

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELA FAMÍLIA DO
PACIENTE INTERNADO EM CENTROS DE
TERAPIA INTENSIVA**

GEANE MIRANDA CARDOSO

Belo Horizonte

2011

GEANE MIRANDA CARDOSO

**SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELA FAMÍLIA DO
PACIENTE INTERNADO EM CENTROS DE
TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar – CEEH do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Área de Concentração: Terapia Intensiva

Orientadora: Salete Maria de Fátima Silqueira

Belo Horizonte

2011

**Ao meu marido, Matheus, e aos meus familiares,
pelo amor, presença,
dedicação e confiança.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e pela bênção de ter chegado até aqui. Ao meu amor, meu marido Matheus, pessoa especial que sempre esteve ao meu lado a me apoiar e a me dar força nos momentos difíceis. Aos meus pais, Gilneto e Ildonete, pelo amor, dedicação e ensinamentos de vida, pelo exemplo que sempre foram pra mim de luta e honestidade. Aos meus irmãos, Joan, Geilza e Maurício, pelo amor que sempre dispensaram a mim, mesmo a distância. Aos meus sobrinhos que tanto amo Gabriel, Ricardo e Murilo.

Não poderia deixar de agradecer às minhas amigas Simone e Gilvânia, vocês me fizeram reencontrar o valor da amizade (esse é o aprendizado mais valioso que levarei da pós-graduação). Às minhas amigas e colegas de classe que estiveram ao meu lado nessa jornada, Fabiana, Janice Oliveira e Janice Caetano.

Obrigada a todos!

RESUMO

A hospitalização de um familiar em um Centro de Terapia Intensiva – CTI ocorre normalmente de forma aguda. Diante dessa situação estressante os familiares mostram-se desorganizados, desamparados e com dificuldade para se mobilizarem fazendo emergir diferentes tipos de sentimentos. Assim, nesse estudo visou-se responder a seguinte questão: quais os sentimentos vivenciados pela família do paciente internado em Centros de Terapia Intensiva? Para tal, estabeleceu-se como objetivo identificar tais sentimentos e, portanto este trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre o tema. Fizeram parte desse estudo 11 artigos e uma tese levantados nas bases de dados LILACS e MEDLINE, no Portal Virtual de Artigos SCIELO, na Biblioteca Virtual de Dissertações e Teses da Universidade de São Paulo – USP e Indicados por Especialista. Constatou-se que a maioria desses estudos foi realizada por enfermeiros e tiveram o Brasil, e Estados Unidos como países de publicação. Os resultados evidenciaram os seguintes sentimentos: ansiedade, preocupação, angústia, tristeza, medo da morte, dor, mágoa, sentimento de perda, pânico, culpa, desespero, desencanto e desesperança, frustração, preocupação, sentimento de impotência, pena, confiança, segurança, felicidade, satisfação, gratidão, insegurança, fé, esperança, amor, sentimento ambíguo e inexplicável. De acordo com os resultados foi possível aferir que a hospitalização provoca sentimentos diversos nos familiares. É necessário que a equipe de saúde compreenda o que sente a família diante da internação em terapia intensiva para melhor direcionar suas ações.

Palavras-chave: Família, Centro de Terapia Intensiva, CTI, Unidade de Terapia Intensiva, UTI, Sentimento

ABSTRACT

The relative's hospitalization in an intensive care unit - ICU usually happens in a sudden way. Due to that stressful situation the relatives find themselves disorganized, abandoned and with difficulty to mobilize themselves causing the appearance of different types of feelings. Thus, in this study it was sought to answer the following question: what are the feelings experienced by the family of a patient admitted in an intensive care unit? Hence, the objective of identifying these feelings was established and therefore this work is an integrative revision of the literature on that theme. This study was composed of 12 papers and one thesis obtained in a search through the following data bases LILACS and MEDLINE, in the Virtual portal of papers SCIELO, in Virtual Library of Dissertations and Thesis of the University of São Paulo - USP and suggested by specialist. It was verified that most of those studies were accomplished by nurses and they had Brazil, United States and Australia as publication countries. The results showed the following feelings: anxiety, concern, anguish, sadness and impotence, fear of death, pain, sorrow, feeling of loss, panic, guilt, despair, disenchantment and hopelessness, frustration, concern, feeling of impotence, pity, trust, safety, happiness, satisfaction, gratitude, insecurity, faith, hope, love, ambiguous and inexplicable feeling. According to the results it was possible to say that the hospitalization evokes several feelings in the relatives. It is necessary that the health care team understands what the family feels due to the admittance of a family member in intensive care so they can best direct their actions.

