é necessário reconhecer as necessidades, quer do doente crítico, quer dos seus familiares e amigos, devido à sua proximidade com eles. No entanto, deve consciencializar-se todos os intervenientes das equipas multidisciplinares para identificarem as necessidades e criarem estratégias de forma conjunta. A hospitalização de um doente crítico é um momento difícil, não só para o próprio doente mas também para a sua família mais próxima, bem como para os seus amigos e colegas, uma vez que estes indivíduos mais chegados aos doentes ficam afetados pela experiência e pela situação crítica que atravessa o seu familiar ou amigo. A sua saúde e o seu próprio bem-estar podem ficar afetados pelo facto de não se satisfazerem as suas Necessidades e pelas ações e decisões das equipas de profissionais de saúde que acompanham o doente.

Para além disso, deve realçar-se que os familiares têm um papel crucial durante todo o processo, uma vez que são o apoio mais importante para o doente durante a sua hospitalização na UCI. Por isso, fica patente a necessidade do seu cuidado e do seu apoio. Uma adequada avaliação das famílias e das suas Necessidades durante a hospitalização permitirá elaborar programas de intervenção ajustados a cada familiar, que se reflete num cuidado indireto ao doente.

## **2. CONCEPTUALIZAÇÃO DE BEM-ESTAR**

O bem-estar humano é um conceito subjetivo, sobre o qual é difícil encontrar consenso. A dificuldade na sua delimitação conceitual está relacionada com a sua complexidade no seu estudo, determinado pelo seu carácter temporal, a sua natureza demarcada, onde interferem fatores objetivos e subjetivos. Um dos componentes essenciais do bem-estar é a satisfação pessoal com a vida. Essa satisfação surge no início de uma transação entre o indivíduo e o seu ambiente micro e macrosocial, com os seus elementos atuais e históricos, onde se incluem as condições objetivas materiais e sociais, que oferecem ao ser humano determinadas oportunidades para a sua realização pessoal (Neto & Mullet, 2004).

Estudar o bem-estar é essencial, uma vez que, a nível social, abrange áreas determinantes como a mobilização de massas nas alterações sociais e a responsabilidade comum perante factos ambientais e ecológicos. A nível individual, o bem-estar tem em conta aspetos qualitativos e quotidianos do ser humano ligados à sua felicidade que diversas categorias sociais, como o desenvolvimento económico, não podem por si só explicar.

A procura do bem-estar, da felicidade e da vida sentida em pleno tem sido um objetivo comum nas mais diversas sociedades. Porém, a forma de o alcançar varia no modo de definir o seu conceito, de o avaliar e de o colocar em prática, ou como na situação em que o indivíduo se encontra quando se satisfazem as suas necessidades e quando se prevê que continuem a ser satisfeitas (Navarro, 1994). Porém, outros autores argumentam que o bem-estar está relacionado com a forma como os indivíduos experienciam a sua vida de forma positiva (Diener, Suh & Oishi, 1997), a qual inclui apreciações cognitivas e reações afetivas. Ou seja, o quanto um indivíduo aprecia a vida que leva. Desta forma, o bem-estar é uma experiência humana vinculada ao presente, mas também com projeção no futuro, uma vez que se produz em função de objetivos e na concretização de determinados bens. Este argumento indica que o bem-estar é a avaliação da congruência entre os objetivos desejados e os obtidos na vida do ser humano (Lawton, 1972).

A noção de bem-estar apresenta-se como um conceito avaliativo e gradual. É um conceito que conjuga diversas características, entre elas, as que se relacionam com contextos exteriores do indivíduo, designadamente o seu poder económico, a sua posição social, as suas comodidades, o tempo livre de que dispõe, o acesso aos serviços de saúde e à educação, com as situações que apontam para a posse de determinadas condições internas do indivíduo ou estados de

ânimo considerados como essenciais, nomeadamente o prazer, a felicidade, a satisfação, a dignidade, a esperança, e geralmente tudo o que resulta da realização dos seus desejos, anseios e planos de vida pessoais (Valdés, 1991). O bem-estar possui ainda um carácter determinado por múltiplos fatores e uma índole temporal, onde são intervenientes elementos objetivos e subjetivos.

Porém, salienta-se que o conceito de bem-estar é de natureza abstrata e complexa, indiretamente avaliável e pode ser definido de diferentes formas, de acordo com a teoria de bem-estar considerada. A sua noção implícita, apesar de ter conformado apreciações diversas ao longo da história, geralmente influenciados por eventos sociais e económicos dos próprios momentos, é de que é um objetivo comum e universal do ser humano (Alkire, 2002).

## **2.1. Bem-Estar Subjetivo**

O nível de satisfação de um ser humano não pode, nem apreciar-se, nem entender-se, com base em conceitos disciplinares de bem-estar particulares. Assim, a sua avaliação requer abordagens em vários sentidos, que tenham origem nos indivíduos e não em conceções tendenciosas e incompletas que as diferentes disciplinas elaboram dos seres humanos. A qualidade de vida (QdV) revela diferentes aceções. Assim, se por um lado salienta a presença de condições consideradas necessárias para se viver uma vida nas melhores condições, por outro, salienta a prática de viver como tal. Esta última aceção abre o caminho para a consideração de fatores que dependem mais da atuação e perceção do indivíduo sobre a sua vida, do que das condições objetivas em que esta se desenvolve (Veenhoven, 1994). Esta conceção justifica, assim, a introdução do conceito de Bem-Estar subjetivo ou pessoal como um dos elementos relevantes dos estudos da QdV.

Neste sentido, esta área de estudo refere três elementos fundamentais e característicos que designam a sua natureza subjetiva, que se fundamenta na própria experiência do indivíduo; a sua dimensão global, uma vez que inclui uma valorização, ou julgamento de todas as configurações da sua vida; e a necessária inclusão de medidas positivas visto que a natureza está para além da mera ausência de fatores negativos (Diener, 1994).

O bem-estar subjetivo é uma categoria ampla de fenómenos que incluem respostas emocionais das pessoas, satisfação de domínios e avaliações globais de satisfação com a vida. Por conseguinte, cada um dos constructos específicos deve ser compreendido

individualmente, sendo que ambos se correlacionam basicamente sugerindo a necessidade de um fator de ordem superior (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Assim, o bem-estar subjetivo define-se como uma área geral de interesse cujas principais categorias e subcategorias podem ser observadas na Tabela 1.

**Tabela 1.**

Componentes do Bem-Estar Subjetivo

<b>Afeto positivo</b>	<b>Afeto negativo</b>	<b>Satisfação com a vida</b>	<b>Domínios de satisfação</b>
Alegria	Culpa e vergonha	Desejo de mudar de vida	Trabalho
Euforia	Tristeza	Satisfação com a vida atual	Família
Satisfação	Ansiedade e preocupação	Satisfação com o passado	Lazer
Orgulho	Raiva	Satisfação com o futuro	Saúde
Carinho	Stresse	Satisfação com a forma como os outros vêm a nossa vida	Finanças
Felicidade	Depressão		Satisfação consigo próprio
Êxtase	Inveja		Satisfação com os demais

Fonte: Adaptado de Diener et al. (1999).

As definições de bem-estar subjetivo, por vezes, não surgem explícitas na diversa literatura existente. São, na maioria das vezes, os autores que definem a felicidade ou o bem-estar. Estas conceções podem, no entanto, ser agrupadas em três categorias (Diener & Diener, 1995). A primeira descreve o bem-estar como a avaliação do indivíduo da sua própria vida relativamente aos seus elementos positivos. Este conjunto de conceções está, deste modo, relacionado com a satisfação com a vida. A segunda categoria incide no predomínio dos sentimentos ou afetos positivos sobre os negativos. Este conceito teve início nos estudos de Bradburn (1969) e na sua escala do balanço efetivo. Para este autor, a felicidade resulta do julgamento global que os indivíduos efetuam ao comparar os seus sentimentos positivos com os negativos. A definição de bem-estar através desta perspetiva está mais próxima da utilização deste termo no dia a dia. Neste sentido, entende-se que um indivíduo é mais feliz quando na sua vida prevalece a experiência afetiva positiva sobre a negativa. A terceira e última categoria está mais próxima das abordagens filosófico-religiosas, que concebem a felicidade como uma virtude ou graça. Por conseguinte, as definições de bem-estar enquadradas nesta categoria são consideradas normativas, uma vez que não contemplam um bem-estar subjetivo mas a posse de uma qualidade desejável (Coan, 1977).

O bem-estar subjetivo é definido por Veenhoven (1984) como a intensidade com que o indivíduo ajuíza de um modo geral ou global a sua vida em termos positivos ou, por outras palavras, em que medida o indivíduo está satisfeito com a vida que tem. Segundo este sociólogo, o indivíduo utiliza dois elementos nesta avaliação, os seus pensamentos e os seus

afetos. A componente cognitiva, da satisfação com a vida, revela a disparidade percebida entre os seus ensejos e as suas realizações, cujos traços avaliativos vão desde a sensação de realização pessoal até à experiência vital de fracasso ou decepção. O elemento afetivo compõe o plano hedónico, ou seja, é o elemento que contém o prazer experimentado pelo indivíduo com os seus sentimentos, emoções e estados anímicos mais frequentes.

Outros autores consideram o bem-estar subjetivo como a expressão da afetividade (Warr, 1990). Para Lawton (1972), e como já referido, o bem-estar subjetivo é observado como uma apreciação cognitiva, como uma avaliação da harmonia entre os objetivos desejados e os obtidos na vida de um indivíduo, enquanto Diener et al. (1997) sugerem um conceito mais integrador ao considerarem o bem-estar subjetivo como a avaliação da vida pelos indivíduos através dos seus julgamentos cognitivos e das reações afetivas.

No conceito de bem-estar está implícita a experiência pessoal, pelo que abordar este conceito pode considerar-se uma redundância. Existe uma particular relação do afetivo e do cognitivo, pelo que o bem-estar é definido pela maioria dos autores como a valoração subjetiva que designa a satisfação das pessoas e o seu grau de complacência com aspetos específicos ou globais da sua vida, nos quais predominam os estados de ânimo positivos. O bem-estar enfatiza uma natureza vivencial no seu sentido mais abrangente, pelo que é indispensável esclarecer o seu vínculo com outras categorias de natureza mais social. Segundo Galinha e Pais Ribeiro (2005), o bem-estar subjetivo abrange a “... existência de uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva ... conceptualizados como a Satisfação com a Vida e como o sentimento de Felicidade” (p.211), é constituído essencialmente por “... três componentes interrelacionados mas separados, a Satisfação com a Vida Global, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo” (p.211), e é:

... um estado afectivo duradouro (de longo termo) que é composto por três componentes: a experiência acumulada de Afecto Positivo em domínios da vida salientes; experiência acumulada de Afecto Negativo em domínios da vida salientes; e avaliação da Satisfação com a Vida global ou em domínios da vida importantes. (Galinha & Pais Ribeiro, 2005, p.211)

O termo bem-estar psicológico é, por vezes, utilizado como sinónimo de bem-estar subjetivo, de facto, ambos os termos estão estritamente relacionados. O bem-estar psicológico pode considerar-se como uma parte do bem-estar que constitui o nível psicológico, sendo o bem-estar geral ou o bem-estar subjetivo o que é constituído por outras influências, como a satisfação das necessidades fisiológicas.

## 2.2. Bem-Estar Psicológico

A diferença entre a felicidade do bem-estar assinala que o bem-estar nem sempre é alcançado pelo facto de se conseguir obter os objetos mais valorizados, independentemente do prazer produzido com a sua obtenção. Neste pressuposto inclui-se na definição de bem-estar a realização do verdadeiro potencial individual, enquadrando o conceito na psicologia do funcionamento positivo. Desta forma, recomenda-se aos indivíduos que se preocupem com a autorrealização, visto que as suas necessidades materiais básicas já estão satisfeitas (Inglehart, 1997).

O bem-estar psicológico foi amplamente estudado, especialmente após a introdução do modelo multidimensional de Ryff (1989), que propõe seis dimensões num conjunto positivo *versus* negativo de avaliação da perceção do indivíduo. A primeira dimensão é a autoaceitação e refere-se à avaliação positiva atual e passada do indivíduo. A autonomia representa a segunda dimensão e está relacionada com o sentido de autodeterminação e a independência do indivíduo. Por sua vez, a terceira dimensão refere-se ao crescimento pessoal e está relacionada com o sentido de crescimento e desenvolvimento do indivíduo como pessoa. A quarta dimensão do bem-estar psicológico designa o propósito da vida e refere-se à certeza de que a vida tem algum sentido e algum desígnio para o indivíduo. A dimensão das relações positivas com os outros, é a quinta dimensão do bem-estar psicológico, e faz referência ao domínio ou desenvolvimento de relações de qualidade com os outros. Por último, a dimensão do domínio do ambiente refere-se à capacidade de gerir o ambiente onde se encontra o indivíduo e à utilização efetiva das oportunidades que este lhe oferece (Ryff, 1989).

Posteriormente, Ryff e Keyes (1995) efetuaram uma diferenciação entre bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo e estabeleceram que a satisfação na vida pode ser um indicador de bem-estar psicológico. Por conseguinte, o bem-estar psicológico é um bem-estar mais intenso e de maior durabilidade que o bem-estar subjetivo. O bem-estar psicológico é o esforço desenvolvido pelo indivíduo para aumentar as próprias capacidades e potencialidades, de modo a que a sua vida tenha significado próprio, e lhe permita alcançar, com esforço e superação, objetivos valiosos, apesar das adversidades da vida (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

O modelo multidimensional inclui elementos relacionados com o desenvolvimento humano, como a autonomia, a autoaceitação, as relações positivas com os outros, o domínio ambiental, o propósito na vida e o crescimento pessoal. Neste modelo, o bem-estar psicológico desenvolve-se através do ciclo da vida e conceptualiza-se como um objetivo nesse processo de desenvolvimento direcionado para a perfeição que representa o desenvolvimento do potencial verdadeiro de cada indivíduo (Öosterwegel & Oppenheimer, 2002; Ryff & Singer, 2001).

O bem-estar psicológico é o resultado que se obtém entre realidades conseguidas, desejos, possibilidades, expectativas interpretadas como noção de prazer e satisfação, e competências de enfrentamento com o objetivo do indivíduo conseguir adaptação (Molina & Meléndez, 2006), fundamenta-se no crescimento das atitudes e no desenvolvimento pessoal como indicadores fundamentais do funcionamento positivo (Díaz et al., 2006). Está relacionado com o estado emocional e mental que determina o funcionamento psíquico apropriado no indivíduo através do seu paradigma pessoal e a forma de se adaptar às exigências externas e internas do ambiente social e físico. Ou seja, está relacionado com a obtenção de experiências positivas, com a capacidade de aceitar ou rejeitar aquelas que são inadmissíveis, e com a capacidade de se habituar às diferentes situações com flexibilidade (Echeverría, 2005). Por conseguinte, é um conceito que abrange magnitudes sociais, quer subjetivas, quer psicológicas, bem como comportamentos vinculados à vitalidade e à força que permitem aos indivíduos agir de forma mais positiva.

O bem-estar psicológico transcende a reação emocional imediata e o estado de ânimo como tal. É um conceito que exprime o sentir positivo e o pensamento construtivo do ser humano relativamente a si próprio, que se define como a natureza subjetiva vivencial e que está relacionado precisamente com os elementos individuais do funcionamento físico, psíquico e social. O bem-estar possui elementos reativos, transitórios, ligados à esfera emocional, e elementos estáveis conexos ao cognitivo e à avaliação. Ambos, ligados entre si e particularmente influenciados pela personalidade como sistema de interações complexas, e pelas circunstâncias do meio ambiente, designadamente as mais estáveis. Isto é, o bem-estar psicológico engloba as competências do *self* relacionadas com a satisfação e o afeto, cujo objetivo fundamental é a procura da excelência pessoal de autorrealização, pelo que existe uma correlação entre as aspirações e as realizações, os afetos positivos e os negativos e a

felicidade (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008).

### **2.3. Bem-Estar Social**

O bem-estar social surge como uma necessidade de ter em consideração o individual e o social, o universo dado e o universo intersubjetivo construído, a natureza e a história. Por conseguinte, deste modo a existência têm relação com a saúde cívica e o capital social (Putnam, 2000), com a saúde física (Martínez et al., 2004) e particularmente com a saúde mental (Keyes & Shapiro, 2004; US Public Health Service, 1999).

O bem-estar social é, desta forma, a valorização que se efetua das circunstâncias e do funcionamento do indivíduo no seio da sociedade e é constituído por cinco dimensões: a integração social, a aceitação social, a contribuição social, a atualização social e a coerência social (Keyes, 1998).

Para esta autora, a integração social é definida como a avaliação da qualidade das relações que o indivíduo mantém com a sociedade e com a comunidade. Por sua vez, a aceitação social, do ponto de vista do bem-estar e da saúde, tem na integração o ponto de partida para o consentimento do indivíduo. É indispensável ao indivíduo estar e sentir-se pertencente a um grupo, a uma comunidade, mas também é necessário que essa pertença goze, pelo menos, de confiança, aceitação e atitudes positivas face aos outros, e aceitação dos elementos positivos e negativos da nossa própria vida. Estes elementos, segundo a autora, são indicadores de saúde mental.

A contribuição social parte do princípio da confiança, em nós e nos outros, acompanhada do sentido de utilidade, ou seja, de que o indivíduo é um elemento vital da sociedade e que tem algo para oferecer ao mundo, e que esse algo é valorizado (Keyes, 1998). Esta confiança é o que Bandura (1997) designa como autoeficiência do exercício de controlo e define-a como as crenças nas nossas capacidades para organizar e levar a cabo ações capazes de alcançar determinados objetivos. Por conseguinte, contribuição é sinónimo de utilidade, proveito, eficácia e contribuição para o bem comum.

A atualização social é uma dimensão que se focaliza no conceito de que a sociedade e as instituições que a constituem são elementos dinâmicos, que se movem numa determinada direção com o objetivo de alcançar metas e objetivos dos quais podemos beneficiar, como a

confiança no progresso e as alterações sociais. No entanto, a atualização social tem implícita a certeza de que a sociedade controla o seu destino, sabe os caminhos que percorre e tem no seu horizonte um futuro. Desta forma, os indivíduos mais saudáveis do ponto de vista mental creem no futuro da sociedade, no seu potencial de crescimento e de desenvolvimento, e na sua capacidade para produzir bem-estar (Keyes, 1998).

Por último, a coerência social refere-se à capacidade que o indivíduo possui para entender a sua dinâmica. É a percepção da qualidade, organização e funcionamento do mundo social, e inclui a preocupação de se inteirar do que ocorre no mundo (Keyes, 1998). Ou seja, os indivíduos saudáveis não se preocupam exclusivamente por conhecer o tipo de mundo em que vivem, como também têm a sensação de que são capazes de compreender o que acontece à sua volta. O indivíduo dá, deste modo, um sentido ao que se passa, e encontra uma lógica nos acontecimentos que o rodeiam.

As perspetivas, subjetiva e psicológica, do bem-estar estudam o mesmo processo psicológico, contudo, utilizam indicadores diferentes para avaliá-lo. Assim, o bem-estar observado através de um olhar psicológico e social não consiste unicamente na ausência de sintomas de ansiedade, depressão, ou no qual as emoções positivas se sobrepõem às negativas, mas também que o indivíduo se respeite e se valorize a si mesmo, que tenha relações positivas com os outros ou perceba um apoio social satisfatório, que atribua sentido e propósito à sua vida, bem como acredite que se está a realizar como pessoa.

## **2.4. Bem-Estar dos Familiares**

Atualmente, é evidente que a necessidade de prevenir e aliviar o sofrimento, controlando os sintomas e fornecendo apoio a doentes e familiares, procurando manter e melhorar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida (QdV), é comum a todas as fases da doença grave, quer esta seja terminal ou não. Este objetivo, que é o que define o cuidado paliativo, deve ser integrado com o tratamento curativo ou restaurativo dos doentes desde o primeiro momento, como parte essencial da medicina intensiva, independentemente do doente e do estado físico em que se encontra. Assim, ajustar o tratamento curativo e paliativo nas unidades hospitalares, não é mais do que a aplicação dos princípios dos cuidados centrados no doente e na família à situação do doente crítico internado na UCI, orientada por valores e princípios de dignidade e respeito (Balik, Conway, Zipperer & Watson, 2011; World Health Organization [WHO],

1995). Neste sentido, as UCIs devem prosseguir para a humanização dos cuidados e criar um ambiente que reduza o sofrimento, com horários de visita abertos, precavendo exames desnecessários e, dentro do possível, a monitorização invasiva e o ruído.

O conceito de bem-estar é utilizado, quer em termos médicos especializados, quer no âmbito da linguagem diária. Contudo, apesar da sua utilização frequente e da ambiguidade do seu conteúdo, a maioria dos trabalhos científicos, sobretudo, os que se referem ao cuidado do doente crítico, definem-no de modo pouco operacional (Oleson, 1990; Veenhoven, 1996).

Segundo Schalock e Verdugo (2002), o bem-estar de um indivíduo pode definir-se como a sensação global de satisfação ou alívio das necessidades – físicas, psicológicas – emocionais, sociais e/ou espirituais, de forma intermitente, contínua ou esporádica.

Desta definição de bem-estar deduz-se o seguinte:

- 1) É subjetivo, uma vez que é o próprio indivíduo que avalia as circunstâncias de vida de maneira individual e varia de uma pessoa para a outra;
- 2) Não é estático mas variável e deve ser considerado em cada momento – temporalidade – isto porque o bem-estar de uma pessoa varia em função da evolução de um dado problema, necessidade, recurso, prioridade e valor. De facto, oscila ao longo de um contínuo em cujos extremos opostos teríamos, por um lado, uma sensação de máxima inquietação ou mal-estar e, por outro lado, uma sensação de máximo bem-estar ou conforto. Não obstante, a sensação de bem-estar pode, ou não, produzir-se, e pode, ou não, aumentar ou diminuir, dependendo do grau em que o indivíduo consiga satisfazer ou aliviar as necessidades que em cada momento perceba como prioritárias, por exemplo: resolver o problema do familiar internado, restabelecer relações passadas, despedir-se dos entes queridos, redigir o seu testamento, entre outros;
- 3) Considera a pessoa como um todo integrado, no qual coexistem uma série de dimensões – somáticas, psicológicas-emocionais, sociais e espirituais, cada uma delas com determinado peso no balanço que, consciente ou inconscientemente, a própria pessoa faz sobre o seu estado (Veenhoven, 1996).

Portanto, as dimensões que constituem o bem-estar são dinâmicas e o indivíduo pode, num determinado momento, dar primazia a uma dimensão sobre as demais.

Para Ferreira (2007), o bem-estar psicológico é:

uma avaliação subjectiva que os indivíduos fazem das suas vidas, incluindo conceitos como a satisfação com a vida, a felicidade, as emoções agradáveis, os sentimentos de realização pessoal e de satisfação com o trabalho e a qualidade de vida, em detrimento de sentimentos negativos e desagradáveis. (p.1)

O permanente acompanhar da degradação física de um familiar e a eminência da sua morte podem constituir uma experiência altamente traumatizante e negativa para os sistemas familiares (Pereira, 2010).

No entanto, os familiares do doente necessitam de descansar e aliviar a carga emocional, social e, por vezes, económica, que a doença originou. Mesmo na ausência de perturbações psicológicas, emocionais e físicas, a família pode não estar preparada para enfrentar as necessidades do doente, pelo que é importante considerar as diversas características dos doentes, visto que o denominador comum nestes casos aponta para o mal-estar geral que enfrentam condicionando a que o bem-estar psicológico sejam afetados de forma considerável. Nesta fase da vida do doente, e especialmente de cuidados paliativos, o objetivo é habilitar e difundir nos doentes e nas suas famílias todas as capacidades para intervir no sofrimento com origem na doença e dar resposta às necessidades experimentadas pelos doentes e pelas famílias (Irwin & Ferris, 2008).

### **3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

As UCIs compreendem componentes de desenho, organização, níveis de pessoal, aptidões, políticas administrativas e outros específicos para a área que estão vocacionadas, embora todas elas compreendam determinados requisitos gerais. Assim, estas UCIs atendem doentes gravemente doentes ou potencialmente graves, nas quais trabalham enfermeiros com formação especializada na proporção de um enfermeiro para um a três doentes<sup>1</sup>, possuem um médico como orientador de atendimento ao doente e administrador da unidade, tem apoio laboratorial de suporte a cuidados agudos durante as vinte e quatro horas, e fornece uma variada gama de serviços tecnológicos com auxílio de médicos especialistas, enfermeiros e pessoal auxiliar (Berenson, 1984).

---

<sup>1</sup> O número de enfermeiros necessário e desejável nas UCI/SMI de acordo com o número de camas é difícil de estabelecer de uma maneira padronizada já que logicamente variará com as características das UCI, do tipo de assistência prestada dentro e fora da unidade, com a complexidade dos doentes, entre outros factores. No entanto, o direito fundamental de qualquer cidadão em estado de doença crítica, ser assistido e tratado por profissionais qualificados e recursos adequados, não pode ser colocado em causa (OE, 2018, p.1).

Os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) estão direcionados para a vigilância e tratamento de doentes em situação clínica crítica, que pode, contudo, ser reversível, e que têm necessidade de permanente monitorização e apoio das funções vitais, sendo para tal tratados em horário continuado, por pessoal médico e de enfermagem especializado. Estes serviços de SMI prestam cuidados a doentes críticos com patologias médicas e cirúrgicas e, deste modo, existem fatores relevantes na abordagem de uma UCI: fragilidade e grau de dependência dos doentes; tempos de permanência no serviço, por vezes longos; necessidade de assistência permanente por pessoal altamente especializado; utilização de equipamentos de grande complexidade e diferenciação (Unidade de Instalações e Equipamentos/Administração Central dos Serviços de Saúde [UIE/ACSS], 2013). É um serviço permanente, de horário contínuo, sem interrupções durante as 24 horas, que exige redobrados cuidados, quer ao nível das solicitações, quer das exigências, que impõe também muita disponibilidade e respostas técnicas a dar aos doentes (UIE/ACSS, 2013).

A classificação das áreas onde se praticam cuidados intensivos é, segundo a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, escalonada em três níveis, sendo que o nível III corresponde aos denominados SMI/UCIs, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o serviço ou unidade típica dos hospitais com urgência polivalente (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003).

Deste modo, as UCIs em hospitais portugueses devem referir-se exclusivamente a unidades de nível III.

Em Portugal, as primeiras UCIs surgiram na década de 50 do século XX, que permitiram a formação dos primeiros especialistas nesta área (J. Paiva et al., 2017). No entanto, os primeiros registos remetem-nos para os Hospitais Universitários de Coimbra e do Porto e para a década de 60, onde os cuidados ao doente crítico eram efetuados em salas próprias, designadas de reanimação ou de cuidados especiais, normalmente alocadas aos serviços de urgência (Moreno, 2000).

Nos anos seguintes, as UCIs difundiram-se rapidamente, sustentadas pelos diferentes avanços científicos e tecnológicos, que tornaram possível tratar situações clínicas até então impensáveis. Atualmente, os principais hospitais, nomeadamente os que cuidam de doentes críticos, possuem unidades deste tipo e pode afirmar-se que a sua existência se fundamenta, entre outros: na disponibilidade de tecnologia própria; desenvolvimento de ventilação mecânica e métodos de suporte vital; disponibilidade de sistemas de monitorização para a deteção de alterações hemodinâmicas, entre outras; desenvolvimento de terapêuticas novas e eficazes, como são os transplantes de órgãos, a cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea e outras; os desígnios sociais e a necessidade de racionalizar, otimizar e conter as despesas de uma especialidade que consome uma elevada quantidade de recursos sanitários e financeiros (DGS, 2003).

### ***Competências do enfermeiro***

Os cuidados intensivos são uma vertente complexa e dinâmica que têm como objetivo responder às necessidades dos doentes em estado grave ou crítico e às suas famílias.

O papel do enfermeiro dos cuidados intensivos é essencial para oferecer cuidados baseados na evidência e, neste pressuposto, o enfermeiro é um elemento essencial da equipa multidisciplinar dos cuidados intensivos. No entanto, devido à crescente complexidade e à natureza holística dos cuidados intensivos, é necessário que os enfermeiros dos cuidados intensivos conjuguem determinadas competências, conhecimentos e atitudes, pelo que, para garantirem estes objetivos, os enfermeiros devem ter uma formação adequada na área específica dos cuidados intensivos e permitir que lhes sejam dadas oportunidades de desenvolvimento e ferramentas próprias para desenvolver essas competências.

As competências em enfermagem não são conhecimentos ou habilidades fragmentadas, mas sim um conjunto de saberes combinados que não se transmitem, mas que se constroem a partir da prossecução de atividades de aprendizagem. Estas, gravitam à volta da importância e da revalorização que se dá ao profissional, sendo o seu potencial, a sua inteligência, o seu conhecimento e a sua criatividade que adquire relevância para adaptação às mudanças, gerando, dentro da gestão ao cuidado do doente, uma nova via para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Por conseguinte, deste ponto de vista, as competências em enfermagem são um referencial emergente que facilita a tarefa profissional, permitindo,

assim, uma sinergia na equipa interdisciplinar e multidisciplinar das UCIs (Calderón, 2012; K. Paiva & Junior, 2012).

Porém, a avaliação das competências do enfermeiro é mais evidente no papel que desenvolve na assistência ao doente, transformando-se num profissional competente aquele que é capaz de aplicar os conceitos aprendidos, adaptando a sua atuação à situação que se lhe depara. Neste sentido, o nível de competências do enfermeiro depende de determinantes individuais e do contexto onde está inserido (Camelo, 2012).

As características individuais que constituem a competência estabelecem um conjunto de grandezas e compreendem uma série de conhecimentos, habilidades e atitudes que se articulam em determinadas dimensões, entre elas destacam-se a dimensão cognitiva e da aprendizagem, que inclui, para além dos conhecimentos básicos, a capacidade de aprender com as experiências da vida, a capacidade de formular perguntas e formular hipóteses sobre as experiências da prática clínica, a curiosidade, a capacidade de atenção, a gestão da informação, a adequação dos próprios conhecimentos, a capacidade de análise e resolução de problemas abstratos, e a observação e autocrítica dos próprios processos de pensamento; a dimensão técnica que compreende o conjunto de habilidades mentais para a organização e gestão do tempo e dos recursos; a dimensão integradora que faz referência às estratégias de raciocínio clínico, a aplicação dos conhecimentos a situações reais, a incorporação nas relações de elementos de juízo clínico, científico e humano, bem como a gestão da incerteza; a dimensão das relações que explicam a sua capacidade para partilhar e transmitir os conhecimentos, habilidades e atitudes, as disposições para o trabalho de equipa, as habilidades de comunicação e a capacidade para gerir situações de conflito; a dimensão moral e afetiva, relativa à ética e aos valores, que incluem os aspetos relacionados com a inteligência emocional, a capacidade para cuidar e atender, a sensibilidade, o respeito para com os outros e a tolerância ao stress; e a dimensão política, que comporta a habilidade para se incorporar na política e nas organizações de poder inerentes à manutenção do seu profissionalismo (Camelo, 2012; Juve et al., 2007; K. Paiva & Junior, 2012).

A competência constrói-se através das inter-relações das diversas dimensões, ou seja, adquire-se um equilíbrio entre dimensões, produzindo-se, desta forma, um aumento no perfil de competências e, portanto, um desempenho de sucesso.

No seio da enfermagem, este desempenho tem sido favorecido, uma vez que nas suas disciplinas educativas têm sido incorporados novos processos para evidenciar a formação através duma perspetiva mais completa. Isto exige mudanças na estrutura organizativa da formação para as competências que devem desenvolver os profissionais para fazer face aos problemas mais relevantes da saúde. A especialização no seio da enfermagem tem sido favorecida com estes novos métodos de avaliação de competências, nomeadamente nas UCIs, uma vez que estas exigem dos enfermeiros mais conhecimentos técnicos e profissionais, aptidões e destrezas desenvolvidas, com a finalidade de proporcionar cuidados de qualidade a todos os doentes, aos seus familiares e à comunidade, não obstante o trabalho realizado ser alicerçado em conhecimentos adquiridos formalmente nas entidades educativas sem grande ênfase no desenvolvimento das habilidades, e conhecimentos baseados em competências (Camelo, 2012).

Assente nos pressupostos descritos, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, são:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção;
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (Artigo 4.º do Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro, p.8656)

As pessoas com problemas críticos de saúde requerem uma avaliação constante, intensiva e interdisciplinar, bem como procedimentos para restabelecer a sua estabilidade, prevenir complicações ou obter respostas rápidas. O enfermeiro que trabalha nos cuidados intensivos deve, frequentemente, face ao risco de vida, determinar prioridades com rapidez, optar pelas atividades a desenvolver para solucionar os estados de urgência que se lhe deparam, atendendo à complexidade dos problemas de saúde do doente crítico e dos cuidados especializados que estes requerem. Por conseguinte, segundo Martins, Dantas, Marinho, Almeida e Santons (2014), qualquer que seja o diagnóstico ou o contexto clínico, o enfermeiro deve possuir as competências e as habilidades necessárias para cuidar do doente. Assim, face aos doentes com que se depara numa UCI, o enfermeiro e a equipa em que está integrado defrontam-se, em permanência, com situações de vida ou de morte e, devido à natureza tecnológica e científica do espaço onde trabalha, é necessário determinar as

prioridades e os procedimentos técnicos de elevada complexidade, fundamentais na manutenção da vida humana.

Neste sentido, e considerando as competências supracitadas no Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro, o cidadão comum, face a este regulamento, pode esperar do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, entre outros descritores:

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. (p.8656)

O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica:

Intervém na concepção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta. (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro, p.8657)

Além disso, tendo em conta o risco de infeções e o contexto de trabalho, assim como a dificuldade das situações e a diversidade “dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a numerosas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção” (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro, p.8657).

A habilidade do enfermeiro reside na prestação de cuidados de enfermagem, quer físicos, quer psicossociais, executados de forma independente ou em colaboração com outros, em doentes de todas as idades, famílias, grupos ou comunidades de doentes, ou pessoas saudáveis e em todos os locais possíveis para a prática da profissão. O trabalho do enfermeiro serve para proteger, promover e otimizar a saúde e as capacidades intrínsecas do doente, prevenindo doenças e lesões e minimizando o sofrimento. O enfermeiro especialista é caracterizado pela especificidade da sua especialidade, mas também pelo desenvolvimento das relações de confiança com o doente, centrada na sua experiência, na defesa e promoção da sua autonomia, no estímulo de um ambiente saudável, na realização do tratamento e do cuidado, na pesquisa e na participação no desenvolvimento da sua profissão e políticas de saúde.

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências

especializadas relativas a um campo de intervenção. (Regulamento n.º 122/2011, der 18 de fevereiro, p.8648)

A prática da profissão de enfermagem resulta, desta forma, no julgamento profissional nas áreas da promoção da saúde, educação em saúde, prevenção de doenças, atendimento de urgência, assistência curativa, cuidados crónicos e paliativos. Neste sentido, e de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de junho, são competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica:

Na área de enfermagem à pessoa situação crítica, cuidar “da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (p.19359), concentra a sua energia na “resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (p.19359) e potencia “a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (p.19359).

Das diversas habilidades que um enfermeiro especialista competente utiliza para resolver os problemas com que se depara no dia a dia, Phaneuf (2002) elege as capacidades pessoais do enfermeiro para ouvir e observar, a empatia com os doentes e os seus familiares, a sua capacidade de análise e de síntese, os seus conhecimentos profissionais, e as suas aptidões técnicas, organizacionais e relacionais. Porém, a autora salienta a habilidade relacional como determinante, uma vez que o serviço que desempenha está muito próximo da intimidade do doente. Assim, para atingir padrões de excelência, o enfermeiro tem de colocar “a técnica ao serviço da pessoa de forma criativa, transformando assim a prestação de cuidados numa arte, e preservando deste modo a dignidade da pessoa” (Lopes, 2006, p.80).

Por último, no cuidado ao doente crítico são utilizados uma diversidade de equipamentos, materiais e elementos de elevada tecnologia e sofisticação, uma vez que são ferramentas que possibilitam e agilizam o atendimento de forma precisa e segura. Não esquecendo o fator humano do doente como primordial, ao planear e administrar os cuidados a este tipo de doentes, é necessário realizar uma avaliação holística permanente que compreenda a anamnese emocional, pessoal, social e familiar, de que sobressaem configurações relevantes e contributos para orientar o cuidado do doente. Para além disso, conscientes da proximidade com a morte vivenciada por estes doentes internados numa UCI e a efetiva deterioração da sua saúde, é importante ter em conta, ainda, quando planeado o seu cuidado integral, os aspetos espirituais de acordo com as suas crenças religiosas e a presença dos familiares,

aspectos complementares, mas de elevada importância e reciprocamente necessários (Wright & Leahey, 2013).

A circunstância de o enfermeiro estar continuamente na UCI determina que é este profissional de saúde que tem mais conhecimentos do doente, nomeadamente no que se relaciona com aspetos emocionais, fisiológicos, familiares e, por vezes, sociais. Assim, deverá passar pelas tarefas do enfermeiro coordenar com os outros profissionais de saúde o planeamento do cuidado geral e integral do doente sob a sua responsabilidade. Neste pressuposto, o enfermeiro que trabalha na UCI deverá ter algumas habilidades especiais, tais como a experiência em lidar com este tipo de doentes, a estabilidade emocional que lhe permita enfrentar o stress e a morte, a maturidade emocional de forma a respeitar os limites do trabalho de outros profissionais, ter iniciativa e criatividade que lhe alarguem os horizontes para além dos aspetos médicos, ou seja, deve ser crítico, observador, analítico e hábil na administração de emergências, bem como na tomada de decisões que lhe possibilitem alcançar com sucesso os seus propósitos de forma confiável e segura (OE, 2016).

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

### **1. OBJETIVOS, PROBLEMA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

A hospitalização de um familiar numa UCI pode levar os familiares a viver sentimentos de incerteza quanto ao presente e futuro do familiar e alterar a perspetiva de vida da própria família. Assim, é importante não esquecer que este ambiente sociofamiliar tem as suas próprias Necessidades e obriga os profissionais de saúde em geral, e os enfermeiros em particular, a proporcionar cuidados de qualidade não apenas aos doentes mas também aos seus familiares, de modo a minimizar os danos que possam advir da doença e, conseqüentemente, do hospitalização do doente.

Tendo em conta o descrito e considerando o número reduzido de estudos desenvolvidos, é objetivo deste estudo analisar a relação das Necessidades com o Bem-Estar Psicológico dos familiares do doente crítico internados numa UCI.

Os objetivos específicos definidos foram:

- Apresentar algumas características sociodemográficas dos familiares cuidadores do doente crítico numa UCI;
- Avaliar as Necessidades dos Familiares do doente crítico numa UCI;
- Avaliar o Bem-Estar Psicológico dos familiares do doente crítico numa UCI;
- Analisar a relação das Necessidades com o Bem-Estar Psicológico dos familiares do doente crítico numa UCI;
- Analisar as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico em função do género dos familiares;
- Analisar as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico em função da idade dos familiares do doente crítico numa UCI;
- Analisar as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico em função do estado civil dos familiares do doente crítico numa UCI;

- Analisar as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico em função do nível de escolaridade dos familiares do doente crítico numa UCI.

Deste modo, as questões de investigação equacionadas para este estudo foram:

“Será que as Necessidades percebidas pelos familiares do doente hospitalizado numa UCI estão relacionadas com o seu Bem-Estar Psicológico?”; “Será que o sexo, a idade, o estado civil e o nível de escolaridade dos familiares dos doentes hospitalizados numa UCI se relacionam com as Necessidades percecionadas e com o seu Bem-Estar Psicológico?”.

Para dar resposta aos objetivos preconizados e responder às questões de investigação equacionaram-se as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1** - Existe relação positiva e significativa entre as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico dos familiares do doente crítico internado numa UCI;

**Hipótese 2** - Existem diferenças significativas nas Necessidades e no Bem-Estar Psicológico em função do sexo dos familiares do doente crítico internado numa UCI;

**Hipótese 3** - Existe relação positiva e significativa entre as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico e a idade dos familiares do doente crítico internado numa UCI;

**Hipótese 4** - Existem diferenças significativas nas Necessidades e no Bem-Estar Psicológico em função do estado civil dos familiares do doente crítico numa UCI;

**Hipótese 5** - Existe relação positiva e significativa entre as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico e o nível de escolaridade e dos familiares do doente crítico numa UCI.

## 2. METODOLOGIA

Toda a pesquisa científica é um processo para descobrir respostas através de atividades em busca de determinado conhecimento, por meio de investigação planeada de acordo com normas de metodologia científica.

Segundo Fonseca (2006):

Não pode exigir-se ao responsável do projecto que domine minuciosamente todas as técnicas necessárias. O seu papel específico será o de conceber o conjunto de projecto e coordenar as operações com o máximo de coerência e eficácia. É sobre ele que recairá a responsabilidade de levar a bom termo o dispositivo global da investigação. (p.107)

Nesta perspetiva, a abordagem metodológica desta investigação foi do tipo quantitativo por se julgar a mais adequada para o estudo, ou seja, é a abordagem que tem como finalidade “descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após manipulação da variável independente” (Fortin, Côté & Filion, 2009, p.371). Do mesmo modo, há que ter em conta que a pesquisa quantitativa envolve a colheita sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de controlo, utilizando procedimentos estatísticos. Apresenta igualmente um carácter descritivo por descrever e relacionar características e variáveis de uma população, mas também permite correlacionar e examinar a relação entre as variáveis, de modo a determinar a natureza dessas relações (Fortin et al., 2009).