Key-words: family, intensive care unit, ICU, intensive therapy unit, ITU, feeling

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 - Características relacionadas à profissão do autor	24
GRÁFICO 2 – Qualificação dos autores.....	25
GRÁFICO 3 - País de publicação da amostra.....	28
QUADRO 1 – Classificação hierárquica das evidências	18
QUADRO 2 - População e amostra.....	21
QUADRO 3 – Distribuição da amostra segundo a profissão, área de atuação, e país de origem do autor	23
QUADRO 4 - Características relacionadas às publicações.....	27
QUADRO 5 – Delineamento e nível de evidência dos estudos.....	29
QUADRO 6 – Sentimentos vivenciados pela família do paciente internado em Centros de Terapia Intensiva	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVO	10
3	CONTEXTUALIZAÇÃO	11
4	PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	16
4.1	Referencial Teórico Metodológico - Prática Baseada em Evidência/ Revisão Integrativa da Literatura	16
4.2	População e amostra	20
4.3	Critérios de inclusão adotados	22
4.4	Variáveis do estudo	22
4.5	Instrumento de coleta de dados	22
4.6	Análise de Dados	22
5	RESULTADOS	23
5.1	Caracterização da produção científica	23
5.2	Sentimentos vivenciados pela família do paciente internado em Centros de Terapia Intensiva	28
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERENCIAS	43
	REFERENCIAS USADAS COMO AMOSTRA DESSA REVISÃO INTEGRATIVA	47
	APÊNDICE - Roteiro para Coleta de dados	49

1 INTRODUÇÃO

O Centro de Terapia Intensiva - CTI se caracteriza como sendo um ambiente agressivo e invasivo, em função da intensidade das situações vivenciadas nesse ambiente, pela iminência de eventos, tais como: o risco de morte, necessidade de rotina dinâmica e acelerada dos profissionais de saúde lotados nessa unidade ou por ruídos sonoros sempre presentes nesse ambiente (MORGON; GUIRARDELLO, 2004).

Os pacientes que necessitam de internação em CTI apresentam quadro clínico grave e instável que exige um grande aporte tecnológico, representado pelos equipamentos e pelos saberes especializados da equipe de saúde que ali trabalha. De acordo com Nascimento *et al.* (2007), há uma percepção, mais atual, de que esses pacientes, embora sejam muito dependentes destes cuidados técnicos e competentes, também possuem necessidades de natureza “menos técnicas” e de pessoas para ampará-los em um momento de extrema fragilidade, causada pela incerteza da vida e pela total dependência do cuidado do outro. Essas pessoas, quase sempre são representadas por membros de sua família que ocupa um papel importante na recuperação e em todo processo saúde e doença do seu familiar (MARTINS *et al.* 2008).

Martins *et al.* (2008) referem que a família é uma instituição social constituída por pessoas ligadas por laços afetivos, pessoas que possuem um convívio, que são impregnadas de amor, carinho afeto e confiança. Portanto, a família é o alicerce, a base de sustentação para todo ser humano.

Para Freitas; Kimura e Ferreira (2007), a hospitalização de um familiar em um Centro de Terapia Intensiva ocorre, normalmente, de forma aguda e inadvertida, restando assim pouco tempo para o ajustamento familiar. Diante dessa situação estressante, os familiares podem se sentir desorganizados, desamparados e com dificuldades para se mobilizarem, fazendo emergir diferentes tipos de necessidades.

O aparato tecnológico existente dentro dos Centros de Terapia Intensiva é visto pelo familiar como algo capaz de lhes dar mais segurança e tranquilidade, porém também percebe que todos esses aparelhos são os responsáveis, na maioria das vezes, pelo isolamento e solidão vivenciados pelos pacientes. Diante disso, é

comum, nesse momento no qual também afloram sentimentos ambíguos decorrentes da história de vida de pacientes e familiares, que a família expresse a necessidade de prestar algum conforto, contribuir com a segurança, ficar perto e participar do tratamento de seu parente ali internado (NASCIMENTO *et al.* 2007).