Além das características referidas anteriormente, é frequente a existência de diferentes variáveis, sendo desconhecida a sua interligação, tornando o principal objetivo a descoberta de fatores ligados a um fenómeno. Neste tipo de paradigma são elaboradas questões de investigação, os dados são colhidos quantitativamente com ajuda de escalas e questionários. Preferencialmente, a amostra deve ser a maior possível e representativa da população em estudo (Bullock, Little & Milham, 1992). As variáveis principais em estudo nesta investigação são as Necessidades dos familiares do doente internado numa UCI e o Bem-Estar Psicológico dos mesmos.

## **2.1. População e amostra**

“A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população” (Fortin, 2003, p.202).

Para a concretização dos objetivos do presente estudo, escolheu-se estudar os familiares dos doentes internados numa UCI do norte do país. Não sendo possível aceder à totalidade da população, escolheu-se estudar uma parte dela, incluindo-se na amostra todos os familiares que no tempo definido para a colheita de dados aceitassem colaborar no estudo e tivessem a possibilidade de responder aos instrumentos de colheita de dados. Deste modo, a amostra deste estudo constituiu-se por 92 participantes, 53 (57,6%) do sexo feminino e 49 (42,4%) do sexo masculino (Tabela 2) e que eram familiares de doentes que se encontravam internados numa UCI, num centro hospitalar do norte do país. Os critérios de seleção da amostra foram apenas ser familiar do doente internado, maior de 18 anos e aceitar participar no estudo após

informação dos objetivos do mesmo. Integraram a amostra os vários familiares de cada doente internado, à medida que faziam a visita e que se mostravam recetivos para responder ao questionário no dia da sua aplicação, após assinatura do consentimento informado.

O questionário foi aplicado a familiares cujos doentes se encontravam internados na unidade de cuidados intensivos personalizados, a qual era constituída por seis camas e na unidade de cuidados intensivos coronários, encontravam-se alocadas oito camas.

**Tabela 2.**

Sexo dos participantes no estudo

Sexo dos Participantes	Frequência	Percentagem
Feminino	53	57,6
Masculino	39	42,4
<b>Total</b>	92	100,0

No que concerne à idade dos participantes, foi atribuída a ordem 1 para idades entre os 18 a 30 anos, a ordem 2 para idades entre 31 a 40 anos, a ordem 3 para idades entre os 41 a 50 anos, a ordem 4 para idades entre os 51 a 60 anos e a ordem 5 para idades igual ou superior a 61 anos. No que diz respeito à idade, 27,2% dos participantes tem idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos de idade (n=25), 27,2% entre os 31 e os 40 anos (n=25), 16,3% entre os 41 e os 50 anos (n=15), 16,3% entre os 51 e os 60 anos de idade, 13% para idades igual ou superior a 61 anos (n=12) (Tabela 3).

**Tabela 3**

Idade dos participantes no estudo

Idades	Frequência	Percentagem
1	25	27,2
2	25	27,2
3	15	16,3
4	15	16,3
5	12	13,0
<b>Total</b>	92	100,0

Relativamente ao nível de escolaridade, 18,5% (n=17) possui o 1º ciclo, 13,0% (n=12) o 2º ciclo, 4,3% (n=4) o 3º ciclo, 25,0% (n=23) o ensino secundário, 4,3% (n=4) o bacharelato, 23,7% (n=22) a licenciatura, 6,5% (n=6) o mestrado, 2,2% (n=2) o doutoramento e, por fim, 2,2% (n=2) outra habilitação literária (Tabela 4).

**Tabela 4**

Nível de escolaridade dos participantes no estudo

Habilitações Literárias	Frequência	Porcentagem	Frequência Relativa	Frequência Relativa Acumulada
1º Ciclo	17	18,5	18,9	18,9
2º Ciclo	12	13,0	13,3	31,2
3º Ciclo	4	4,3	4,4	36,7
Secundário	23	25,0	25,6	62,2
Bacharelato	4	4,3	4,4	66,7
Licenciatura	22	23,9	24,4	91,1
Mestrado	6	6,5	6,7	97,
Doutoramento	2	2,2	2,2	100,0
Total	90	97,8	100,0	
Omisso	Sistema	2	2,2	
<b>Total</b>		92	100,0	

No que concerne ao estado civil dos participantes, foram criadas as categorias: solteiros, casados (incluindo os de união de facto) e os sozinhos (incluindo os divorciados, separados e viúvos) para ter grupos equivalentes em tamanho e ser assim possível compará-los. Portanto, 39,1% (n=36) eram solteiros, 43,5% (n=40) casados, 17,4% (n=16) estavam sozinhos (Tabela 5).

**Tabela 5.**

Estado civil dos participantes no estudo

Estado Civil	Frequência	Porcentagem
Solteiros	36	39,1
Casados	40	43,5
Sozinhos	16	17,4
<b>Total</b>	92	100,0

Na análise da presença de filho (as), ou seja, se tinham filhos ou não, 50,0% (n=46) refere que sim e 50,0% (n=46) que não (Tabela 6).

**Tabela 6.**

Distribuição dos participantes em função da resposta à questão: Tem filhos (as)?

Tem Filhos	Frequência	Porcentagem
Sim	46	50,0
Não	46	50,0
<b>Total</b>	92	100,0

Mediante o exposto, verifica-se que o número mínimo de filhos (as) é de 0 e o máximo de 4, com uma média de aproximadamente de 1 (DP=1,07) (Tabela 7).

**Tabela 7**

Número de filhos (as)

Número de Filhos	Frequência	Porcentagem	Frequência Relativa
,00	47	51,1	51,1
1,00	20	21,7	21,7
2,00	17	18,5	18,5
3,00	6	6,5	6,5
4,00	2	2,2	2,2
<b>Total</b>	92	100,0	100,0

Relativamente à idade dos filhos, foram classificados em: 51,1 % (n=47) possui 0 meses/filhos, 7,6% (n=7) entre 8 meses a 10 anos, 26,1% (n=24) entre os 11 anos e os 30 anos, 14,1% (n=13) entre os 31 anos de idade e os 50 anos e., por fim, 1,1% (n=1) possui mais de 50 anos de idade (Tabela 8).

**Tabela 8.**

Idade dos filhos (as)

Idade dos Filhos (as)	Frequência	Porcentagem
0	47	51,1
8 meses aos 10 anos	7	7,6
11 aos 30 anos	24	26,1
31 aos 50 anos	13	14,1
mais 51 anos	1	1,1
<b>Total</b>	92	100,0

No que respeita ao parentesco dos participantes relativamente ao seu familiar hospitalizado, em 29% (n=27) o grau de parentesco é “mãe”, 10,9% (n=10) é “pai”, 8,7% (n=8) é “esposa/companheira”, 5,4% (n=5) é “marido/companheiro”, 1,1% (n=1) é “filho”, 15,2% (n=14) é “avós”, 8,7% (n=8) é “tios”, 2,2% (n=2) é “primos” e, por fim, 18,5% (n=17) é “outros” (Tabela 9).

**Tabela 9.**  
Parentesco

Parentesco dos Participantes	Frequência	Porcentagem
Mãe	27	29,3
Pai	10	10,9
Esposa/Companheira	8	8,7
Marido/Companheiro	5	5,4
Filhos	1	1,1
Avós	14	15,2
Tios	8	8,7
Primos	2	2,2
Outros	17	18,5
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

No que concerne ao tempo de hospitalização do seu familiar, 45,7% (n=42) mencionou de 1 a 5 dias, 39,1% (n=36) de 6 a 10 dias, 7,6% (n=7) de 11 a 15 dias e, por fim, 7,6% (n=7) mais de 16 dias (Tabela 10).

**Tabela 10**  
Tempo de hospitalização do familiar dos participantes no estudo

Tempo de hospitalização	Frequência	Porcentagem
1 a 5 dias	42	45,7
6 a 10 dias	36	39,1
11 a 15 dias	7	7,6
mais 16 dias	7	7,6
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

## 2.2. Instrumento

Para a recolha de dados sobre as necessidades dos familiares optou-se pela utilização de um questionário de autopreenchimento.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998):

O inquérito por questionário consiste em colocar, a um conjunto de inquiridos, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de um problema ou ainda sob qualquer outro ponto que interesse os investigadores. (p.15)

De acordo com Gil (1999), o questionário pode definir-se “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc” (p.128). Ghiglione e Matalon (1993), acrescentam, geralmente, possibilita avaliar algumas grandezas absolutas, avaliar grandezas relativas, descrever uma população ou subpopulação.

É o um instrumento a que os investigadores recorrem para transformar em dados a informação comunicada diretamente por uma pessoa (o sujeito). É, assim, um instrumento adequado para aceder a dimensões internas de uma pessoa, como sejam a informação ou conhecimento que possui, os seus valores, preferências, atitudes ou crenças, ou ainda as suas experiências passadas ou atuais. Trata-se de um instrumento de auto-registo, que levanta alguns problemas importantes, nomeadamente a obtenção da cooperação do sujeito, o facto de os sujeitos poderem não saber dar certas respostas sobre si mesmos, ou o efeito da desejabilidade social (Tuckman, 2000).

Fonseca (2012), resume algumas questões a considerar na opção do questionário

...permite colocar questões a um grupo representativo da população. Essas questões podem ser aplicadas de forma directa ou indirecta. É administrado de forma directa quando é preenchido pelo próprio inquirido. É administrado de forma indirecta, quando é o próprio inquiridor a preenchê-lo, a partir de respostas facultadas pelo inquirido. (p.86)

Fortin, Prud'Homme-Brisson e Coutu-Wakulczyk (2003) destacam a garantia de anonimato e, conseqüentemente, a maior liberdade de resposta e, ainda, a uniformidade da sua apresentação – as questões são sempre apresentadas pela mesma ordem, com as mesmas instruções, o que assegura a uniformidade das condições de medida, assegura a fidelidade e facilita a comparação entre sujeitos.

O questionário utilizado era constituído por três partes (*Apêndice A*). Na primeira parte informou-se o participante sobre o tema do estudo e os seus objetivos, ao mesmo tempo foram enunciadas algumas considerações éticas. Esta parte do instrumento culminou com o preenchimento de diversos dados sociodemográficos do participante, utilizados com o objetivo, previamente definido, de caracterizar a amostra do estudo. A segunda parte do questionário era constituída pelo INFUCI “Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos” (Campos, 2014) (*Anexo A*), com o objetivo estabelecer uma determinada importância às particulares Necessidades da família do doente internado em

UCI e conformar um instrumento geral que possibilite a abrangência de um determinado número de Necessidades de forma prática e útil, de forma a ser utilizado na prática clínica (Campos, 2014). Este registo era constituído por 45 afirmações relacionadas com as Necessidades dos familiares de um doente internado numa UCI. As 45 primeiras asserções são classificadas face ao seu grau de importância através de uma escala de Likert de quatro categorias “Sem importância”, “Pouco importante”, “Importante” e “Muito importante”, sendo-lhes atribuído o valor de 1, 2, 3 e 4, respetivamente. A afirmação 46 é uma questão aberta, na qual o participante podia adicionar qualquer necessidade que entendesse não estar contemplada no inventário que lhe foi fornecido previamente. O INFUCI é uma escala, uma vez que permite atribuir uma pontuação numérica para posteriormente sequenciar os indivíduos relativamente aos atributos avaliados, as escalas, ou seja, “discriminam quantitativamente as pessoas com diferentes atitudes, motivos, perceções, traços de personalidade e Necessidades” (Polit, Beck & Hungler, 2004, p.257). Neste sentido, o INFUCI possibilitou a classificação individual dos itens, a classificação dos subconjuntos relativos às dimensões das Necessidades, obtendo-se desta forma o *score* parcial de cada dimensão, além da pontuação total do inventário. Pelo que se estabelece que, quanto mais elevados forem os valores encontrados, mais elevada a necessidade percebida, em cada um dos cinco tipos/dimensões de Necessidades definidas.

A confiabilidade da escala INFUCI foi calculada através do método da consistência interna, observando-se para os 45 itens um valor de alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ ) de 0,92, oscilando, no entanto, o seu valor entre 0,61 e 0,88 para cada dimensão (Leske, 1991). Segundo Ribeiro, (2010):

... a consistência interna é encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste. Uma boa consistência interna deve exceder um alfa de 0,80. São no entanto aceitáveis valores acima de 0,60. Estes baixos valores justificam-se quando as escalas têm um número de itens muito baixo. (p.101)

A análise fatorial dos componentes principais, realizada pelo autor original (Leske, 1991), foi efetuada através de uma rotação varimax, que resultou numa solução de cinco fatores. Desta análise sobressaíram as dimensões: Suporte (apoio), o Conforto, a Informação, a Proximidade e a Segurança, que totalizaram cerca de 40,2% da variância total encontrada (Leske, 1991).

Ainda segundo o mesmo autor (Leske, 1991), a dimensão **Suporte** apresentou um  $\alpha=0,88$  e é formada pelos itens 2, 7, 9, 12, 18, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 34 e 37 (por exemplo: **“Poder falar das suas emoções/sentimentos relativamente à situação”**; **Ter instruções sobre**

*como proceder junto do seu familiar*”; *“Poder estar sozinho sempre que sinta essa necessidade”*), estes expõem uma diversidade de recursos, sistemas e estruturas de apoio essenciais à família após diagnosticada a doença crítica do familiar. Os familiares necessitam de compreensão, respeito e suporte emocional. O apoio aos familiares permite ajudar na resolução de problemas, na superação das dificuldades e do stresse, aumentar os recursos da família e manter a força para apoiar o doente (Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007), ou seja, a essência da palavra Suporte vincula-se à ideia de facultar assistência ou ajuda. Por sua vez, a dimensão **Conforto** apresenta como valor  $\alpha=0,75$  e engloba os itens 8, 20, 21, 23, 28 e 32 (por exemplo: *“Sentir que sou aceite pelos profissionais do hospital”*; *“Ter a certeza que é seguro deixar o hospital por instantes”*; *“Ter uma casa de banho perto da sala de espera”*) que estão relacionadas com as Necessidades individuais de Conforto. O Conforto, no conceito estabelecido pelo autor referido apresenta-se como forma de atenuar o sofrimento e a angústia do próprio. Maxwell et al. (2007), mencionam que promover conforto às famílias ajuda a reduzir o stresse e a ansiedade, no entanto, Maruiti e Galdeano (2007), o **Conforto** relaciona-se com o espaço físico da UCI, por exemplo, mobília nela contida. Relativamente à dimensão **Informação**, o valor de alfa de Cronbach encontrado foi 0,78 e os itens que dela fazem parte são o 3, 4, 11, 13, 15, 16, 19 e 38 (por exemplo: *“Falar diariamente com o médico”*; *“Saber exatamente o que está a ser feito pelo seu familiar”*; *“Saber quem são os diferentes membros da equipa que cuidam do seu familiar”*), que dizem respeito à carência de informação verídica sobre o doente, revelada pelos familiares. No entanto, esta pode ser conseguida através do desenvolvimento de várias ações, nomeadamente a observação do doente, o tomar parte no seu cuidado ou na relação comunicacional com os profissionais de saúde que acompanham o doente. A Informação reflete-se na procura de notícias e de conhecimentos envolvendo a família do doente. A **Proximidade** é outra das dimensões estimada, obtendo esta um *score* de  $\alpha=0,71$ . Compõem a dimensão Proximidade os itens 6, 10, 29, 36, 39, 40, 41, 44 e 45 (por exemplo: *“Receber informações sobre o estado do seu familiar pelo menos uma vez por dia”*; *“Poder visitar o seu familiar com frequência”*; *“Poder visitar o seu familiar em qualquer momento”*) que transpõem o ato imprescindível de contacto pessoal e de permanência física e emocional com o doente. Esta dimensão, segundo Leske (1991), incute a ideia de estar ao lado ou próximo do doente. A última dimensão avaliada é a **Segurança**. Esta dimensão apresenta um valor de alfa de Cronbach de 0,61 e encontra-se espelhada nos itens 1, 5, 14, 17, 35, 42 e 43 (por exemplo: *“Saber o prognóstico do seu familiar”*; *“Obter respostas sinceras/honestas às questões”*; *“Receber*

*informações que eu compreenda”*) que retratam a honestidade, a segurança e a esperança. A Segurança tem como propósito a capacidade da equipa de saúde inculcar na família elementos como confiança, segurança e esclarecimento de dúvidas (Leske, 1991) (Tabela 11).

**Tabela 11**

Dimensões da escala INFUCI e respetivos valores de consistência interna (alfa de *Cronbach*)

Dimensões	Itens	Nº Itens	Valores de alfa no presente estudo (n=92)	Variância% (Leske, 1991)	Valores de alfa no estudo de Leske (1991)
Suporte	2,7,9,12,18,22,24,25,26,27,30,31, 33,34 e 37	15	0,94	53,74%	0,88
Conforto	8,20,21,23,28 e 32	06	0,86	11,38%	0,75
Informação	3,4,11,13,15,16,19 e 38	08	0,85	07,69%	0,78
Proximidade	6,10,29,36,39,40,41,44 e 45	09	0,83	11,45%	0,71
Segurança	1,5,14,17,35,42 e 43	07	0,76	02,90%	0,61

Legenda: INFUCI - Inventário das Necessidades da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos.

A terceira parte do instrumento era constituída pelo Questionário de Bem-Estar Psicológico-Reduzido (QBEP-R) (Rainho et al., 2012) (*Anexo B*). O questionário em referência é constituído por seis itens e a amplitude da sua escala varia entre zero (0), que reflete o nível mínimo de Bem-Estar e trinta (30) que condiz com o nível máximo de Bem-Estar (Rainho et al., 2018). A cotação dos itens 1 e 5 é estimada entre os valores zero (0) e cinco (5) e, para os itens 2, 3, e 6 é efetuada de forma inversa, ou seja, entre cinco (5) e zero (0). “Na análise da consistência interna do QBEP, observou-se um alfa de *Cronbach* de 0,83, o que nos indica uma consistência elevada” (Rainho et al., 2012, p.345). Este instrumento é unidimensional e quanto mais elevada a pontuação mais elevado o Bem-Estar Psicológico da pessoa que responde.

No presente estudo, o valor da consistência interna da escala de Bem-Estar Psicológico Reduzida foi um  $\alpha$  de *Cronbach* (6 itens) de 0,78.

### 2.3. Procedimentos

A recolha de dados decorreu numa UCI num centro hospitalar do norte do país. O período de colheita de dados através dos questionários decorreu entre fevereiro e junho de 2018, de modo a obter uma amostra de tamanho suficiente para os cálculos estatísticos. Segundo Carmo e Ferreira (2008), “este método de investigação em Ciências Sociais, pode ser descrito como

“uma forma precisa para designar processos de recolha sistematizada, no terreno, de dados suscetíveis de poder ser comparados” (p.123).

Para a aplicação dos questionários QBEP-R e INFUCI, foi solicitado autorização para a sua utilização às autoras que as traduziram e adaptaram (*Apêndices B e C*).

Para a colheita dos dados junto dos participantes no estudo, foi estabelecido inicialmente um primeiro contacto com os familiares de modo a solicitar a sua colaboração, tendo como critério previamente definido não serem menores de 18 anos, assim como foram devidamente explicados os objetivos da pesquisa e garantido o total anonimato dos mesmos. Após termos o consentimento dos familiares (quer oral, quer escrito), os questionários foram passados numa sala de espera ao lado das unidades de cuidados intensivos do hospital que reunia dentro do possível as condições adequadas ao seu preenchimento.

## **2.4. Respeito pela ética**

Segundo Polit e Hungler (1995), “um dos princípios chave da conduta ética na investigação é que a participação deve ser voluntária, bem como a confidencialidade e o anonimato das respostas obtidas, ...” (p.293).

Tendo em conta a afirmação anterior, o presente estudo regeu-se pelo cumprimento das questões deontológicas e éticas subjacentes ao processo de investigação, ou seja, o estudo garantiu às pessoas que participaram a salvaguarda da sua integridade, o seu anonimato e a confidencialidade dos dados registados.

Foram, assim, respeitados os princípios éticos para a investigação médica em seres humanos incluídos na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo.

Para que a colheita de dados fosse possível, foi necessário a autorização do conselho de administração e da comissão de ética do hospital onde foram colhidos os dados<sup>2</sup>.

O consentimento livre e esclarecido baseia-se no princípio do respeito pela dignidade humana, segundo o qual toda a pessoa tem o direito e capacidade de decidir por ela própria. Deste modo, de acordo com Fortin et al. (2009), “o consentimento esclarecido significa que o sujeito obteve toda a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu

---

<sup>2</sup> Uma vez que o documento comprovativo faz referência à instituição onde foi aplicado, o mesmo não será anexado de modo a garantir o seu anonimato.

bem aquilo em que se envolve” (p.186). Conseqüentemente, os familiares participantes foram informados individualmente e explicados sobre os objetivos do estudo, sendo assim solicitado o devido consentimento livre e esclarecido aos participantes (*Apêndice D*).

### 3. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da investigação, optando-se pela sequência dos objetivos e hipóteses.

Antes de se proceder aos testes de hipóteses, foi testada a normalidade de distribuição das variáveis intervalares, para aferir do uso de testes paramétricos ou não paramétricos. O método utilizado foi a verificação dos valores da Curtose e assimetria das variáveis idade, Necessidades dos familiares dos utentes internados numa UCI pela INFUCI e da variável Bem-Estar (Tabela 12).