Esse ambiente também expõe o paciente e o familiar a situações extremamente difíceis, do ponto de vista emocional e que necessitam de uma atenção especializada, o que são ressaltados pelo ambiente devido às suas características físicas e estruturais típicos do lugar.

Diante disso, esse estudo tem o seguinte questionamento: Quais são os sentimentos vivenciados pela família do pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva?

Este estudo poderá contribuir para que os profissionais de saúde envolvidos no contexto dos CTI possam lidar com o familiar dos pacientes ali internados de forma mais qualificada, e que possam compreender melhor o significado dos sentimentos exteriorizados por eles nesse momento.

2 OBJETIVO

Identificar os sentimentos vivenciados pela família do paciente internado em Centros de Terapia Intensiva.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva – UTI surgem com o propósito de concentrar profissionais de saúde altamente especializados e recursos tecnológicos capazes de prestar assistência qualificada a pacientes que apresentam quadro clínico instáveis. Lino e Silva (2001) descrevem o surgimento dessas unidades de cuidado.

A Unidade de Terapia Intensiva – UTI nasceu de uma necessidade logística: Florence Ninthingale, durante a guerra da Criméia, selecionava os pacientes mais graves, colocando-os numa situação que favorecesse o cuidado e a observação constante (...) em 1923, Walter Dandy montou uma unidade neurocirúrgica no Hospital de John Hopkins, que era especificamente destinada à pacientes em pós-operatório. Na década de 40, em Boston, surgiu uma unidade de queimados depois de um incêndio em um “night club”. Já de 1947 a 1952, após uma epidemia de poliomielite, eram criados na Dinamarca, Suíça e França, unidades de assistência intensiva. A partir da Segunda Guerra Mundial e da Guerra da Coréia, a experiência com os traumas nos conflitos armados era transposta para a vida civil, surgindo na década seguinte, nos hospitais norte-americanos, as unidades de choque (LINO; SILVA, 2001. p. 25).

Diante disso, nessas épocas, essas unidades, segundo Ribeiro; Silva e Miranda (2005) eram vistos como lugares de atendimentos à pacientes com prognóstico ruim, sem perspectivas de sobrevivência.

No Brasil, Araújo *et al.* (2005) relatam que os Centros de Terapia Intensiva surgiram em meados da década de 70 tendo como objetivo principal reunir recursos materiais e humanos em um ambiente equipado e preparado para receber pacientes com quadro clínico instável e grave, mas que ao mesmo tempo fossem passíveis de recuperação. Tais ambientes supriam a necessidade desses pacientes de observação e de cuidados constantes.

Portanto, pode-se aferir que a gravidade clínica dos pacientes internados nos CTIs exige um grande aparato tecnológico, o qual é representado tanto pelos equipamentos como pelos saberes, cada vez mais especializados, das equipes de saúde que compõem o quadro de profissionais lotados naquele setor.

Os Centros de Terapia Intensiva são dotados de aparelhos altamente sofisticados como respiradores, monitores, bombas para infusão medicamentosa, e outros suportes, o que, juntamente com a necessidade de espaço nos grandes hospitais, aumentam o estereótipo de unidades frias e desumanas, cheias de máquinas, onde caberia somente o raciocínio científico, estando a doença acima do próprio ser humano (RIBEIRO, SILVA; MIRANDA, 2005).

Assim, Kimura (1984) refere que o CTI apesar de oferecer equipe de saúde especializada, com observação constante e aparato tecnológico avançado e de alta precisão, talvez seja o local que mais gera estresse nos pacientes e seus familiares. A movimentação das pessoas e o barulho monótono dos aparelhos contribuem para essa situação que acaba por atingir o paciente e sua família.