**Tabela 12.**

Dimensões da escala INFUCI e respetivos valores da média, DP, mínimo e máximo, curtose e assimetria (n=92)

		INFUCI Total	Suporte	Conforto	Informação	Proximidade	Segurança	Bem-Estar
n	Válido	91	91	91	91	91	91	92
	Ausente	1	1	1	1	1	1	0
Média		158,5385	50,8352	19,5604	29,3956	31,9670	26,7802	21,1739
DP		16,72145	7,33070	3,37378	2,77240	3,38444	1,70491	5,54425
Assimetria		-,322	-,439	-,221	-,837	-,303	-,120	-,069
Erro-padrão de assimetria		,253	,253	,253	,253	,253	,253	,251
Curtose		-1,178	-,874	-,865	-,368	-1,248	-,049	,602
Erro-padrão de curtose		,500	,500	,500	,500	,500	,500	,498
Mínimo		124,00	33,00	11,00	21,00	25,00	22,00	8,00
Máximo		180,00	60,00	24,00	32,00	36,00	28,00	36,00

Legenda: INFUCI - Inventário das Necessidades da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos; DP - Desvio padrão.

A importância atribuída pelos familiares às Necessidades evidencia que as dimensões mais importantes são as de Suporte com valor médio de 50.84 (DP=7.33), seguida a dimensão de Proximidade com valor médio de 31.97 (DP=3,38) e, posteriormente, a de Informação com 29,40 (DP=2,77). As menos importantes, a avaliar pelos valores médios obtidos, são as dimensões de Conforto e Segurança e com valores médios de 19,56 (DP=3,73) e 26,78 (DP=1,70), respetivamente (Tabela 12).

Tendo em conta os objetivos e as questões desta investigação, foram realizados os testes de hipóteses mais adequados de forma a dar resposta aos objetivos. Para cada hipótese

equacionada serão apresentados neste ponto os resultados obtidos e será feita referência à confirmação ou infirmação de cada hipótese.

Assim, relativamente à **Hipótese 1** - *Existe uma relação positiva e significativa entre as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico dos familiares do doente crítico numa UCI*, e como se verificou previamente que as variáveis possuem distribuição normal, foi realizado um teste de correlação  $p$  de *Pearson* (optando-se pelo nível de significância de  $p \leq .05$ ).

Verifica-se que a correlação entre as Necessidades da família dos doentes em UCI, quer na escala INFUCI total, quer nas cinco dimensões com o seu Bem-Estar Psicológico não é estatisticamente significativa (Tabela 13).

**Tabela 13.**

Relação entre as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico dos familiares do doente crítico numa UCI (n=92)

Variável	Média	DP	Suporte	Conforto	Informação	Proximidade	Segurança	Bem-Estar Total
<b>UNFUCI Total</b>	158.5385	16.72145	0.967**	0.883**	0.873**	0.932**	0.634**	-0.020
<b>Suporte</b>	50.8352	7.33070	1	0.883**	0.776**	0.842**	0.500**	-0.049
<b>Conforto</b>	19.5604	3.37378		1	0.638**	0.761**	0.338**	0,052
<b>Informação</b>	29.3956	2.77240			1	0,842**	0,667**	-0,046
<b>Proximidade</b>	31.9670	3.38444				1	0,661**	0,040
<b>Segurança</b>	26.7802	1.70491					1	-0,091
<b>Bem-Estar Total</b>	21.1739	5.54425						1

Legenda: \*\*  $p \leq .001$ ; DP - Desvio padrão; INFUCI - Inventário das Necessidades da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Para testar a **Hipótese 2** - *Existem diferenças entre homens e mulheres ao nível das Necessidades dos familiares com doentes críticos numa UCI, bem como ao nível do Bem-Estar Psicológico*, foi realizado um teste  $t$  de *Student*, para o qual se utilizou ainda o teste de *Levene* para aferir da homogeneidade da variância nos dois grupos comparados.

Como se pode observar na Tabela 14, as diferenças entre homens e mulheres não são estatisticamente significativas, ou seja, não existem diferenças entre homens e mulheres ao nível das Necessidades dos familiares com doentes críticos numa UCI ( $p > 0,05$ ) em nenhuma das dimensões testadas. Também não existem diferenças entre homens e mulheres no Bem-Estar Psicológico.

**Tabela 14.**

Diferenças entre homens e mulheres ao nível das Necessidades dos familiares com doentes críticos numa UCI, bem como ao nível do Bem-Estar Psicológico (n=92)

		<i>Teste-T para Igualdade de Médias</i>		
		<b>T</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
<b>INFUCI Total</b>	Variâncias iguais assumidas	-,151	89	,880
	Variâncias iguais não assumidas	-,149	76,389	,882
<b>Suporte</b>	Variâncias iguais assumidas	-,185	89	,854
	Variâncias iguais não assumidas	-,182	77,850	,856
<b>Conforto</b>	Variâncias iguais assumidas	-,259	89	,796
	Variâncias iguais não assumidas	-,258	80,609	,797
<b>Informação</b>	Variâncias iguais assumidas	-,043	89	,965
	Variâncias iguais não assumidas	-,044	83,731	,965
<b>Proximidade</b>	Variâncias iguais assumidas	-,642	89	,523
	Variâncias iguais não assumidas	-,642	81,936	,523
<b>Segurança</b>	Variâncias iguais assumidas	1,174	89	,244
	Variâncias iguais não assumidas	1,131	69,034	,262
<b>Bem-Estar Total</b>	Variâncias iguais assumidas	-1,940	91	,055
	Variâncias iguais não assumidas	-1,917	80,154	,059

Legenda: INFUCI - Inventário das Necessidades da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos; T - *Teste-t Student*; gl - Graus de liberdade; DP - Desvio padrão; p - Nível de significância.

Para testar a **Hipótese 3** - *Existe relação positiva e significativa entre as Necessidades com o Bem-Estar Psicológico em função da idade dos familiares do doente crítico numa UCI*, foi realizada uma ANOVA ou análise de variância, que permite comparar a variância entre três ou mais grupos. A variável independente idade foi categorizada em cinco grupos: primeiro grupo dos 18 anos a 30 anos, segundo grupo dos 31 anos a 40 anos, terceiro grupo dos 41 anos a 50 anos, quarto grupo dos 51 anos a 60 anos e o quinto grupo com idade igual ou superior a 61 anos.

**Tabela 15.**

ANOVA das diferenças nas Necessidades e no Bem-Estar Psicológico em função da idade (grupo etário) dos familiares do doente crítico numa UCI (n=91)

		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	Z	p
<b>INFUCI Total</b>	Entre grupos	2409,319	4	602,330	2,276	,068
	Nos grupos	22755,297	86	264,596		
	Total	25164,615	90			
<b>Suporte</b>	Entre grupos	461,283	4	115,321	2,267	,069
	Nos grupos	4375,244	86	50,875		
	Total	4836,527	90			
<b>Conforto</b>	Entre grupos	93,840	4	23,460	2,168	,079
	Nos grupos	930,577	86	10,821		
	Total	1024,418	90			
<b>Informação</b>	Entre grupos	48,042	4	12,010	1,605	,180
	Nos grupos	643,717	86	7,485		
	Total	691,758	90			
<b>Proximidade</b>	Entre grupos	108,407	4	27,102	2,527	,046
	Nos grupos	922,494	86	10,727		
	Total	1030,901	90			
<b>Segurança</b>	Entre grupos	17,407	4	4,352	1,533	,200
	Nos grupos	244,197	86	2,840		
	Total	261,604	90			
<b>Bem-Estar Total</b>	Entre grupos	192,167	4	48,042	1,604	,180
	Nos grupos	2605,050	87	29,943		
	Total	2797,217	91			

Legenda: INFUCI - Inventário das Necessidades da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos; gl - Graus de liberdade; Z - Estatística da variância; p- Nível de significância.

Tal como se pode observar na Tabela 15, só na dimensão “Proximidade” o valor do teste é estatisticamente significativo ( $F [4,86 \text{ grupo } I] = 2,527, p \leq 0,05$ ). Seguiu-se a análise com testes *Post Hoc de Bonferroni e de Tamhane*, do qual se apresenta em seguida os resultados do teste de *Tamhane*, estando os testes na íntegra no *Apêndice E*.

**Tabela 16.**

Valores da média e DP em função da idade (grupo etário) dos familiares do doente crítico numa UCI (n=91)

	18-30 anos (n=25)	31-40 anos (n=25)	41-50 anos (n=15)	51-60 anos (n=14)	≥61 anos (n=12)	Total (n=91)
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
<b>INFUCI Total</b>	155.28 (17.61)	154.92 (16.02)	156.00 (17.75)	167.50 (9.54)	165.58 (17.98)	158.54 (16.72)
<b>Suporte</b>	49.12 (7.60)	49.52 (6.61)	49.80 (8.71)	54.86 (4.72)	53.75 (7.3)	50.84 (7.33)
<b>Conforto</b>	18.96 (3.50)	18.44 (3.10)	20.07 (3.35)	20.71 (2.67)	21.17 (3.76)	19.56 (3.37)
<b>Informação</b>	29.24 (2.76)	29.12 (2.65)	28.60 (2.80)	31.00 (1.30)	29.42 (3.83)	29.40 (2.77)
<b>Proximidade</b>	31.44 (3.61)	31.44 (3.29)	30.80 (3.50)	33.71 (2.16)	33.58 (3.23)	31.97 (3.38)
<b>Segurança</b>	26.52 (1.73)	26.40 (2.06)	26.73 (1.67)	27.21 (1.31)	27.67 (0.88)	26.78 (1.70)
<b>Bem-Estar Total</b>	20.88 (4.60)	21.76 (6.16)	22.00 (4.02)	22.60 (4.92)	17.75 (7.46)	21.17 (5.54)

Legenda: INFUCI - Inventário das Necessidades da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos; DP - Desvio padrão.

As variáveis dependentes são as Necessidades e o fator é a idade, que apresenta cinco níveis. A nível das estatísticas descritivas, podemos verificar na Tabela 16 a perceção média e respetivo desvio padrão, em cada grupo etário, das Necessidades. O total da amostra corresponde a 92 sujeitos, sendo válidos neste fator apenas n=91.

**Tabela 17.**

Relação entre as Necessidades dos familiares e a sua idade (n=92)

Variável dependente	(I) IDADE_REC	(J) IDADE_REC	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	p	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
<b>INFUCI</b>	<b>Tamhane</b>						
<b>Total</b>	<b>2,00</b>	1,00	-,36000	4,76181	1,000	-14,3380	13,6180
	<b>[31-40anos]</b>	3,00	-1,08000	5,59279	1,000	-18,1094	15,9494
		<b>4,00</b>	<b>-12,58000*</b>	<b>4,09542</b>	<b>,039*</b>	<b>-24,7744</b>	<b>-,3856</b>
		5,00	-10,66333	6,09926	,636	-29,8733	8,5466
	<b>4,00</b>	1,00	12,22000	4,34831	,076	-,7229	25,1629
	<b>[51-60anos]</b>	<b>2,00</b>	<b>12,58000*</b>	<b>4,09542</b>	<b>,039*</b>	<b>,3856</b>	<b>24,7744</b>
		3,00	11,50000	5,24521	,331	-4,8269	27,8269
		5,00	1,91667	5,78221	1,000	-16,7959	20,6292

Legenda: INFUCI - Inventário das Necessidades da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos; REC - Recodificação da variável idade; p - Nível de significância.

Após o teste de *Tamhane*, que permite evidenciar entre que grupos existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que são mais do que dois grupos, verifica-se que apenas existe diferença significativa ( $p=0.039$ ) no INFUCI Total entre os escalões etários 2 e 4, sendo maior a perceção em termos médios no escalão 4 em 12,58 (Tabela 17).

Para testar a **Hipótese 4** - *Existe um efeito do estado civil dos participantes ao nível das Necessidades dos familiares com doentes críticos em UCI, bem como, ao nível do seu Bem-Estar Psicológico*, foi realizado um teste de ANOVA.

Tal como se pode observar na Tabela 18, as diferenças entre grupos na variável Necessidades total e Necessidades de suporte são significativas ( $F[2,88]= 3.314$ ,  $p \leq 0.05$  e  $F[2,88]= 3.960$ ,  $p < 0.05$ , respetivamente). Desta forma, observa-se que são os participantes que estão sozinhos os que apresentam valor mais elevado nas Necessidades em geral e nas Necessidades de suporte.

**Tabela 18.**

ANOVA com efeito do estado civil dos participantes ao nível das Necessidades dos familiares com doentes críticos numa UCI (n=92)

		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	Z	p
<b>INFUCI Total</b>	Entre grupos	1762,640	2	881,320	<b>3,314</b>	,041
	Nos grupos	23401,975	88	265,932		
	Total	25164,615	90			
<b>Suporte</b>	Entre grupos	399,372	2	199,686	<b>3,960</b>	,023
	Nos grupos	4437,156	88	50,422		
	Total	4836,527	90			
<b>Conforto</b>	Entre grupos	56,804	2	28,402	2,583	,081
	Nos grupos	967,614	88	10,996		
	Total	1024,418	90			
<b>Informação</b>	Entre grupos	20,086	2	10,043	1,316	,273
	Nos grupos	671,672	88	7,633		
	Total	691,758	90			
<b>Proximidade</b>	Entre grupos	55,043	2	27,521	2,482	,089
	Nos grupos	975,858	88	11,089		
	Total	1030,901	90			
<b>Segurança</b>	Entre grupos	11,391	2	5,695	2,003	,141
	Nos grupos	250,214	88	2,843		
	Total	261,604	90			
<b>Bem-Estar</b>	Entre grupos	4,833	2	2,416	,078	,925
<b>Total</b>	Nos grupos	2802,350	88	31,137		
	Total	2807,183	92			

Legenda: INFUCI - Inventário das Necessidades da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos; gl - Graus de liberdade; Z - Estatística da variância; p - Nível de significância.

**Tabela 19.**

Valores da média e DP em função do estado civil dos familiares do doente crítico numa UCI (n=91)

	Solteiros (n=36)	Casados (n=40)	Sozinhos (n=15)	Total (n=91)
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
<b>INFUCI Total</b>	155.67 (16.78)	158.3 (16.70)	168.00 (13.80)	158.54 (16.73)
<b>Suporte</b>	49.22 (7.20)	50.60 (7.39)	55.33 (5.95)	50.84 (7.33)
<b>Conforto</b>	19.14 (2.97)	19.27 (3.77)	21.33 (2.74)	19.56 (3.37)
<b>Informação</b>	29.02 (2.86)	29.35 (2.74)	30.40 (2.55)	29.40 (2.77)
<b>Proximidade</b>	31.42 (3.52)	31.82 (3.35)	33.67 (2.74)	31.97 (3.38)
<b>Segurança</b>	26.36 (1.96)	26.98 (1.51)	27.27 (1.39)	26.78 (1.70)
<b>Bem-Estar Total</b>	20.92 (5.35)	21.40 (5.80)	21.00 (5.56)	21.14 (5.52)

Legenda: INFUCI - Inventário das Necessidades da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos; DP - Desvio de Padrão; n - número.

A variável independente é o estado civil, e apresenta três categorias, e as variáveis dependentes são as cinco dimensões das Necessidades, bem como a pontuação total das Necessidades. A nível das estatísticas descritivas, podemos verificar na Tabela 19 o valor médio e respetivo desvio padrão, em cada categoria do estado civil, da perceção das Necessidades. O total da amostra corresponde a 92 sujeitos, sendo válidos neste fator apenas 91.

**Tabela 20**

Efeito do estado civil dos participantes ao nível do Bem-Estar Psicológico (n=92)

Variável Dependente		(I)	(J)	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	p	Intervalo de Confiança 95%	
		Estado Civil_ REC	Estado Civil_ REC				Limite inferior	Limite superior
INFUCI Total	<i>Bonferroni</i>	solteiros	casados	-2,85833	3,74637	1,000	-12,0017	6,2851
			sozinhos	-12,83333*	5,01156	,036	-25,0646	-,6021
		sozinhos	solteiros	12,83333*	5,01156	,036	,6021	25,0646
	casados		9,97500	4,93731	,139	-2,0750	22,0250	
	<i>Tamhane</i>	solteiros	casados	-2,85833	3,84648	,842	-12,2579	6,5413
			sozinhos	-12,83333*	4,53076	,024	-24,2525	-,14141
sozinhos		solteiros	12,83333*	4,53076	,024	1,4141	24,2525	
	casados	9,97500	4,43590	,093	-1,2344	21,1844		
Suporte	<i>Bonferroni</i>	solteiros	casados	-1,37778	1,63131	1,000	-5,3592	2,6036
			sozinhos	-6,11111*	2,18222	,019	-11,4371	-,7852
		sozinhos	solteiros	6,11111*	2,18222	,019	,7852	11,4371
	casados		4,73333	2,14989	,091	-,5137	9,9804	
	<i>Tamhane</i>	solteiros	casados	-1,37778	1,67443	,798	-5,4690	2,7134
			sozinhos	-6,11111*	1,94900	,011	-11,0245	-,1977
sozinhos		solteiros	6,11111*	1,94900	,011	1,1977	11,0245	
	casados	4,73333	1,92940	,059	-,1347	9,6014		
Conforto	<i>Bonferroni</i>	solteiros	casados	-,13611	,76179	1,000	-1,9953	1,7231
			sozinhos	-2,19444	1,01906	,102	-4,6816	,2927
		sozinhos	solteiros	2,19444	1,01906	,102	-,2927	4,6816
	casados		2,05833	1,00396	,130	-,3919	4,5086	
	<i>Tamhane</i>	solteiros	casados	-,13611	,77447	,997	-2,0289	1,7566
			sozinhos	-2,19444*	,86387	,050	-4,3865	-,0024
sozinhos		solteiros	2,19444*	,86387	,050	,0024	4,3865	
	casados	2,05833	,92558	,095	-,2638	4,3805		

Legenda: INFUCI - Inventário das Necessidades da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos; REC - Recodificação da variável estado civil; p – Nível de significância.

Com o teste de *Bonferroni* e *Tamhane*, verifica-se que existem diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) nas necessidades INFUCI Total, de Suporte e Conforto. Os sozinhos têm maiores necessidades que os solteiros em termos médios nas duas dimensões referidas e de forma global (INFUCI total), variando entre 2,19 e 12,83 pontos (Tabela 20). Aparentemente, o grupo dos “casados” apresenta valores médios nas Necessidades mais baixos do que os restantes grupos.

Para testar a **Hipótese 5** - *Existe relação positiva e significativa entre as Necessidades com o Bem-Estar Psicológico em função do nível de escolaridade dos familiares do doente crítico numa UCI*, foi realizado um teste de correlação não paramétrico, que permite testar a correlação entre uma variável categórica (nível de escolaridade) e outra intervalar.

Verifica-se que a correlação é estatisticamente significativa e negativa entre o nível de escolaridade e as Necessidades da família dos doentes em UCI, na escala INFUCI Total, e nas dimensões Necessidades de suporte, conforto, informação e proximidade. Quanto mais baixo o nível de escolaridade, maior a perceção de Necessidades de suporte, conforto, informação e

proximidade. Não é estatisticamente significativa a relação entre o nível de escolaridade e a necessidade de segurança e o Bem-Estar Psicológico ( $p \leq 0,05$ ) (Tabela 21).

**Tabela 21.**

Correlação de *Tau-b de Kendall* entre as Necessidades e o Bem-Estar Psicológico com o nível de escolaridade dos familiares (n=92)

		Hab. Literárias	INFUCI Total	Suporte	Conforto	Informação	Proximidade	Segurança
<b>Hab. Literárias</b>	<i>p</i> <i>n</i>							
<b>INFUCI Total</b>	<i>Tau-b de Kendall</i> <i>p</i>	-,250 ,002						
<b>Suporte</b>	<i>Tau-b de Kendall</i> <i>p</i>	-,245 ,002	,885 ,000					
<b>Conforto</b>	<i>Tau-b de Kendall</i> <i>p</i>	-,281 ,001	,755 ,000	,759 ,000				
<b>Informação</b>	<i>Tau-b de Kendall</i> <i>p</i>	-,188 ,024	,750 ,000	,666 ,000	,529 ,000			
<b>Proximidade</b>	<i>Tau-b de Kendall</i> <i>p</i>	-,258 ,002	,821 ,000	,736 ,000	,648 ,000	,754 ,000		
<b>Segurança</b>	<i>Tau-b de Kendall</i> <i>p</i>	-,094 ,282	,510 ,000	,418 ,000	,305 ,000	,571 ,000	,537 ,000	
<b>Bem-Estar Total</b>	<i>Tau-b de Kendall</i> <i>p</i>	,040 ,617	-,009 ,898	-,031 ,681	,054 ,481	-,039 ,622	,031 ,690	-,079 ,335

Legenda: INFUCI - Inventário das Necessidades da Família numa Unidade de Cuidados Intensivos; Hab. - Habilitações; *p* - Nível de significância.