De acordo com Mattos e Maruyama (2009), nossa sociedade é constituída por famílias baseadas no modelo de “família nuclear” constituída de pai e marido, cujo papel social tem sido de trabalhador e mantenedor do lar e da prole. É valorizado perante a sociedade na medida em que consegue desempenhar estes papéis perante a comunidade; de mãe e esposa, que exerce papel complementar ao do marido de cuidar dos filhos e de gerenciamento do lar; e dos filhos que, enquanto crianças e mantidos pelos pais, lhes devem obediência e respeito. Esse tipo de agregação familiar não é mais a realidade absoluta em muitos dos lares brasileiros, cuja família tem sido formada por constituição distinta a esse conceito.

Diante disso, Wrigth e Leahey (2008) afirmam que a feição das famílias está se modificando, fato esse mostrado pela demografia e pelo número crescente de pessoas idosas na população. Outros acontecimentos a cerca dessa modificação também merecem destaque como é o caso de os casamentos e a gravidez estarem ocorrendo cada vez mais tarde.

O papel da mulher também vem sofrendo mudanças, quando ela se desprende da condição de dona de casa passando a ser uma contribuinte na renda familiar aumentando sua contribuição a cada ano. Por muitas vezes, o papel de colaboradora no sistema financeiro da família é abandonado para, então, exercer o papel de mantenedora do sustento familiar (FRÁGUAS; SOARES; SILVA, 2008).

A família, por meio de seus membros, é capaz de transformar a cotidianidade da vida em algo concreto, palpável, mensurável, sendo mediada pelos significados construídos pela interação entre cada um de seus membros e compartilhados nos

contextos socioculturais em que fazem parte. Esses significados são acionados por cada um para explicar sua própria experiência (MATTOS; MARUYAMA, 2009).

De acordo com a concepção de Mattos e Maruyama (2009), a família se caracteriza por ser um grupo social, composto por pessoas que interagem entre si cotidianamente, prevalecendo uma rede de relações e de interações que compartilham diversos momentos, conflitantes ou não, e a vivência do processo saúde-doença é um desses momentos. Contudo, a família é o “centro do viver das pessoas”, onde em seu processo de conviver, constrói saberes, valores e crenças, possibilitando que cada um de seus membros, ao compartilhar tais experiências, dentre elas a do adoecimento, enfrente as necessidades por atenção em saúde, seja buscando explicações a sua condição, dando possibilidades de escolhas, possibilitando formas de enfrentamento, ou se constituindo como uma rede de sustentação nos momentos de fragmentação do cotidiano da família quando do adoecimento de algum de seus membros.

Fráguas; Soares e Silva (2008) referem que o sistema familiar é confrontado com o perigo iminente da doença, exige dos membros a manutenção da homeostase do funcionamento diário a partir da mobilização de recursos internos e externos, atribuindo significados à doença e suas limitações. O sentimento de necessidade de apoio do outro se torna evidente em situações de crise, corroborando a doença como um fenômeno de dimensão social.

O sistema familiar é complexo e dinâmico e influenciado pelo meio histórico, social e cultural que vivencia, sendo que as relações familiares, em alguma medida, interferem no processo saúde e doença de seus membros, bem como na interpretação da experiência de cada pessoa da família (MATTOS; MARUYAMA, 2009).

Em estudos realizados com pessoas queimadas, Rossi *et al* (2006) chegam a conclusão que embora os familiares sejam, freqüentemente, os principais fornecedores de apoio social, eles também podem se sentir sufocados pelas necessidades emocionais da pessoa queimada/doente. A habilidade com que a equipe ameniza a angústia psicológica dos familiares promovendo também meios para seu alcance pode determinar o sucesso do tratamento em todas as suas fases. Um modo pelo qual se pode alcançar esse objetivo é através da realização de reuniões de grupos de apoio.

Fráguas; Soares e Silva (2008) concordam com os autores acima quando referem que aos profissionais de saúde, além dos cuidados físicos dispensados aos pacientes, cabe também a transmissão de informações aos seus familiares, entendendo que a dimensão da doença vai além dos aspectos biológicos, mas envolve também o contexto social, psicológico cultural e religioso das pessoas.

Diante disso os mesmos autores afirmam que há necessidade de se enxergar a família também como foco do cuidado de enfermagem, envolvendo-a em seu cuidado e atenção.

Os profissionais enfermeiros têm o compromisso e a obrigação ética e moral de incluir as famílias no cuidados de saúde. As evidências teóricas, práticas e de pesquisa do significado da família para a saúde e bem estar de seus membros, bem como sua influência sobre as doenças, impele e obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado nas famílias como parte integrante da prática de enfermagem. Entretanto esse enfoque do cuidado só pode ser alcançado com responsabilidade e respeito, estabelecendo-se profundas avaliações e intervenções e práticas relacionais com as famílias (WRIGTH; LEAHEY, 2008).

A vivência de adoecimento em cada família é particular. De acordo com as formas como a família lida com as situações de adoecimento de um de seus membros estas podem influenciar na interpretação do adoecimento da própria pessoa e de sua família. Assim, o adoecimento promove mudanças nos aspectos da vida cotidiana, tanto pessoal quanto familiar, também requer atitudes que possibilitem enfrentar a situação imposta, promovendo a busca pela reconstrução da identidade pessoal e familiar (MATTOS; MARUYAMA, 2009).

A internação do paciente em terapia intensiva é um momento quase sempre difícil para a família, que pode experimentar sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro de seu familiar, sentimentos que, também, envolvem as suas próprias perspectivas de vida (CORRÊA; SALES; SOARES, 2002).

Ainda segundo as mesmas autoras, esses sentimentos que os familiares de pacientes internados experienciam, na visão do profissional enfermeiro, emergem de situações difíceis que acompanham essa internação, tais como: a possibilidade da morte do paciente, a busca de informações sobre o estado de saúde do paciente e a própria dinâmica de trabalho da terapia intensiva, com sua tecnologia e com o saber específico dos profissionais.

Não é incomum, a família do paciente que recebe atendimento nos Centros de Terapia Intensiva sentir-se desassistida, especialmente, quando o estado de saúde de seu familiar internado é percebido como grave. A família vê com preocupação os momentos de separação. Muitas vezes, imagina ou até mesmo assiste, quando se encontra presente, a realização de procedimentos complexos e técnicas invasivas, percebidas como agressivas, sem receber o devido esclarecimento e sem que seja solicitado seu consentimento, originando sentimentos de preocupação e ansiedade (LUNARDI FILHO *et al.* 2004).

De acordo com Bonfim, Bastos e Carvalho (2007) o tempo mais prolongado de internamento na UTI, foi visto pelos familiares como uma possibilidade de tornar esse ambiente mais familiar, favorecendo a confiança na equipe e no tratamento proposto. Esse fato não foi observado nos internamentos mais curtos, onde os familiares, ainda sob o impacto do ocorrido, continuaram a ver a UTI como um ambiente estranho e hostil.

A família pode se tornar um grande parceiro na assistência prestada ao indivíduo doente que necessite de um internamento hospitalar, ou um grande empecilho nesta assistência, se não for olhada na medida justa que lhe cabe (BONFIM; BASTOS; CARVALHO, 2007).

É importante que os trabalhadores da saúde dispensem atenção também aos familiares e com eles estabeleçam uma comunicação efetiva, no intuito de facilitar o enfrentamento deste momento existencial (ZACARIAS *et al.* 2009).

4 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

4.1 Referencial Teórico Metodológico - Prática Baseada em Evidência/ Revisão Integrativa da Literatura

Galvão (2002) refere que a prática baseada em evidências é caracterizada por ser uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

De acordo com o mesmo autor, esse tipo de abordagem ainda incorpora a competência do profissional e as preferências do cliente para a devida tomada de decisão na assistência à saúde.

A prática baseada em evidências é um movimento que envolve tanto a medicina quanto a enfermagem: Medicina Baseada em Evidência e Enfermagem Baseada em Evidência.

Por muitos anos, o atendimento em saúde foi baseado na experiência profissional, na opinião dos especialistas bem como nas teorias fisiopatológicas. Esse processo de decisão valoriza as crenças dos profissionais de saúde o que deixa o conhecimento científico em segundo plano. Dessa forma com o objetivo de organizar as informações mais relevantes, buscando condutas em saúde mais eficientes surge a Medicina Baseada em Evidência, movimento criado em 1990 e que possui raízes na epidemiologia clínica podendo ser aplicada em todas as áreas da saúde. O profissional de saúde assume o compromisso de utilizar as evidências científicas da literatura para assim poder aplicar a melhor conduta clínica, identificação, avaliação e da aplicação das informações mais importantes na resolução do problema de cada paciente (FRIEDLAND, 2001).