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A redação da discussão de um relatório é um momento único para o investigador, uma vez que demarca os últimos passos de um caminho percorrido com a finalidade de atingir o objetivo geral do trabalho que, no caso da investigação que aqui se apresenta, foi analisar a relação das Necessidades com o Bem-Estar Psicológico dos familiares do doente crítico numa UCI.

A análise da consistência interna do instrumento na presente investigação revelou uma consistência muito boa, no INFUCI com um valor de alfa de *Cronbach* de 0.965 na totalidade dos itens. Este valor é ligeiramente superior ao obtido por Campos (2014) na validação do CCFNI para a população do seu estudo, onde apresentou um alfa de *Cronbach* de 0.935. No entanto, valores semelhantes foram encontrados no estudo de reavaliação do CCFNI pela sua coautora, Leske (1991), onde apresenta um valor de alfa de *Cronbach* de 0,92.

Para ser possível atingir os objetivos propostos neste estudo e aferir a relação entre as variáveis estudadas, foi equacionado um conjunto de hipóteses que iremos confrontar com os resultados apurados.

Quando analisamos os resultados, constatamos que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre as Necessidades da família dos doentes em UCI e o seu Bem-Estar Psicológico. Estes resultados não estão em consonância com a maioria dos estudos que referem existir uma relação positiva entre a satisfação das Necessidades e o Bem-Estar Psicológico da família dos doentes em UCI, isto porque a satisfação das Necessidades alivia e reduz a angústia e o sofrimento simultaneamente (Auerbach et al., 2005; Hashim & Hussin, 2012). É possível que a discrepância entre os resultados observados no presente estudo e resultados de estudos anteriores seja devido ao instrumento utilizado para avaliar o Bem-Estar Psicológico. No presente estudo foi utilizada a variável Bem-Estar Psicológico. O Bem-Estar Geral possivelmente mantém-se, apesar do stresse induzido pela hospitalização de um familiar numa UCI. Se assim não fosse, agravaria o seu estado de saúde com o episódio da hospitalização do familiar. Ou seja, possivelmente haverá repercussões da hospitalização, e nas Necessidades sentidas pelos familiares, eventualmente no Bem-Estar Subjetivo e não no Bem-Estar Psicológico, o qual espelha o Bem-Estar Geral. Segundo Echeverría (2005), o Bem-Estar Psicológico está relacionado com o estado emocional e mental que determina o funcionamento psíquico apropriado no indivíduo através do seu paradigma pessoal e a forma de se adaptar às exigências externas e internas do ambiente social e físico. Ou seja, está relacionado com a obtenção de experiências positivas, com a capacidade de aceitar ou rejeitar aquelas que são inadmissíveis, e com a capacidade de se habituar às diferentes situações com flexibilidade. No entanto, no Bem-Estar Subjetivo existe uma diversidade de abordagens, que não permitiram ainda chegar a um consenso relativamente à sua conceptualização e avaliação. Um dos seus componentes essenciais é a satisfação pessoal com a vida. Para Diener et al. (1997), o Bem-Estar está relacionado com a forma como os indivíduos experienciam a sua vida de forma positiva, a qual inclui apreciações cognitivas e reações afetivas. Desta forma, o Bem-Estar é uma experiência humana vinculada ao presente, mas também com projeção no futuro, uma vez que se produz em função de objetivos e na concretização de determinados bens. Este argumento indica que o Bem-Estar é a avaliação da congruência entre os objetivos desejados e os obtidos na vida do ser humano (Lawton, 1972).

A maioria dos estudos salientam que as Necessidades identificadas como fundamentais para os familiares do doente crítico internado numa UCI são a **Informação**, a **Segurança** e a **Proximidade** e, por conseguinte, as que atribuem menos relevância são o **Conforto** que lhes é dispensado nas unidades hospitalares de cuidados intensivos (Freitas et al., 2007; Obringer et al., 2012; Verhaeghe et al., 2005; Yang, 2008). Como se observa no presente estudo, os valores médios observados nas Necessidades percecionadas pelos familiares dos doentes internados são relativamente elevados, se tivermos em consideração os valores, mínimo e máximo, de referência em cada uma das dimensões avaliadas. A dimensão que apresenta um valor médio relativamente mais elevado é a de Suporte, com valor médio de 50,84, de seguida a de Proximidade, com valor médio de 31,97 e, de seguida, a de Informação, com valor médio de 29,40. Relativamente à dimensão Suporte, os familiares procuram respeito, compreensão e apoio emocional. Segundo o estudo de Maxwell et al. (2007), dar apoio às famílias permite ajudar no stresse, aumentar os recursos da família e a manter a força para apoiar o doente. Melo (2005) refere, ainda, que os familiares precisam de ajuda para terem conhecimento das suas Necessidades para cuidarem de si próprios e, assim, apresentarem força para serem capazes apoiar o doente internado numa UCI.

Para Velez (2002), estudos referem que a Proximidade com o familiar internado numa UCI proporciona aos familiares sentimentos de segurança, conforto, contacto pessoal e permanência física e emocional. Para Leske (1991), transmite a ideia de estar ao seu lado ou próximo do doente. Por outro lado, pode sentir-se mais útil na recuperação do doente.

Relativamente à dimensão Informação, assenta no propósito de compreender a condição do doente, ou seja, perceber o diagnóstico, qual o prognóstico e tratamentos que estão a ser efetuados ao doente. A falta de Informação relativo ao quadro clínico do doente é fonte ansiedade, apreensão e falta de controlo da situação. Para Maxwell et al. (2007), a transmissão de informações estabelece o apoio, o suporte para a tomada de decisão e acompanhamento do doente, reduzindo assim a ansiedade e provendo o controlo.

As dimensões que apresentam um valor médio relativamente mais baixo são o Conforto e a Segurança, com valores médios de 19,56 e 26,78, respetivamente. A dimensão de Conforto demonstra a importância a que os familiares atribuem ao espaço físico e mobília da sala de espera da UCI. Estes resultados vão ao encontro ao estudo de Maruiti e Galdeano (2007), em que a necessidade de conforto se encontra relacionada com o espaço físico da unidade,

mobília nela contida e necessidade dos familiares se sentirem confortáveis na sala de espera ou na própria UCI durante a visita.

A dimensão Segurança corresponde à necessidade dos familiares de sentirem mais seguros, menos ansiosos e esclarecidos relativamente ao estado de saúde e prognóstico. De acordo com o estudo do Maruiti e Galdeano (2007), as dimensões consideradas mais importantes pela família incidiram na “Informação” e “Segurança”, o que não se verificou no presente estudo.

Os resultados desta investigação não confirmam a segunda hipótese, ou seja, o sexo não se relaciona positivamente com a perceção das Necessidades nem com o Bem-Estar Psicológico dos familiares do doente internado numa UCI. Estes dados estão em consonância com vários estudos, nomeadamente os estudos de Verhaeghe et al., (2007), Morales e González (2014) e Saavedra e Villalta (2008). Estes resultados vão ao encontro da literatura referente ao Bem-Estar Psicológico nas pessoas de idade avançada, que sugerem que as mulheres assinalam resultados mais baixos na variável Bem-Estar Psicológico devido às depressões, dores crónicas, às quedas, à vulnerabilidade às doenças e à maior obrigação no cuidado de outras pessoas de idade mais idosa (Neri, 2007).

Por outro lado, observou-se neste estudo que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre as Necessidades dos familiares do doente crítico em UCI e a idade dos familiares, tal como foi observado em estudos anteriores (Melo, 2005; Neves et al., 2009; Kosco & Warren, 2000; Omari, 2009), sendo que, quanto mais idade têm os familiares, mais elevada a perceção de Necessidades por parte dos mesmos. No entanto, não se constata uma relação estatisticamente significativa entre o Bem-Estar Psicológico dos familiares e a sua idade. Estes dados vão ao encontro dos resultados da investigação de Simões et al., (2000) e Stock, Okun, Haring e Witter (1983), que revelaram existir uma relação diminuta entre o Bem-Estar e a idade. Todavia, Simões et al., (2000) salientam que estes dados acabam por ser um pouco contraditórios, uma vez que o Bem-Estar Psicológico deveria diminuir com a idade; por outras palavras, os indivíduos com mais idade deveriam ser menos felizes do que os jovens, dado a perda de capacidades físicas, económicas e sociais resultantes do próprio processo de envelhecimento.

No presente estudo, o estado civil não se relaciona significativamente com o nível das Necessidades dos familiares dos doentes internados, nem com o nível de Bem-Estar Psicológico. O mesmo padrão de resultados foi encontrado por Kosco e Warren (2000) e

Omari (2009), ao defenderem que o estado civil dos familiares não está correlacionado com as Necessidades dos mesmos. A este propósito, Anderson (1997) e Iwasa, Kawaai, Gondo, Inagaki e Suzuki (2006) revelam, contudo, que as pessoas casadas apresentam maior nível de Bem-Estar Psicológico do que as pessoas solteiras, divorciadas ou viúvas, sendo que, dentro do casamento, são as esposas que relevam mais Bem-Estar do que o marido. Este efeito parece ser independente da idade, sexo e estado da doença.

Conjugando as variáveis Necessidades dos familiares em função do nível de escolaridade dos familiares do doente crítico numa UCI, constatamos que existe uma correlação negativa estatisticamente significativa entre as mesmas. Quanto maior é o nível de escolaridade, menor é a perceção das Necessidades dos familiares de doente crítico em UCI. Estes dados não estão em consonância com a maior parte da literatura (Melo, 2005; Neves et al., 2009), embora nos pareça pertinente o resultado obtido nesta investigação, que indica que quanto mais baixa a escolaridade do familiar, mais elevadas as Necessidades de Suporte, Conforto, Informação e Proximidade. Os familiares com menor nível de escolaridade podem sentir menos domínio do ambiente e do contexto hospitalar, bem como da situação crítica que afeta o seu familiar internado. Normalmente, as pessoas com maior nível de escolaridade podem sentir maior à-vontade e revelar maior assertividade na expressão das suas Necessidades. No entanto, estes resultados carecem de mais investigação, com amostras mais representativas, para diminuir a discrepância de achados empíricos em redor desta questão.

Por outro lado, também não se observou uma relação entre o nível de escolaridade e o Bem-Estar Psicológico. No entanto, existem estudos que defendem que o nível de escolaridade está fortemente relacionado com o Bem-Estar Psicológico (Raveis, Karus & Siegel, 1998; Ben-Zur, Gilbar & Lev, 2001), sendo um forte preditor de felicidade, levando assim a uma redução do stresse, da ansiedade e poderá ajudar a satisfazer as Necessidades da família, permitindo desta forma que a família exerça um papel ativo e participativo no cuidado prestado ao familiar doente (Errasti-Ibarrondo & Tricas-Sauras, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização deste estudo foi possível perceber que a hospitalização de um familiar numa UCI é um momento único e difícil, não só para o doente, mas também para a sua família. Todavia, a maior parte das variáveis sociodemográficas dos participantes não estabeleceu uma relação positiva com as suas Necessidades e o seu Bem-Estar-Psicológico, há exceção da relação entre a idade e as necessidades dos familiares.

Apesar disso, o envolvimento e a participação no tratamento do doente será mais eficaz se os familiares forem adequadamente informados sobre a condição do doente, permitindo desta forma alcançar um Bem-Estar Psicológico.

Deste modo, recomenda-se que os profissionais de saúde em geral, e os enfermeiros em particular, olhem de forma atenta e humana para os familiares dos doentes internados numa UCI que enfrentam momentos angustiantes e difíceis.

Assim, cabe aos enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas na Pessoa em Situação Crítica, terem a sensibilidade para reconhecer os sentimentos e necessidades vivenciados pela própria família durante esse período de hospitalização, pois, dessa forma, a família sentir-se-á uma peça essencial no processo, atingindo níveis mais altos de confiança que desencadearão em melhor Bem-Estar Psicológico, quer dos próprios, quer dos doentes.

Face ao exposto, consideramos que foi possível cumprir os objetivos a que nos propusemos, porém, reconhecemos a existência de algumas limitações, nomeadamente a dimensão da amostra ser reduzida (n=92), o que não permite generalizar os dados. Outra limitação deveu-se ao local de aplicação do questionário, ou seja, o facto de o seu preenchimento ter ocorrido no períodos de visitas e o espaço da unidade de cuidados intensivos coronários não dispor de um espaço físico destinado às famílias, levando a que os participantes sentissem alguma pressão ou pouco interesse na participação do estudo associado também à preocupação do estado de saúde do seu familiar. Por fim, a dificuldade da autora gerir disponibilidades para contactar de forma pessoal com os participantes

Apesar das limitações que o trabalho possa apresentar, esperamos ter contribuído para estimular a investigação futura sobre o domínio em análise, sobretudo no contexto português, onde se verifica grande escassez de estudos nesta matéria.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alkire, S. (2002). Dimensions of human development. *World Development*, 30(2), 181-205. doi:10.1016/S0305-750X(01)00109-7
- Almeida, A., Aragão, N., Moura, E., Lima, G., Hora, E., & Silva, L. (2009). Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn*, 62(6), 844-849. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a07v62n6.pdf>
- Al-Mutair, A., Plummer, V., Clerehan, R., & O'Brien, A. (2014). Families' needs of critical care Muslim patients in Saudi Arabia: A quantitative study. *Nursing in Critical Care*, 19(4), 185-195. doi:10.1111/nicc.12039
- Alspach, J. (2000). *Cuidados intensivos de enfermagem en el adulto* (5a ed.). México: McGraw-Hill - Interamericana de México.
- Álvarez, G. F., & Kirby, A. S. (2006). The perspective of families of the critically ill patient: Their needs. *Current Opinion in Critical Care*, 12(6), 614-618. doi: 10.1097/MCC.0b013e328010c7ef
- American Association of Critical-Care Nurses (2012). Family presence: Visitation in the adult ICU. *Critical Care Nurse*, 32(4), 76-79. Disponível em <http://ccn.aacnjournals.org/content/32/4/76.full.pdf+html>
- Anderson, P. (1997). Emotional well-being in adult and later life among African Americans: A cultural and sociocultural perspective. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 282-303.
- Auerbach, S., Kiesler, J., Wartella, J., Rausch, S., Ward, K. & Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 14, 202-210.
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Balik, B., Conway, J., Zipperer, L., & Watson, J. (2011). *Achieving an exceptional patient and family experience of inpatient hospital care*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. Nueva York: Worth Publishers.
- Beeby, J. (2000). Intensive care nurses' experiences of caring. Part 1: Consideration of the concept of caring. *Intensive & critical care nursing*, 16(2), 76-83. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11868591>

- Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32-39. doi:10.1097/00006842-200101000-00004 · S
- Berenson, R. (1984). Intensive Care Units (ICUs): Clinical Outcomes, Costs, and Decisionmaking. In (*Health Technology Case Study 28*), prepared for the Office of Technology Assessment. Washington, DC: US Congress, OTA-HCS-28.
- Blanca Gutiérrez, J. J., Blanco Alvariño, A. M., Luque Pérez, M., & Ramírez Pérez, M. A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*, 7(1), 1-14. Disponible em <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822/842>
- Bradburn, N. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Bullock, R., Little, M., & Milham, S. (1992). The relationships between quantitative and qualitative approaches in social policy research. In J. Brannen (Ed.), *Mixing methods: Qualitative and quantitative research* (pp. 81-99). Aldershot: Avebury.
- Calderón, M. S. (2012). Competencias genéricas en enfermeras(os) tituladas(os) de la Universidad Arturo Pratt Sede Victoria 2010. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 89-97. Disponible em [https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n1/art\\_09.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n1/art_09.pdf)
- Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Revista latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 1-9. Disponible em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_25](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25)
- Camponogara, S., Santos, T., Rodrigues, I., Frota, L., Amaro, D., & Turra, M. (2013). Percepções e Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Journal of Research Fundamental Care Online*, 5(4), 622-634. doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n4p622
- Campos, S. (2014). *Necessidade da família em cuidados intensivos*. (Dissertação de mestrado), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Carbelo Baquero, B., Romero Llort, M., Casas Martínez, F., Ruiz Ureña, T., & Rodríguez de la Parra, S. (1997). Teoría Enfermera. El cuidado desde una perspectiva psicosocial. *Cultura de los Cuidados*, 1(2), 54-59. Disponible em [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5303/1/CC\\_02\\_09.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5303/1/CC_02_09.pdf)
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia de investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castells, P. (1997). *La familia ¿está en crisis?* Madrid: Plaza & Janés.
- Chatzaki, M., Klimathianaki, M., Anastasaki, M., Chatzakis, G., Apostolakou, E., & Georgopoulos, D. (2012). Defining the needs of ICU patient families in a

- suburban/rural Greek population: A prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 1831-1839. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.04022.x
- Choi, J., Hoffman, L., Schulz, R., Ren, D., Donahoe, M., Given, B., & Sherwood, P. (2013). Health risk behaviors in family caregivers during patients' stay in intensive care units: A pilot analysis. *American Journal of Critical Care*, 22(1), 41-45. doi:10.4037/ajcc2013830
- Chow, S. (1999). Challenging restricted visiting policies in critical care. *Official Journal of the Canadian Association of Critical Care Nurses*, 10(2), 24-27.
- Coan, R. (1977). *Hero, artist, sage, or saint?* Nueva York: Columbia University Press.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cuenca Solanas, M. (1999). La UCI 25 años después. *Enfermería Intensiva*, 10(3), 129-140.
- Cypress, B. (2012). Family presence on rounds: A systematic review of literature. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 31(1), 53-64. doi:10.1097/DCC.0b013e31824246dd
- Daly, B., Douglas, S., O'Toole, E., Gordon, N., Hejal, R., Peerless, J., . . . Hickman, R. (2010). Effectiveness trial of an intensive communication structure for families of long-stay ICU patients. *Chest*, 138(6), 1340-1348. doi:10.1378/chest.10-0292
- Davidson J. (2009). Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care of Nurse*, 29(3), 28-34. doi:10.4037/ccn2009611
- Davidson, J., Powers, K., Hedayat, K., Tieszen, M., Kon, A., Shepard, E., . . . Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622. doi:10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Disponible em <http://www.psicothema.com/pdf/3255.pdf>
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103-157. Disponible em <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01207052>
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663. doi:10.1037/0022-3514.68.4.653

- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology, 24*(1), 25-41.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Dogel, D., Diete, S., & Wallesch, C. (2004). Lebensqualitaet bei patienten mit malignen gliomen und ihren angehoerigen. *Psychother Psychosom. Med Psychol, 54*(9-10), 358-366. doi:10.1055/s-2004-828299
- Echeverría, H. (2005). *El paradigma personal. Un modelo integrador en psicoterapia*. Mérida: Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones.
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing, 16*(9), 1618-1628. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01659.x
- Engström, A., & Söderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing, 16*(9), 1651-1659. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01520.x
- Engström, B., Uusitalo, A., & Engström, A. (2011). Relatives' involvement in nursing care: a qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive & critical care nursing, 27*(1), 1-9. doi:10.1016/j.iccn.2010.11.004
- Errasti-Ibarrondo, B., & Tricas-Sauras, S. (2012). La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: Beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva, 23*(4), 153-200. doi:10.1016/j.enfi.2012.08.001
- Ferreira, A. (2007). Sentido interno de coerência e Bem-Estar Psicológico nos enfermeiros prestadores de cuidados a doentes hemato-oncológicos. *Psicologia.com.pt. O Portal dos Psicólogos, 1-19*.
- Fonseca, A. (2006). *As atitudes dos reclusos lusos e ciganos face ao ensino recorrente*. (Mestrado), Universidade Aberta, Porto.
- Fonseca, A. (2012). *La disposition à pardonner chez les personnes incarcérées: comparaison entre homicides, dealers, voleurs et violeurs* (Tese de doutoramento). École Pratique des Hautes Études, Paris.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, J. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M-F. (2003). Métodos de amostragem. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 15, pp. 201-214). Loures: Lusociência.

- Fortin, M-F., & Nadeau, M. (2003). A medida em investigação. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 16, pp. 215-237). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., Prud'Homme-Brisson, D., & Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Noções de ética em investigação. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 9, pp. 113-130). Loures: Lusociência.
- Franco Canales, R. E. (2004). *Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M.* (Licenciatura), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Disponível em [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1322/franco\\_cr.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1322/franco_cr.pdf?sequence=1)
- Freitas, K., Kimura, M., & Ferreira, K. (2007). Family members' needs at intensive care units: comparative analysis between a public and a private hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 84-92. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a13.pdf)
- Fuente, N., De Prado, C., & Rodriguez, P. (2003). Información y comunicación en oncología. *Gaceta Médica de Bilbao*, 100(4), 145-148. Disponível em <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-medica-bilbao-316-articulo-informacion-comunicacion-oncologia-S0304485803744515>
- Fulbrook, P., Latour, J., Albarran, J., de Graaf, W., Lynch, F., Devictor, D., & Norekvål, T. (2007). The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(4), 255-258. doi:10.1016/j.ejcnurse.2007.07.003
- Fumagalli, S., Boncinelli, L., Lo Nostro, A., Valoti, P., Baldereschi, G., Di Bari, M., . . . Marchionni, N. (2006). Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation*, 113(7), 946-952. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537
- Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de Bem-Estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O inquérito. Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J., & Andrés, J. (2006). El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. La repercusión en el familiar del paciente. *Boletín de Psicología*, 87, 61-87. Disponível em <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N87-3.pdf>

- Hashim, F., Hussin, R. (2012). Family needs of patient admitted to intensive care unit in a public hospital. *Procedia - Social and Behavioral Science*, 36, 103-111. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.03.012
- Henneman, E., McKenzie, J., & Dewa, C. (1992). An evaluation of interventions for meeting the information needs of families of critically ill patients. *American Journal of Critical Care*, 1(3), 85-93. Disponível em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/1/3/85.abstract>
- Hérrisson, C., & Simon, L. (1993). *Évaluation de la qualité de vie*. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=458618&indexSearch=ID>
- Hidalgo Fabrellasa, I., Vélez Pérez, Y., & Pueyo Ribas, E. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(3), 106-114. doi:10.1016/S1130-2399(07)74392-4
- Hinkle, J., & Fitzpatrick, E. (2011). Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(4), 218-225. doi:10.1016/j.iccn.2011.04.003
- Holden, J., Harrison, L., & Johnson, M. (2002). Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 140-148. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00581.x
- Hughes, F., Bryan, K. & Robbins, I. (2005). Relatives' experiences of critical care. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 23-30. doi: 10.1111/j.1362-1017.2005.00091.x
- Hupcey, J. (2000). Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 361-367. doi:10.1111/j.1547-5069.2000.00361.x
- Irwin, S., & Ferris, F. (2008). The opportunity for psychiatry in palliative care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(11), 713-724. doi:10.1177/070674370805301103
- Iwasa, H., Kawaai, K., Gondo, Y., Inagaki, H. & Suzuki, T. (2006). Subjective well-being as a predictor of all-cause mortality among middle-aged and elderly people living in an urban Japanese community: A seven-year prospective cohort study. *Geriatrics & Gerontology International*, 6(4), 216-222. doi:10.1111/j.1447-0594.2006.00351.x
- Juve, M., Huguet, M., Monterde, D., Sanmartín, M., Martí, N., Cuevas, B., . . . Alvarez, G. (2007). Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. *Nursing*, 25(4), 56-61. doi:10.1016/S0212-5382(07)70907-X
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. doi:10.2307/2787065
- Keyes, C., & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In O. G. Brim, C. D. Ryff & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we?*

- A national study of well-being at midlife* (pp. 350-372). Chicago: University of Chicago Press.
- Khalaila, R. (2013). Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of advanced nursing*, 69(5), 1172-1182. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06109.x
- Khalaila, R. (2014). Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing standard (Royal College of Nursing)*, 28(43), 37-44. doi:10.7748/ns.28.43.37.e8333
- Kosco, M. & Warren, N. (2000). Critical care nurses perceptions of family needs as met. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23(2), 60-72. doi:10.1097/00002727-200008000-00008
- Kotler, P., Wong, V., Saunders, J., & Armstrong, G. (2012). *Principles of marketing* (14 ed.). London: Pearson Education.
- Lassen, H. (1953). A preliminary report on the 1952 epidemic of poliomyelitis in Copenhagen with special reference to the treatment of acute respiratory insufficiency. *Lancet*, 261(6749), 37-41. doi:10.1016/S0140-6736(53)92530-6
- Lawton, M. (1972). The dimension of morale. In D. Kent, R. Kastenbaum & S. Sherwood (Eds.), *Research, planning and action for the elderly* (pp. 144-165). New York: Behavioral Publications, Inc.
- Leske, J. (1991). Internal psychometric properties of the critical care family needs inventory. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 20(3), 236-244. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2032860>
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- Malinowski, B. (1975). *Uma teoria científica da cultura*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Martínez, M., Martínez, M., García, J., Cortés, M., Ferrer, A., & Herrero, B. (2004). Fiabilidad y validez de una Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72716318>
- Martins, C., Dantas, M., Marinho, F., Almeida, L., & Santons, V. (2014). Agentes stressores na terapia intensiva: visão dos profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 8(10), 3386-3391. doi:10.5205/reuol.6039-55477-1-ED.0810201417
- Maruiti, M. R., & Galdeano, L. E. (2007). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), 37-43.
- Maslow, A. (1987). *Motivation and Personality* (3th ed.). New York: Harper & Row, Publishers, Inc.

- Matlin, M., & Foley, H. (1996). *Sensación y Percepción* (3th ed.). México: Pearson. Prentice Hall.
- Max-Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (2010). *Desarrollo a escala humana. Opciones para el futuro*. Madrid: Biblioteca CF+S. Disponível em <http://habitat.aq.upm.es/deh/adeh.pdf>
- Maxwell, K. E., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, 36(5), 367-376.
- McAdam J., & Puntillo, K. (2009). Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 18(3), 200-209. doi: 10.4037/ajcc2009252
- McDaniel, S., Campbell, T., & Seaburn, D. (2003). *Family-oriented primary care. A Manual for Medical Providers* (2nd ed.). New York: Springer-Verlag.
- Melo, J. (2005). *As Necessidades dos familiares de doentes internados em UCI: Percepção dos familiares, médicos e enfermeiros* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Molina, C., & Meléndez, J. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriátrika*, 22(3), 97-105.
- Morales, M., & González, A. (2014). Resiliencia-autoestima-bienestar psicológico y capacidad intelectual de estudiantes de cuarto medio de buen rendimiento de liceos vulnerables. *Estudios Pedagógicos*, 40(1), 215-228. Disponível em <https://scielo.conicyt.cl/pdf/estped/v40n1/art13.pdf>
- Moreau, D., Goldgran-Toledano, D., Alberti, C., Jourdain, M., Adrie, C., Annane, D., . . . Azoulay, E. (2004). Junior versus senior physicians for informing families of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 169(4), 512-517. doi:10.1164/rccm.200305-645OC
- Moreno, R. (2000). Avaliação da carga de trabalho de enfermagem. In Rui Moreno (Ed.), *Gestão e organização em medicina Intensiva*. Lisboa: Permayner Portugal.
- Navarro, J. (1994). Sociedad y bienestar: El concepto de bienestar. *Anuario Filosófico*, 27, 603-611. Disponível em <https://hdiunlp.files.wordpress.com/2014/09/sociedad-y-bienestar-julic3a1n-morales.pdf>
- Nelson, J., Kinjo, K., Meier, D., Ahmad, K., & Morrison, R. (2005). When critical illness becomes chronic: Informational needs of patients and families. *Journal of Critical Care*, 20(1), 79-89. doi:10.1016/j.jcrc.2004.11.003
- Nelson, J., Mercado, A., Camhi, S., Tandon, N. M., Wallenstein, S., August, G., & Morrison, S. (2007). Communication about chronic critical illness. *Archives of Internal Medicine*, 167(22), 2509-2515.

- Neri, A. L. (Org.). (2007). *Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Neto F., & Mullet, E. (2004). Personality, self-esteem, and self-construal as correlates of forgiveness. *European Journal of Personality*, 18, 15-30.
- Neves, F. B. C. S., Dantas, M. P., Bitencourt, A. G. V., Vieira, P. S., Magalhães, L. T., Teles, J. M., M., ... Messeder, O. H. C. (2009). Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(1), 32-37. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n1/v21n1a05.pdf>
- Obringer, K., Hilgenberg, C., & Booker, K. (2012). Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1651-1658. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x.
- Oleson M. (1990). Subjectively perceived quality of life. *Image - The Journal of Nursing Scholarship*, 22(3), 187-190. doi:10.1111/j.1547-5069.1990.tb00205.x
- Omari, F. (2009). Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICUs. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(1), 28-34. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01248.x
- Öosterwegel, A., & Oppenheimer, L. (2002). Jumping to awareness of conflict between self-representation and its relation to psychological well-being. *International Journal of Behavioral Development*, 26(6), 548-556.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a prática da enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer MCEEMC 15: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva..* Lisboa: Autor.
- Padilla, C. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Investigación y educación en enfermería*, 32(2), 306-316. doi:10.1590/S0120-53072014000200013
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., . . . Coutinho, P. (2017). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência. Medicina intensiva*. Lisboa: República Portuguesa - Saúde.
- Paiva, K., & Junior, W. (2012). Competências profissionais de enfermeiros e sua gestão em um hospital particular. *REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(6), 899-908. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a03v65n6.pdf>
- Pardavila Belio, M., & García Vivar, C. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 51-67. doi:10.1016/j.enfi.2011.06.001

- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In M. C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 77-96). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, S. (2010). *Cuidados paliativos: Confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Pérez Fernández, M. C., Najarro Infante, F.-R., Dulce García, M. A., Gallardo Jiménez, N., & Fernández Fernández, A. (2009). Comunicación: Una necesidad para el paciente-familia. Una competencia de enfermería. *Páginas enfergurg.com - Revista Digital de Enfermería*, 1(3), 15-20. Disponível em <http://www.paginasenfergurg.com/revistas/2009/septiembre/comunicacion.pdf>
- Pérez Giraldo, B. (2002). El cuidado de la enfermería en familia: Un reto para el siglo XXI. *Aquichan*, [S.l.], 2(1), 24-26. Disponível em <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/19/37>
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinheiro, A. (1994). Conceito de unidade de cuidados intensivos. *Acta Médica Portuguesa*, 7, 5-7.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pott, F., Stahlhoefer, T., Felix, J., & Meier, M. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 174-179. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/04.pdf>
- Pryzby, B. (2005). Effects of nurse caring behaviours on family stress responses in critical care. *Intensive & critical care nursing*, 21(1), 16-23. doi:10.1016/j.iccn.2004.06.008
- Puebla-Viera, D., Ramírez-Gutiérrez, A., Ramos-Pichardo, P., & Moreno-Gómez, M. T. (2009). Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2), 97-102. Disponível em <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092g.pdf>
- Putnam, R. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster Paperbacks.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Porto: Gradiva.
- Rahmqvist, J., Bubini, J., & Perseus, K. (2010). Review: A meta-synthesis of qualitative research into needs and experiences of significant others to critically ill or injured

- patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3102-3111. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03244.x
- Rainho, M., Antunes, M, Barroso, I., Correia, T., Brito, I., & Monteiro, M. (2018). Adaptação e validação do Questionário Geral de Bem-Estar Psicológico: análise fatorial confirmatória da versão reduzida. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (18), 1-10.
- Rainho, M., Carvalho, A., Mateus, S., Minhava, V., Almeida, A., & Santos, C. (2012). Bem-Estar Psicológico numa amostra de adultos. *Referências, III*(suplemento), 345.
- Ramachandra, P., Booth, S., Pieters, T., Vrotsou, K. & Huppert, FA. (2009). A brief self-administered psychological intervention to improve well-being in patients with cancer: Results from a feasibility study. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1323-1326. doi:10.1002/pon.1516.
- Raurell, A., & Aymar, I. (2015). Need for the role of the patient's family members at the intensive care unit. *Enfermería Intensiva*, 26(3), 101-111. doi: 10.1016/j.enfi.2015.02.001
- Raveis, V., Karus, G., & Siegel, K. (1998). Correlates of depressive symptomatology among adult daughter caregivers of a parent with cancer. *Cancer*, 83(8), 1652-1663. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9781961>
- Regulamento n.º 122/2011*, de 18 de fevereiro. Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. Diário da República, 35. Série II.
- Regulamento n.º 124/2011*, de 18 de fevereiro, Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, 35. Série II.
- Regulamento n.º 429/2018*, de 16 de junho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 135. Série II.
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde* (2a ed.). Lisboa: Placebo, Editora.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/7eb5/1dfece4f39df7c5c3aefa1276ae1116473a5.pdf>

- Ryff, C., & Keyes, L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. Disponível em <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf>
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. doi 10.1007/s10902-006-9019-0
- Ryff, C., Schmutte, P., & Lee, Y. (1996). How children turn out: Implications for parental self-evaluation. In C. D. Ryff & M. M. Seltzer (Eds.), *The parental experience in midlife* (pp. 383-422). Chicago: University of Chicago Press.
- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46.
- Saavedra Guajardo, E., & Villalta Paucar, M. (2008). Medición de las características resilientes: Un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14(14), 32-40. Disponível em <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a05v14n14.pdf>
- Saiote, E., & Mendes, F. (2011). A partilha de informação com familiares em unidades de tratamento intensivo: Importância atribuída por enfermeiros. *Cogitare Enfermagem*, 16(2), 219-225. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648967003>
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2002). *The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schmidt, M., & Azoulay, E. (2012). Having a loved one in the ICU: The forgotten family. *Current Opinion in Critical Care*, 18(5), 540-547. doi:10.1097/MCC.0b013e328357f141
- Schneider, B., & Alderfer, C. (1973). Three studies of measures of need satisfaction in organizations. *Administrative Science Quarterly*, 18(4), 489-505. doi: 10.2307/2392201
- Siddiqui, S., Sheikh, F., & Kamal, R. (2011). What families want: An assessment of family expectations in the ICU. *International Archives of Medicine*, 4(21), 1-5. doi:10.1186/1755-7682-4-21
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M., & Oliveira, A. L. (2000). O Bem-Estar subjetivo: Estado atual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4(2), 243-279.
- Smith, K., Avis, N., & Assmann, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of life research*, 8(5), 447-459. doi:10.1023/A:1008928518577
- Söderström, I., Benzein, E., & Saveman, B. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*,

- 17(2), 185-192. Disponível em <http://portal.research.lu.se/portal/files/4446889/623765.pdf>
- Söderström, I., Saveman, B., Hagberg, M., & Benzein, E. (2009). Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(5), 250-257. doi:10.1016/j.iccn.2009.06.006
- Sousa, L., Almeida, A., & Simões, C. (2011). Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 195-206.
- Stayt, L. (2009). Death, empathy and self preservation: The emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1267-1275. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x
- Stock, W., Okun, M., Haring, M., & Witter, R. (1983). Age and subjective wellbeing: A meta analysis. In R. Light (Ed.), *Evaluation studies: Review anual* (Vol. 8, pp. 279-302). Beverly Hills: SAGE.
- Torrents Ros, R., Oliva Torras, E., Saucedo Fernández, M. J., Surroca Sales, L., & Jover Sancho, C. (2003). Impacto de los familiares del paciente crítico Ante una acogida protocolizada. *Enfermería Intensiva*, 14(2), 49-61. doi:10.1016/S1130-2399(03)78104-8
- Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Unidade de Instalações e Equipamentos/Administração Central dos Serviços de Saúde. (2013). *Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos*. Lisboa: ACSS - Unidade de Instalação de Equipamentos.
- US Public Health Service. (1999). *Mental health: A report of the surgeon general*. Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Valdés, M. (1991). Dos aspectos en el concepto de bienestar. *DOXA: Cuadernos de Filosofía del Derecho*, 9, 69-89. Disponível em <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcjd568>
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of happiness*. Dordrecht: Reidel Publishing Company.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3(9), 87-116. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/254803596\\_El\\_estudio\\_de\\_la\\_satisfaccion\\_con\\_la\\_vida](https://www.researchgate.net/publication/254803596_El_estudio_de_la_satisfaccion_con_la_vida)
- Veenhoven, R. (1996). Happy life expectancy: A comprehensive measure of quality-of-life in nations. *Social Indicators Research*, 39(1), 1-58. Disponível em [https://www.jstor.org/stable/27522942?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/27522942?seq=1#page_scan_tab_contents)
- Velez, C. P. G. (2002). *Expectativas dos familiares de doentes internados na UCI face aos enfermeiros*. *Nursing*, 14, 168-172.

- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 14(4), 501-509. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x
- Verhaeghe, S., van Zuuren, F., Defloor, T., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2007). How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit? *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1488-1497. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01807.x
- Warr, P. (1990). The measurement of wellbeing and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 193-210. doi:10.1111/j.2044-8325.1990.tb00521.x
- Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura, um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wilkinson, P. (1995). A qualitative study to establish the self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11(2), 77-86. doi:10.1016/S0964-3397(95)82018-3
- World Health Organization Quality of Life. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56. doi:10.1080/00207411.1994.11449286
- World Health Organization. (1946). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
- World Health Organization. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. Disponível em [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias. Guia para avaliação e intervenção na família* (5 ed.). São Paulo: Editora Roca.
- Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention* (6a ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Yang, S. (2008). A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 79-86. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/61d8/af7e2598c80e4307cda3f374d90732b4fb23.pdf>
- Zaider, T., & Kissane, D. (2009). The assessment and management of family distress during palliative care. *Current opinion in supportive and palliative care*, 3(1), 67-71. doi:10.1097/SPC.0b013e328325a5ab

# APÊNDICES



# Apêndice A

## Questionário

### INQUÉRITO ANÓNIMO

No âmbito do Mestrado de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) em consórcio com a Universidade do Minho, encontro-me a desenvolver uma dissertação cujo tema é "Relação Entre Necessidades e Bem-Estar Psicológico Dos Familiares Dos Doentes Internados Numa Unidade de Cuidados Intensivos". Assim, a sua colaboração voluntária é indispensável para a sua prossecução. As respostas serão anónimas e confidenciais, logo não deverá escrever o seu nome em qualquer parte deste questionário.

#### I - Dados Sociodemográficos

**1. Sexo:**

- Feminino                       Masculino

**2. Idade :** \_\_\_\_\_

**3. Habilitações literárias:**

- 1º ciclo                       2º ciclo                       3º ciclo  
 Secundário                       Bacharelato                       Licenciatura  
 Mestrado                       Doutoramento                       Outra \_\_\_\_\_

**4. Estado Civil**

- Solteiro                       Divorciado  
 Casado                       Separado  
 União de facto                       Viúvo

**4. Tem filhos?**

- Sim                       Não

**4.1. Se respondeu afirmativamente, quantos filhos tem?** \_\_\_\_\_

**4.2. Idades** \_\_\_\_\_

**5. Qual é a sua profissão:** \_\_\_\_\_

**6. Qual é o parentesco do seu familiar internado?** \_\_\_\_\_

**7. Há quanto tempo o seu familiar está internado?** \_\_\_\_\_

**II - Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (Molter e Leske, 1983)**

Por favor indique com (X) qual o grau de IMPORTÂNCIA que atribui a cada uma das seguintes necessidades:	Sem Importância (1)	Pouco Importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)
1. Saber o prognóstico do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
2. Obter informações sobre o ambiente da unidade de cuidados intensivos antes de entrar pela primeira vez.	_____	_____	_____	_____
3. Falar diariamente com um médico.	_____	_____	_____	_____
4. Poder telefonar para uma pessoa de referência quando for impossível estar presente na visita.	_____	_____	_____	_____
5. Obter respostas sinceras às questões colocadas.	_____	_____	_____	_____
6. Ter um horário de visitas adaptável a condições especiais (do familiar).	_____	_____	_____	_____
7. Poder falar dos seus sentimentos relativamente à situação.	_____	_____	_____	_____
8. Ter acesso a alimentação no hospital.	_____	_____	_____	_____
9. Ter instruções sobre como proceder junto do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
10. Poder visitar o seu familiar em qualquer momento.	_____	_____	_____	_____
11. Saber que tipo de informação cada membro da equipa me pode dar.	_____	_____	_____	_____
12. Ter amigos próximos para me apoiarem.	_____	_____	_____	_____
13. Conhecer o motivo daquilo que é feito (técnicas, exames, etc.) ao seu familiar.	_____	_____	_____	_____
14. Sentir que existe esperança.	_____	_____	_____	_____
15. Saber quem são os diferentes membros da equipa que cuidam do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
16. Saber qual é o tratamento médico do seu familiar.	_____	_____	_____	_____

Por favor indique com (X) qual o grau de IMPORTÂNCIA que atribui a cada uma das seguintes necessidades:	Sem Importância (1)	Pouco Importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)
17. Ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis.	_____	_____	_____	_____
18. Ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a).	_____	_____	_____	_____
19. Saber exatamente o que está ser feito pelo seu familiar.	_____	_____	_____	_____
20. Ter mobiliário confortável na sala de espera.	_____	_____	_____	_____
21. Sentir que sou aceite pelos profissionais do hospital.	_____	_____	_____	_____
22. Ter alguém que ajude nos problemas financeiros.	_____	_____	_____	_____
23. Ter telefone perto da sala de espera.	_____	_____	_____	_____

24. Ter assistência religiosa/espiritual.	_____	_____	_____	_____
25. Conversar sobre a possibilidade do seu familiar vir a falecer.	_____	_____	_____	_____
26. Estar acompanhado de outra pessoa quando visita o seu familiar na unidade de cuidados intensivos.	_____	_____	_____	_____
27. Ter alguém que se preocupa com a sua saúde.	_____	_____	_____	_____
28. Ter a certeza que é seguro deixar o hospital por instantes.	_____	_____	_____	_____
29. Falar diariamente com o(a) mesmo(a) enfermeiro(a).	_____	_____	_____	_____
30. Sentir que pode chorar.	_____	_____	_____	_____
31. Receber informação sobre a possibilidade de outras pessoas me ajudarem nos meus problemas.	_____	_____	_____	_____
32. Ter uma casa de banho perto da sala de espera.	_____	_____	_____	_____

<b>Por favor indique com (X) qual o grau de IMPORTÂNCIA que atribui a cada uma das seguintes necessidades:</b>	<b>Sem Importância (1)</b>	<b>Pouco Importante (2)</b>	<b>Importante (3)</b>	<b>Muito Importante (4)</b>
33. Poder estar sozinho sempre que sinta essa necessidade.	_____	_____	_____	_____
34. Receber informações sobre quem me pode ajudar nos problemas familiares.	_____	_____	_____	_____
35. Receber informações que eu compreenda.	_____	_____	_____	_____
36. Ter um horário de visitas que comece à hora marcada	_____	_____	_____	_____
37. Receber informação sobre a assistência religiosa/espiritual hospitalar.	_____	_____	_____	_____
38. Poder ajudar nos cuidados físicos do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
39. Ser informado das intenções e planos de transferência enquanto, ainda, estão a ser planeados.	_____	_____	_____	_____
40. Receber informação em casa sobre alterações da condição do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
41. Receber informações sobre o estado do seu familiar pelo menos uma vez por dia	_____	_____	_____	_____
42. Sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar.	_____	_____	_____	_____
43. Conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
44. Poder visitar o seu familiar com frequência.	_____	_____	_____	_____
45. Ter uma sala de espera perto do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
46. Outra: _____	_____	_____	_____	_____

**III - Bem-estar Psicológico** (Rainho et al., 2012).

Por favor indique a opção que pode traduzir como se sentiu ou reagiu durante o último mês.

**1. Durante o último mês, sentiu-se incomodada/o aborrecida/o/ nervosa/o?**

- <sup>(1)</sup> Extremamente  <sup>(2)</sup> Muito  <sup>(3)</sup> Moderadamente
- <sup>(4)</sup> Algo (o suficiente para me incomodar ou aborrecer)  <sup>(5)</sup> Ligeiramente  <sup>(6)</sup> Nada

**2. Durante o último mês, quanta energia ou vitalidade sentiu?**

- <sup>(1)</sup> Senti-me cheia/o de energia e muito animado.
- <sup>(2)</sup> Senti que o meu nível de energia varou bastante (com energia a mais parte das vezes).
- <sup>(3)</sup> Senti que o meu nível de energia variou um pouco.
- <sup>(4)</sup> Geralmente, senti-me com pouca energia e pouco animada/o.
- <sup>(5)</sup> Muito pouco animada/o e com pouca energia, na maior parte das vezes
- <sup>(6)</sup> Senti-me esgotada/o. Sem qualquer energia ou ânimo.

**3. Durante o último mês, sentiu-se abatida/o?**

- <sup>(1)</sup> Nunca  <sup>(2)</sup> Poucas vezes  <sup>(3)</sup> Algumas vezes
- <sup>(4)</sup> Uma boa parte do tempo  <sup>(5)</sup> Muitas vezes  <sup>(6)</sup> Sempre

**4. Durante o último mês, sentiu-se emocionalmente estável?**

- <sup>(1)</sup> Nunca  <sup>(2)</sup> Poucas vezes  <sup>(3)</sup> Algumas vezes
- <sup>(4)</sup> Uma boa parte do tempo  <sup>(5)</sup> Muitas vezes  <sup>(6)</sup> Sempre

**5. Durante o último mês, sentiu-se alegre?**

- <sup>(1)</sup> Nunca  <sup>(2)</sup> Poucas vezes  <sup>(3)</sup> Algumas vezes
- <sup>(4)</sup> Uma boa parte do tempo  <sup>(5)</sup> Muitas vezes  <sup>(6)</sup> Sempre

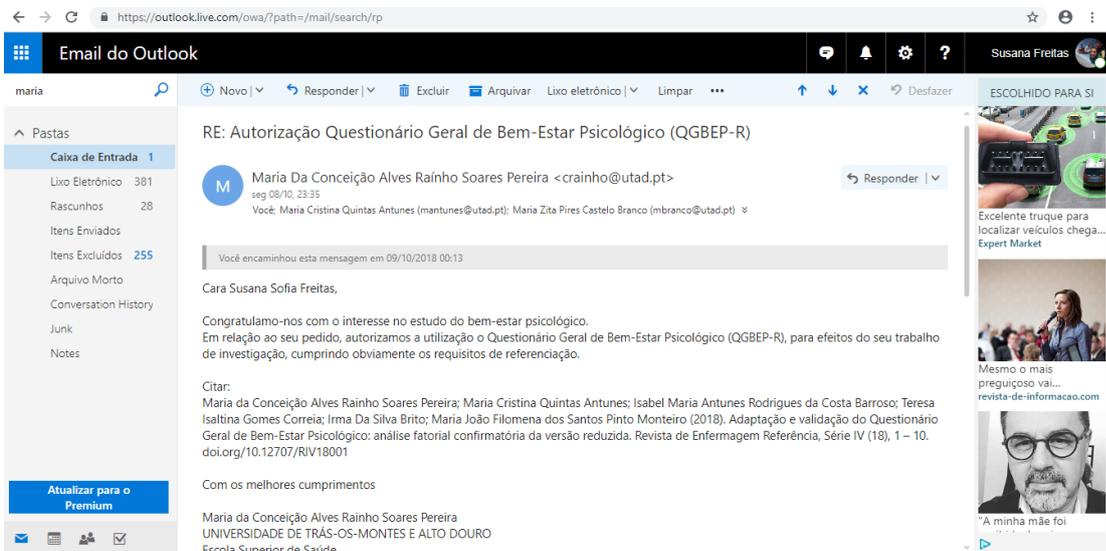
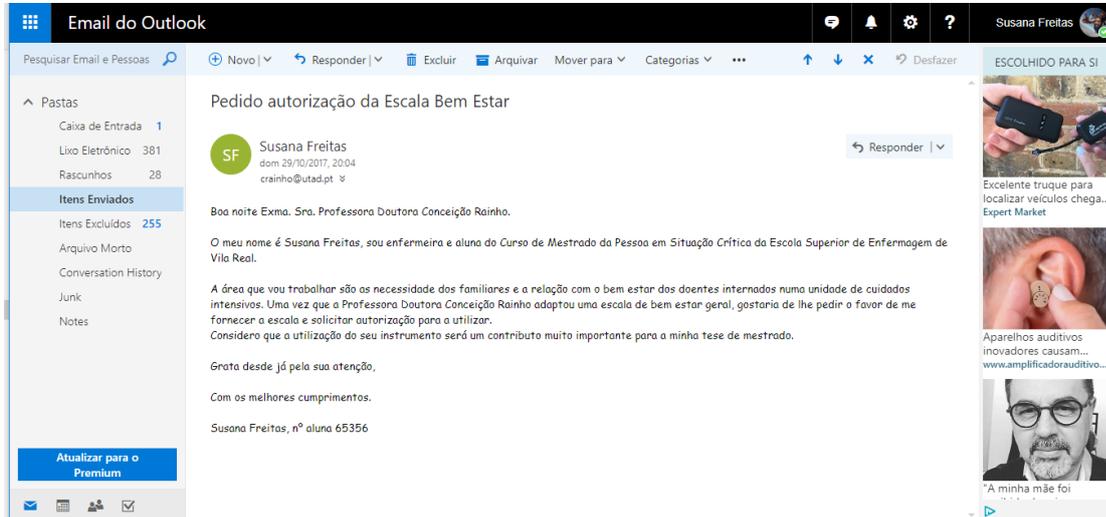
**6. Durante o último mês, sentiu-se cansada/o, exausta/o ou desgastada/o?**

- <sup>(1)</sup> Nunca  <sup>(2)</sup> Poucas vezes  <sup>(3)</sup> Algumas vezes
- <sup>(4)</sup> Uma boa parte do tempo  <sup>(5)</sup> Muitas vezes  <sup>(6)</sup> Sempre

Obrigada pela colaboração!

# Apêndice B

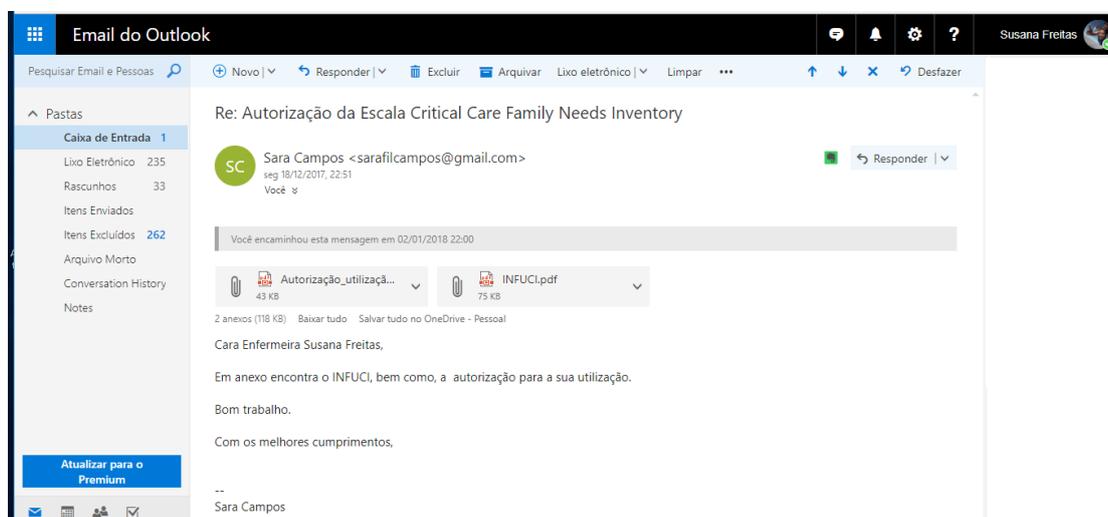
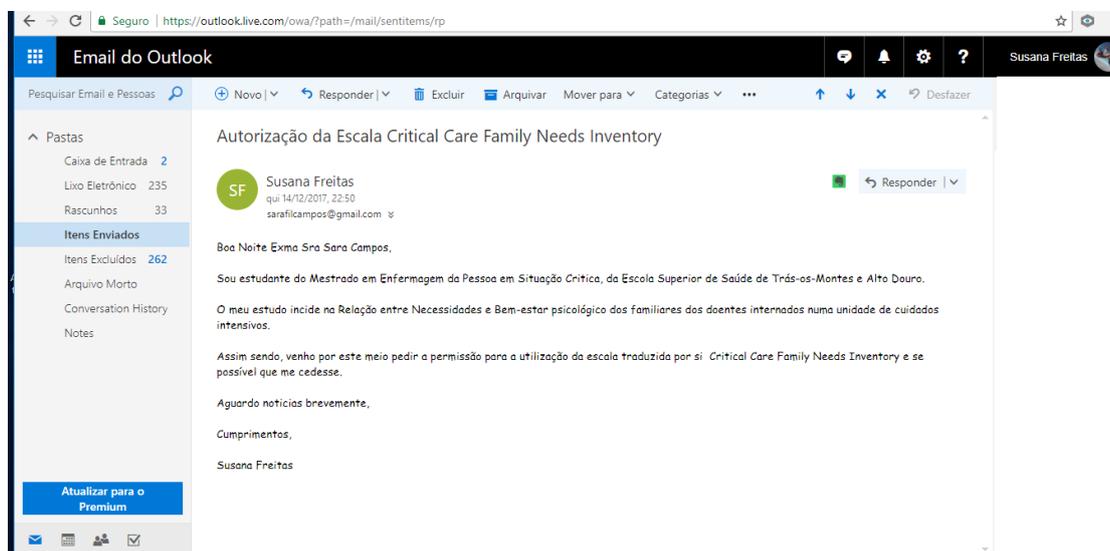
## Autorização para a Utilização do QBEP-R





# Apêndice C

## Autorização para a Utilização do INFUCI



Cara Enfermeira Susana Freitas,

Envio-lhe uma cópia do Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos, que corresponde à versão traduzida e adaptada à população Portuguesa do *Critical Family Needs Inventory*.

Tem a minha autorização para utilizar o instrumento de acordo com as suas necessidades de investigação.

Caso tenha alguma questão não hesite em contatar-me.

Desejo-lhe a maior sorte para o desenvolvimento da sua tese de mestrado.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Campos

Porto, 25 de Abril de 2015

## Apêndice D

### Consentimento informado

#### **Termo de Consentimento Informado para Estudo de Investigação**

##### **Relação entre Necessidades e Bem-Estar Psicológico dos Familiares dos Doentes Internados numa Unidade de Cuidados Intensivos**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à investigadora se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento. A investigação que pretendemos realizar enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) em consórcio com a Universidade do Minho.

O estudo tem como orientadoras a Professora Doutora Cristina Antunes e a Professora Doutora Maria Zita Castelo Branco, Professoras na Escola Superior de Saúde de Vila Real da UTAD.

Trata-se de um estudo descritivo e correlacional-comparativo e de uma abordagem quantitativa. Abrange familiares dos doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos. Tem como objetivo analisar a relação das Necessidades com o Bem-Estar Psicológico dos familiares do doente crítico internado numa Unidade de Cuidados Intensivos.

O estudo consta de um questionário. A sua participação é voluntária. É livre para abandonar o estudo a qualquer momento. A recusa em participar ou posterior abandono do estudo, não prejudicará a sua relação com a equipa de clínicos ou investigadores ou com os enfermeiros do serviço. Todos os custos relacionados com a investigação serão suportados pelos investigadores.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no

estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-nos (Susana Freitas, investigadora principal do estudo e discente do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Vila Real, telemóvel: 919062426 ou e-mail: su.sofia@hotmail.com).

Muito obrigada pela sua colaboração fundamental,

Nome do Participante no estudo

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

Nome do Investigador Responsável

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

## Apêndice E

### Testes Post Hoc de Benferroni e de Tamhane

#### Testes Post Hoc de Benferroni e de Tamhane

Variável dependente	(I) IDADE_REC	(J) IDADE_REC	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	p	Intervalo de Confiança 95%		
						Limite inferior	Limite superior	
INFUCITotal	Bonferroni	1,00	2,00	,36000	4,60084	1,000	-12,8962	13,6162
			3,00	-,72000	5,31259	1,000	-16,0270	14,5870
			4,00	-12,22000	5,42988	,270	-27,8649	3,4249
			5,00	-10,30333	5,71258	,748	-26,7628	6,1561
		2,00	1,00	-,36000	4,60084	1,000	-13,6162	12,8962
			3,00	-1,08000	5,31259	1,000	-16,3870	14,2270
			4,00	-12,58000	5,42988	,229	-28,2249	3,0649
			5,00	-10,66333	5,71258	,654	-27,1228	5,7961
		3,00	1,00	,72000	5,31259	1,000	-14,5870	16,0270
			2,00	1,08000	5,31259	1,000	-14,2270	16,3870
			4,00	-11,50000	6,04479	,605	-28,9166	5,9166
			5,00	-9,58333	6,29996	1,000	-27,7351	8,5685
		4,00	1,00	12,22000	5,42988	,270	-3,4249	27,8649
			2,00	12,58000	5,42988	,229	-3,0649	28,2249
			3,00	11,50000	6,04479	,605	-5,9166	28,9166
			5,00	1,91667	6,39918	1,000	-16,5210	20,3544
		5,00	1,00	10,30333	5,71258	,748	-6,1561	26,7628
			2,00	10,66333	5,71258	,654	-5,7961	27,1228
			3,00	9,58333	6,29996	1,000	-8,5685	27,7351
			4,00	-1,91667	6,39918	1,000	-20,3544	16,5210
	Tamhane	1,00	2,00	,36000	4,76181	1,000	-13,6180	14,3380

			3,00	-,72000	5,78054	1,000	-18,2078	16,7678
			4,00	-12,22000	4,34831	,076	-25,1629	,7229
			5,00	-10,30333	6,27186	,705	-29,8638	9,2571
		2,00	1,00	-,36000	4,76181	1,000	-14,3380	13,6180
			3,00	-1,08000	5,59279	1,000	-18,1094	15,9494
			4,00	-12,58000	4,09542	,039	-24,7744	-,3856
			5,00	-10,66333	6,09926	,636	-29,8733	8,5466
		3,00	1,00	,72000	5,78054	1,000	-16,7678	18,2078
			2,00	1,08000	5,59279	1,000	-15,9494	18,1094
			4,00	-11,50000	5,24521	,331	-27,8269	4,8269
			5,00	-9,58333	6,92392	,861	-30,9532	11,7865
		4,00	1,00	12,22000	4,34831	,076	-,7229	25,1629
			2,00	12,58000	4,09542	,039	,3856	24,7744
			3,00	11,50000	5,24521	,331	-4,8269	27,8269
			5,00	1,91667	5,78221	1,000	-16,7959	20,6292
		5,00	1,00	10,30333	6,27186	,705	-9,2571	29,8638
			2,00	10,66333	6,09926	,636	-8,5466	29,8733
			3,00	9,58333	6,92392	,861	-11,7865	30,9532
			4,00	-1,91667	5,78221	1,000	-20,6292	16,7959
Suporte	Bonferroni	1,00	2,00	-,40000	2,01742	1,000	-6,2127	5,4127
			3,00	-,68000	2,32952	1,000	-7,3919	6,0319
			4,00	-5,73714	2,38095	,181	-12,5973	1,1230
			5,00	-4,63000	2,50491	,680	-11,8473	2,5873
		2,00	1,00	,40000	2,01742	1,000	-5,4127	6,2127
			3,00	-,28000	2,32952	1,000	-6,9919	6,4319

		4,00	-5,33714	2,38095	,276	-12,1973	1,5230	
		5,00	-4,23000	2,50491	,949	-11,4473	2,9873	
	3,00	1,00	,68000	2,32952	1,000	-6,0319	7,3919	
		2,00	,28000	2,32952	1,000	-6,4319	6,9919	
		4,00	-5,05714	2,65058	,597	-12,6942	2,5799	
		5,00	-3,95000	2,76247	1,000	-11,9094	4,0094	
	4,00	1,00	5,73714	2,38095	,181	-1,1230	12,5973	
		2,00	5,33714	2,38095	,276	-1,5230	12,1973	
		3,00	5,05714	2,65058	,597	-2,5799	12,6942	
		5,00	1,10714	2,80598	1,000	-6,9776	9,1919	
	5,00	1,00	4,63000	2,50491	,680	-2,5873	11,8473	
		2,00	4,23000	2,50491	,949	-2,9873	11,4473	
		3,00	3,95000	2,76247	1,000	-4,0094	11,9094	
		4,00	-1,10714	2,80598	1,000	-9,1919	6,9776	
	Tambane	1,00	2,00	-4,00000	2,01531	1,000	-6,3186	5,5186
			3,00	-6,80000	2,71418	1,000	-8,9651	7,6051
			4,00	-5,73714	1,97473	,060	-11,6202	,1459
			5,00	-4,63000	2,59789	,603	-12,6833	3,4233
		2,00	1,00	,40000	2,01531	1,000	-5,5186	6,3186
			3,00	-,28000	2,61013	1,000	-8,3309	7,7709
			4,00	-5,33714	1,82909	,060	-10,8047	,1305
			5,00	-4,23000	2,48898	,669	-12,0548	3,5948
		3,00	1,00	,68000	2,71418	1,000	-7,6051	8,9651
			2,00	,28000	2,61013	1,000	-7,7709	8,3309
			4,00	-5,05714	2,57893	,477	-13,0805	2,9662

			5,00	-3,95000	3,08226	,907	-13,4113	5,5113
	4,00	1,00		5,73714	1,97473	,060	-,1459	11,6202
			2,00	5,33714	1,82909	,060	-,1305	10,8047
			3,00	5,05714	2,57893	,477	-2,9662	13,0805
			5,00	1,10714	2,45624	1,000	-6,7009	8,9151
	5,00	1,00		4,63000	2,59789	,603	-3,4233	12,6833
			2,00	4,23000	2,48898	,669	-3,5948	12,0548
			3,00	3,95000	3,08226	,907	-5,5113	13,4113
			4,00	-1,10714	2,45624	1,000	-8,9151	6,7009
Conforto	Bonferroni	1,00	2,00	,52000	,93040	1,000	-2,1607	3,2007
			3,00	-1,10667	1,07434	1,000	-4,2021	1,9888
			4,00	-1,75429	1,09806	1,000	-4,9181	1,4095
			5,00	-2,20667	1,15523	,594	-5,5352	1,1218
	2,00	1,00		-,52000	,93040	1,000	-3,2007	2,1607
			3,00	-1,62667	1,07434	1,000	-4,7221	1,4688
			4,00	-2,27429	1,09806	,413	-5,4381	,8895
			5,00	-2,72667	1,15523	,205	-6,0552	,6018
	3,00	1,00		1,10667	1,07434	1,000	-1,9888	4,2021
			2,00	1,62667	1,07434	1,000	-1,4688	4,7221
			4,00	-,64762	1,22241	1,000	-4,1697	2,8745
			5,00	-1,10000	1,27401	1,000	-4,7708	2,5708
	4,00	1,00		1,75429	1,09806	1,000	-1,4095	4,9181
			2,00	2,27429	1,09806	,413	-,8895	5,4381
			3,00	,64762	1,22241	1,000	-2,8745	4,1697
			5,00	-,45238	1,29407	1,000	-4,1809	3,2762

		5,00	1,00	2,20667	1,15523	,594	-1,1218	5,5352
			2,00	2,72667	1,15523	,205	-,6018	6,0552
			3,00	1,10000	1,27401	1,000	-2,5708	4,7708
			4,00	,45238	1,29407	1,000	-3,2762	4,1809
	Tamhane	1,00	2,00	,52000	,93552	1,000	-2,2270	3,2670
			3,00	-1,10667	1,11306	,981	-4,4627	2,2494
			4,00	-1,75429	1,00090	,606	-4,7541	1,2455
			5,00	-2,20667	1,29263	,663	-6,2589	1,8456
		2,00	1,00	-,52000	,93552	1,000	-3,2670	2,2270
			3,00	-1,62667	1,06344	,772	-4,8591	1,6058
			4,00	-2,27429	,94541	,203	-5,1261	,5775
			5,00	-2,72667	1,25016	,351	-6,6973	1,2440
		3,00	1,00	1,10667	1,11306	,981	-2,2494	4,4627
			2,00	1,62667	1,06344	,772	-1,6058	4,8591
			4,00	-,64762	1,12139	1,000	-4,0716	2,7764
			5,00	-1,10000	1,38802	,997	-5,4087	3,2087
		4,00	1,00	1,75429	1,00090	,606	-1,2455	4,7541
			2,00	2,27429	,94541	,203	-,5775	5,1261
			3,00	,64762	1,12139	1,000	-2,7764	4,0716
			5,00	-,45238	1,29981	1,000	-4,5511	3,6463
		5,00	1,00	2,20667	1,29263	,663	-1,8456	6,2589
			2,00	2,72667	1,25016	,351	-1,2440	6,6973
			3,00	1,10000	1,38802	,997	-3,2087	5,4087
			4,00	,45238	1,29981	1,000	-3,6463	4,5511
Informação	Bonferroni	1,00	2,00	,12000	,77383	1,000	-2,1096	2,3496

		3,00	,64000	,89354	1,000	-1,9345	3,2145	
		4,00	-1,76000	,91326	,573	-4,3914	,8714	
		5,00	-,17667	,96081	1,000	-2,9450	2,5917	
	2,00	1,00	-,12000	,77383	1,000	-2,3496	2,1096	
		3,00	,52000	,89354	1,000	-2,0545	3,0945	
		4,00	-1,88000	,91326	,426	-4,5114	,7514	
		5,00	-,29667	,96081	1,000	-3,0650	2,4717	
	3,00	1,00	-,64000	,89354	1,000	-3,2145	1,9345	
		2,00	-,52000	,89354	1,000	-3,0945	2,0545	
		4,00	-2,40000	1,01669	,205	-5,3293	,5293	
		5,00	-,81667	1,05960	1,000	-3,8697	2,2363	
	4,00	1,00	1,76000	,91326	,573	-,8714	4,3914	
		2,00	1,88000	,91326	,426	-,7514	4,5114	
		3,00	2,40000	1,01669	,205	-,5293	5,3293	
		5,00	1,58333	1,07629	1,000	-1,5177	4,6844	
	5,00	1,00	,17667	,96081	1,000	-2,5917	2,9450	
		2,00	,29667	,96081	1,000	-2,4717	3,0650	
		3,00	,81667	1,05960	1,000	-2,2363	3,8697	
		4,00	-1,58333	1,07629	1,000	-4,6844	1,5177	
	Tamhane	1,00	2,00	,12000	,76507	1,000	-2,1250	2,3650
			3,00	,64000	,90894	,999	-2,1109	3,3909
			4,00	-1,76000	,65203	,100	-3,7032	,1832
			5,00	-,17667	1,23423	1,000	-4,1511	3,7978
	2,00	1,00	-,12000	,76507	1,000	-2,3650	2,1250	
			3,00	,52000	,89609	1,000	-2,1992	3,2392

			4,00	-1,88000	,63399	,052	-3,7684	,0084
			5,00	-,29667	1,22480	1,000	-4,2565	3,6632
		3,00	1,00	-,64000	,90894	,999	-3,3909	2,1109
			2,00	-,52000	,89609	1,000	-3,2392	2,1992
			4,00	-2,40000	,80174	,069	-4,9189	,1189
			5,00	-,81667	1,31946	1,000	-4,9741	3,3408
		4,00	1,00	1,76000	,65203	,100	-,1832	3,7032
			2,00	1,88000	,63399	,052	-,0084	3,7684
			3,00	2,40000	,80174	,069	-,1189	4,9189
			5,00	1,58333	1,15756	,885	-2,2963	5,4630
		5,00	1,00	,17667	1,23423	1,000	-3,7978	4,1511
			2,00	,29667	1,22480	1,000	-3,6632	4,2565
			3,00	,81667	1,31946	1,000	-3,3408	4,9741
			4,00	-1,58333	1,15756	,885	-5,4630	2,2963
Proximidade	Bonferroni	1,00	2,00	,00000	,92636	1,000	-2,6691	2,6691
			3,00	,64000	1,06966	1,000	-2,4420	3,7220
			4,00	-2,27429	1,09328	,405	-5,4243	,8757
			5,00	-2,14333	1,15020	,658	-5,4574	1,1707
		2,00	1,00	,00000	,92636	1,000	-2,6691	2,6691
			3,00	,64000	1,06966	1,000	-2,4420	3,7220
			4,00	-2,27429	1,09328	,405	-5,4243	,8757
			5,00	-2,14333	1,15020	,658	-5,4574	1,1707
		3,00	1,00	-,64000	1,06966	1,000	-3,7220	2,4420
			2,00	-,64000	1,06966	1,000	-3,7220	2,4420
			4,00	-2,91429	1,21709	,188	-6,4210	,5925

		5,00	-2,78333	1,26846	,309	-6,4381	,8714
	4,00	1,00	2,27429	1,09328	,405	-,8757	5,4243
		2,00	2,27429	1,09328	,405	-,8757	5,4243
		3,00	2,91429	1,21709	,188	-,5925	6,4210
		5,00	,13095	1,28844	1,000	-3,5814	3,8433
	5,00	1,00	2,14333	1,15020	,658	-1,1707	5,4574
		2,00	2,14333	1,15020	,658	-1,1707	5,4574
		3,00	2,78333	1,26846	,309	-,8714	6,4381
		4,00	-,13095	1,28844	1,000	-3,8433	3,5814
Tambane	1,00	2,00	,00000	,97837	1,000	-2,8719	2,8719
		3,00	,64000	1,15955	1,000	-2,8595	4,1395
		4,00	-2,27429	,92627	,174	-5,0324	,4839
		5,00	-2,14333	1,18075	,575	-5,7782	1,4915
	2,00	1,00	,00000	,97837	1,000	-2,8719	2,8719
		3,00	,64000	1,12007	1,000	-2,7612	4,0412
		4,00	-2,27429	,87634	,128	-4,8878	,3392
		5,00	-2,14333	1,14201	,535	-5,6909	1,4043
	3,00	1,00	-,64000	1,15955	1,000	-4,1395	2,8595
		2,00	-,64000	1,12007	1,000	-4,0412	2,7612
		4,00	-2,91429	1,07486	,117	-6,2325	,4040
		5,00	-2,78333	1,30059	,352	-6,7831	1,2164
	4,00	1,00	2,27429	,92627	,174	-,4839	5,0324
		2,00	2,27429	,87634	,128	-,3392	4,8878
		3,00	2,91429	1,07486	,117	-,4040	6,2325
		5,00	,13095	1,09771	1,000	-3,3479	3,6098

		5,00	1,00	2,14333	1,18075	,575	-1,4915	5,7782
			2,00	2,14333	1,14201	,535	-1,4043	5,6909
			3,00	2,78333	1,30059	,352	-1,2164	6,7831
			4,00	-,13095	1,09771	1,000	-3,6098	3,3479
Segurança	Bonferroni	1,00	2,00	,12000	,47661	1,000	-1,2532	1,4932
			3,00	-,21333	,55035	1,000	-1,7990	1,3724
			4,00	-,69429	,56250	1,000	-2,3150	,9264
			5,00	-1,14667	,59178	,559	-2,8517	,5584
		2,00	1,00	-,12000	,47661	1,000	-1,4932	1,2532
			3,00	-,33333	,55035	1,000	-1,9190	1,2524
			4,00	-,81429	,56250	1,000	-2,4350	,8064
			5,00	-1,26667	,59178	,352	-2,9717	,4384
		3,00	1,00	,21333	,55035	1,000	-1,3724	1,7990
			2,00	,33333	,55035	1,000	-1,2524	1,9190
			4,00	-,48095	,62620	1,000	-2,2852	1,3233
			5,00	-,93333	,65263	1,000	-2,8137	,9471
		4,00	1,00	,69429	,56250	1,000	-,9264	2,3150
			2,00	,81429	,56250	1,000	-,8064	2,4350
			3,00	,48095	,62620	1,000	-1,3233	2,2852
			5,00	-,45238	,66291	1,000	-2,3624	1,4576
		5,00	1,00	1,14667	,59178	,559	-,5584	2,8517
			2,00	1,26667	,59178	,352	-,4384	2,9717
			3,00	,93333	,65263	1,000	-,9471	2,8137
			4,00	,45238	,66291	1,000	-1,4576	2,3624
	Tamhane	1,00	2,00	,12000	,53889	1,000	-1,4634	1,7034

			3,00	-,21333	,55299	1,000	-1,8813	1,4546
			4,00	-,69429	,49320	,842	-2,1719	,7833
			5,00	-1,14667	,43134	,112	-2,4358	,1424
	2,00		1,00	-,12000	,53889	1,000	-1,7034	1,4634
			3,00	-,33333	,59615	1,000	-2,1158	1,4492
			4,00	-,81429	,54115	,781	-2,4271	,7985
			5,00	-1,26667	,48544	,125	-2,7174	,1840
	3,00		1,00	,21333	,55299	1,000	-1,4546	1,8813
			2,00	,33333	,59615	1,000	-1,4492	2,1158
			4,00	-,48095	,55519	,993	-2,1768	1,2149
			5,00	-,93333	,50105	,545	-2,4900	,6234
	4,00		1,00	,69429	,49320	,842	-,7833	2,1719
			2,00	,81429	,54115	,781	-,7985	2,4271
			3,00	,48095	,55519	,993	-1,2149	2,1768
			5,00	-,45238	,43416	,975	-1,7965	,8918
	5,00		1,00	1,14667	,43134	,112	-,1424	2,4358
			2,00	1,26667	,48544	,125	-,1840	2,7174
			3,00	,93333	,50105	,545	-,6234	2,4900
			4,00	,45238	,43416	,975	-,8918	1,7965
Bem-EstarTotal	Bonferroni	1,00	2,00	-,88000	1,54772	1,000	-5,3380	3,5780
			3,00	-1,12000	1,78716	1,000	-6,2677	4,0277
			4,00	-1,72000	1,78716	1,000	-6,8677	3,4277
			5,00	3,13000	1,92171	1,000	-2,4053	8,6653
	2,00	1,00		,88000	1,54772	1,000	-3,5780	5,3380
			3,00	-,24000	1,78716	1,000	-5,3877	4,9077

		4,00		-,84000	1,78716	1,000	-5,9877	4,3077
		5,00		4,01000	1,92171	,398	-1,5253	9,5453
	3,00	1,00		1,12000	1,78716	1,000	-4,0277	6,2677
		2,00		,24000	1,78716	1,000	-4,9077	5,3877
		4,00		-,60000	1,99810	1,000	-6,3553	5,1553
		5,00		4,25000	2,11931	,480	-1,8544	10,3544
	4,00	1,00		1,72000	1,78716	1,000	-3,4277	6,8677
		2,00		,84000	1,78716	1,000	-4,3077	5,9877
		3,00		,60000	1,99810	1,000	-5,1553	6,3553
		5,00		4,85000	2,11931	,245	-1,2544	10,9544
	5,00	1,00		-3,13000	1,92171	1,000	-8,6653	2,4053
		2,00		-4,01000	1,92171	,398	-9,5453	1,5253
		3,00		-4,25000	2,11931	,480	-10,3544	1,8544
		4,00		-4,85000	2,11931	,245	-10,9544	1,2544
Tamhane	1,00	2,00		-,88000	1,54229	1,000	-5,4237	3,6637
		3,00		-1,12000	1,38585	,996	-5,2783	3,0383
		4,00		-1,72000	1,56893	,964	-6,4861	3,0461
		5,00		3,13000	2,34151	,894	-4,5263	10,7863
	2,00	1,00		,88000	1,54229	1,000	-3,6637	5,4237
		3,00		-,24000	1,61569	1,000	-5,0436	4,5636
		4,00		-,84000	1,77522	1,000	-6,1444	4,4644
		5,00		4,01000	2,48446	,732	-3,8739	11,8939
	3,00	1,00		1,12000	1,38585	,996	-3,0383	5,2783
		2,00		,24000	1,61569	1,000	-4,5636	5,0436

		4,00		-,60000	1,64114	1,000	-5,6023	4,4023
		5,00		4,25000	2,39049	,629	-3,4963	11,9963
		4,00 1,00		1,72000	1,56893	,964	-3,0461	6,4861
		2,00		,84000	1,77522	1,000	-4,4644	6,1444
		3,00		,60000	1,64114	1,000	-4,4023	5,6023
		5,00		4,85000	2,50108	,506	-3,1032	12,8032
		5,00 1,00		-3,13000	2,34151	,894	-10,7863	4,5263
		2,00		-4,01000	2,48446	,732	-11,8939	3,8739
		3,00		-4,25000	2,39049	,629	-11,9963	3,4963
		4,00		-4,85000	2,50108	,506	-12,8032	3,1032

# **ANEXOS**



## Anexo A

### Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI)

#### Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos (Molter e Leske, 1983)

Por favor indique com (X) qual o grau de IMPORTÂNCIA que atribui a cada uma das seguintes Necessidades:	Sem Importância (1)	Pouco Importante (2)	Importante (3)	Muito Importante (4)
1. Saber o prognóstico do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
2. Obter informações sobre o ambiente da unidade de cuidados intensivos antes de entrar pela primeira vez.	_____	_____	_____	_____
3. Falar diariamente com um médico.	_____	_____	_____	_____
4. Poder telefonar para uma pessoa de referência quando for impossível estar presente na visita.	_____	_____	_____	_____
5. Obter respostas sinceras às questões colocadas.	_____	_____	_____	_____
6. Ter um horário de visitas adaptável a condições especiais (do familiar).	_____	_____	_____	_____
7. Poder falar dos seus sentimentos relativamente à situação.	_____	_____	_____	_____
8. Ter acesso a alimentação no hospital.	_____	_____	_____	_____
9. Ter instruções sobre como proceder junto do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
10. Poder visitar o seu familiar em qualquer momento.	_____	_____	_____	_____
11. Saber que tipo de informação cada membro da equipa me pode dar.	_____	_____	_____	_____
12. Ter amigos próximos para me apoiarem.	_____	_____	_____	_____
13. Conhecer o motivo daquilo que é feito (técnicas, exames, etc.) ao seu familiar.	_____	_____	_____	_____
14. Sentir que existe esperança.	_____	_____	_____	_____
15. Saber quem são os diferentes membros da equipa que cuidam do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
16. Saber qual é o tratamento médico do seu familiar.	_____	_____	_____	_____

<b>Por favor indique com (X) qual o grau de IMPORTÂNCIA que atribui a cada uma das seguintes Necessidades:</b>	<b>Sem Importância (1)</b>	<b>Pouco Importante (2)</b>	<b>Importante (3)</b>	<b>Muito Importante (4)</b>
17. Ter a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis.	_____	_____	_____	_____
18. Ter um lugar no hospital para poder estar sozinho(a).	_____	_____	_____	_____
19. Saber exatamente o que está ser feito pelo seu familiar.	_____	_____	_____	_____
20. Ter mobiliário confortável na sala de espera.	_____	_____	_____	_____
21. Sentir que sou aceite pelos profissionais do hospital.	_____	_____	_____	_____
22. Ter alguém que ajude nos problemas financeiros.	_____	_____	_____	_____
23. Ter telefone perto da sala de espera.	_____	_____	_____	_____
24. Ter assistência religiosa/espiritual.	_____	_____	_____	_____
25. Conversar sobre a possibilidade do seu familiar vir a falecer.	_____	_____	_____	_____
26. Estar acompanhado de outra pessoa quando visita o seu familiar na unidade de cuidados intensivos.	_____	_____	_____	_____
27. Ter alguém que se preocupa com a sua saúde.	_____	_____	_____	_____
28. Ter a certeza que é seguro deixar o hospital por instantes.	_____	_____	_____	_____
29. Falar diariamente com o(a) mesmo(a) enfermeiro(a).	_____	_____	_____	_____
30. Sentir que pode chorar.	_____	_____	_____	_____
31. Receber informação sobre a possibilidade de outras pessoas me ajudarem nos meus problemas.	_____	_____	_____	_____
32. Ter uma casa de banho perto da sala de espera.	_____	_____	_____	_____

<b>Por favor indique com (X) qual o grau de IMPORTÂNCIA que atribui a cada uma das seguintes Necessidades:</b>	<b>Sem Importância (1)</b>	<b>Pouco Importante (2)</b>	<b>Importante (3)</b>	<b>Muito Importante (4)</b>
33. Poder estar sozinho sempre que sinta essa necessidade.	_____	_____	_____	_____
34. Receber informações sobre quem me pode ajudar nos problemas familiares.	_____	_____	_____	_____
35. Receber informações que eu compreenda.	_____	_____	_____	_____
36. Ter um horário de visitas que comece à hora marcada	_____	_____	_____	_____
37. Receber informação sobre a assistência religiosa/espiritual hospitalar.	_____	_____	_____	_____
38. Poder ajudar nos cuidados físicos do seu familiar.	_____	_____	_____	_____
39. Ser informado das intensões e planos de	_____	_____	_____	_____

transferência enquanto, ainda, estão a ser planeados.

- |   |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|
| 40. Receber informação em casa sobre alterações da condição do seu familiar.      | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 41. Receber informações sobre o estado do seu familiar pelo menos uma vez por dia | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 42. Sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar.     | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 43. Conhecer dados específicos relativos à evolução do seu familiar.              | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 44. Poder visitar o seu familiar com frequência.                                  | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 45. Ter uma sala de espera perto do seu familiar.                                 | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 46.<br>Outra: _____   |       |       |       |       |



## Anexo B

### Questionário de Bem-Estar Psicológico-Reduzido (QBEP-R)

**Bem-Estar Psicológico** (Rainho et al., 2012).

Por favor indique a opção que pode traduzir como se sentiu ou reagiu durante o último mês.

**1. Durante o último mês, sentiu-se incomodada/o aborrecida/o/ nervosa/o?**

- <sub>(1)</sub> Extremamente  <sub>(2)</sub> Muito  <sub>(3)</sub> Moderadamente
- <sub>(4)</sub> Algo (o suficiente para me incomodar ou aborrecer)  <sub>(5)</sub> Ligeiramente  <sub>(6)</sub> Nada

**2. Durante o último mês, quanta energia ou vitalidade sentiu?**

- <sub>(1)</sub> Senti-me cheia/o de energia e muito animado.
- <sub>(2)</sub> Senti que o meu nível de energia varou bastante (com energia a mais parte das vezes).
- <sub>(3)</sub> Senti que o meu nível de energia variou um pouco.
- <sub>(4)</sub> Geralmente, senti-me com pouca energia e pouco animada/o.
- <sub>(5)</sub> Muito pouco animada/o e com pouca energia, na maior parte das vezes
- <sub>(6)</sub> Senti-me esgotada/o. Sem qualquer energia ou ânimo.

**3. Durante o último mês, sentiu-se abatida/o?**

- <sub>(1)</sub> Nunca  <sub>(2)</sub> Poucas vezes  <sub>(3)</sub> Algumas vezes
- <sub>(4)</sub> Uma boa parte do tempo  <sub>(5)</sub> Muitas vezes  <sub>(6)</sub> Sempre

**4. Durante o último mês, sentiu-se emocionalmente estável?**

- <sub>(1)</sub> Nunca  <sub>(2)</sub> Poucas vezes  <sub>(3)</sub> Algumas vezes
- <sub>(4)</sub> Uma boa parte do tempo  <sub>(5)</sub> Muitas vezes  <sub>(6)</sub> Sempre

**5. Durante o último mês, sentiu-se alegre?**

- <sub>(1)</sub> Nunca  <sub>(2)</sub> Poucas vezes  <sub>(3)</sub> Algumas vezes
- <sub>(4)</sub> Uma boa parte do tempo  <sub>(5)</sub> Muitas vezes  <sub>(6)</sub> Sempre

**6. Durante o último mês, sentiu-se cansada/o, exausta/o ou desgastada/o?**

<sup>(1)</sup> Nunca

<sup>(2)</sup> Poucas vezes

<sup>(3)</sup> Algumas vezes

<sup>(4)</sup> Uma boa parte do tempo

<sup>(5)</sup> Muitas vezes

<sup>(6)</sup> Sempre