Bork (2005) refere que são cinco as etapas para a aplicação da prática em saúde baseada em evidências:

- 1 - Transformar a dúvida em questão clínica;
- 2 - Buscar a melhor evidencia para respondê-la;
- 3 - Avaliar a validade, o impacto e aplicabilidade da informação;
- 4 - Integrar a evidência com a experiência clínica e as características do paciente e por último;

5 - Auto - avaliação das fases anteriores.

Refere ainda que nela deverão constar quatro componentes básicos:

- 1 - Situação clínica;
- 2 - Intervenção;
- 3 - Grupo controle, para padronização das comparações;
- 4 - Desfecho clínico, ou seja, o resultado desejado para a intervenção.

A prática baseada em evidências requer o uso e aplicação de pesquisas científicas como base para a tomada de decisão na assistência à saúde. Dessa forma a utilização de resultados de pesquisas é um dos pilares desse tipo de abordagem (GALVÃO; SAWADA, 2003).

Caliri e Marziale (2000) referem que apesar dos avanços adquiridos na melhoria da formação profissional, a investigação sistemática a cerca da assistência de enfermagem no Brasil evidencia que em muitas áreas os rituais, tradições e os conhecimentos comuns ainda prevalecem como embasamento para a prática profissional. Houve um aumento dos cursos de pós-graduação, de enfermeiros pesquisadores e de artigos publicados em muitas áreas, mas isso não implica melhoria da assistência através dos conhecimentos adquiridos.

Pompeo; Rossi e Galvão, (2009) referem que na prática baseada em evidencia as pesquisas científicas precisam ser classificadas de acordo com o nível de evidencia científica atribuído a cada uma delas. O nível de evidência está descrito no QUADRO 1.

QUADRO 1
Classificação hierárquica das evidências

Nível de Evidência	Tipo de Estudo
I	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Fonte: Pompeo; Rossi e Galvão, 2009, p. 438, adaptada de Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

Sendo assim, a finalidade da difusão da Medicina Baseada em Evidência, bem como da prática baseada em evidencia, de forma geral, é evitar as condutas sustentadas basicamente em opiniões pessoais, subjetivas e por vezes mal orientadas e sujeitas à pressão dos aspectos comerciais (BORK, 2005).

Nesse estudo foi adotada como estratégia metodológica a revisão integrativa da literatura visto que ela é um método que tem por finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas de determinado delineamento, tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, objetivando contribuir para o conhecimento do tema (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

Ainda segundo os mesmos autores, a revisão integrativa da pesquisa ou pesquisa integrativa possibilita ao interessado conhecer os profissionais que mais pesquisam um determinado assunto, sua área de atuação e suas contribuições mais relevantes, permitindo separar o achado científico do senso comum e de opiniões individuais, permite ainda descrever o conhecimento no seu estado atual e promove

o impacto da pesquisa sobre a prática profissional. É um método que permite fazer generalizações sobre um mesmo assunto estudado por vários pesquisadores, em diferentes espaços de tempo e lugares, mantém assim os interessados atualizados e que facilita as modificações na prática cotidiana como consequência da pesquisa realizada.

Os pesquisadores ao optarem por revisões de literatura para investigar um determinado assunto ou questão procuram levantar todas as informações existentes na literatura objetivando construir um corpo de conhecimento. A Revisão Integrativa da Pesquisa é um método que estrutura essa tarefa aumentando assim a confiabilidade e profundidade das conclusões dessa revisão. Oferece um caminho metodológico a ser seguido, previne erros ou distorções e orienta na direção conhecida. Esse método ainda distingue os textos que tem o objetivo de divulgar idéias das pesquisas propriamente ditas priorizando essas últimas (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

De acordo com Ganong (1987) a Revisão Integrativa da Literatura é definida como sendo as conclusões de estudos anteriormente realizados sumarizados para que formem inferências sobre um tópico específico, oferecendo assim subsídios para a implementação de modificações que promovam a qualidade das condutas assistenciais de Enfermagem por meio de modelos da pesquisa. É composta por seis etapas:

- 1 - Estabelecer o Problema da Revisão – é a etapa de formulação de hipóteses ou questões de revisão.
- 2 -Seleção da Amostra - é o estabelecimento de critérios de inclusão / exclusão para a seleção das publicações a serem estudadas.
- 3 - Representar as características da pesquisa e Analisar os dados conforme – etapas onde são representadas as características dos estudos e seus achados, a partir da definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados.
- 4 - Interpretação dos resultados – nessa etapa os resultados são interpretados e discutidos a partir de relações com outras teorias, dando sugestões para futuras pesquisas.
- 5 e 6 - Apresentação e divulgação dos resultados - Nesta fase a revisão é publicada tornando acessíveis os procedimentos adotados.

4.2 População e amostra

Para a definição da população desse estudo foram utilizadas como fontes as bases de dados LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde, o Portal Virtual de Artigos SCIELO - Scientific Electronic Library Online, acessadas por meio da BVS- Biblioteca Virtual em Saúde. A população desse estudo é constituída por 22 publicações e a amostra por 12.

Foi usado como amostra no LILACS 06 artigos, da população de 08, 01 artigo não respondeu a pergunta de estudo e outro foi excluído por já fazer parte da amostra selecionada do SCIELO. Obteve-se 02 artigos na busca realizada no SCIELO, 01 não fez parte da amostra pelo fato de ser relato de experiência. A busca realizada no MEDLINE resultou em uma população de 12 artigos, foi excluído 01 por ser relato de experiência, 01 por ser revisão de literatura, 01 publicado em língua coreana e 07 por não responder a pergunta desse estudo. Também fez parte da amostra uma dissertação encontrada na Biblioteca Virtual de Dissertações e Teses da Universidade de São Paulo – USP e 02 artigos indicados por especialista.

A utilização das publicações indicados por especialista deve-se ao fato de tais estudos tratarem de temas que estão diretamente relacionados com a pergunta dessa revisão integrativa, no entanto, não foram encontrados na busca realizada nas bases de dados pesquisadas. No caso da dissertação, sua utilização se justifica por que esta contém, em partes, uma abordagem mais detalhada sobre a pergunta levantada nessa revisão.

Dessa forma, a amostra foi constituída pela produção científica, após uma análise criteriosa das publicações, que atendeu aos critérios de inclusão definidos no estudo.

A população, amostra e as estratégias de busca nas respectivas bases de dados estão descritas no QUADRO 2.

QUADRO 2
População, estratégia de busca e amostra

Bases de Dados	População	Estratégia de Busca	Amostra
LILACS	08	"centro de TERAPIA INTENSIVA" or "centros de TERAPIA INTENSIVA" or "unidade de TERAPIA INTENSIVA" or "unidades de TERAPIA INTENSIVA" [Descriptor de assunto] and ("FAMILIA" or "enfermagem FAMILIAR") or "relacoes FAMILIARES" [Descriptor de assunto] and (("SENTIMENTO" or "SENTIMENTOS" or "SENTIMENTOS/") or "EMOCAO" or "EMOCAO EXPRESSA" or "EMOCAO EXPRESSA/" or "EMOCOES" or "EMOCOES MANIFESTAS" or "EMOCOES MANIFESTAS/" or "EMOCOES/") or "MANIFESTACAO" or "MANIFESTACOES" or "MANIFESTACAOES") or "FENOMENO" [Palavras]	06
SCIELO	02	((TERAPIA INTENSIVA) or UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA or UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA or UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO or UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS or UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA or UNIDADES DE TRATAMIENTO INTENSIVO or UNIDADES TERAPIA INTENSIVA) or CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA or CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO [Palavras Chave] and FAMILIA or FAMILIALES or FAMILIAR [Palavras Chave] and ((SENTIMENTO or SENTIMENTOS) or EMOCAO or EMOCOES or EMOCOES MANIFESTADAS or EMOCOES MANIFESTAS) or MANIFESTACAO or MANIFESTACOES [Todos os índices]	01
MEDLINE	12	(("centro de terapia intensiva" or "centros de terapia intensiva" or "unidade de terapia intensiva" or "unidades de terapia intensiva") or "cti") or "uti" [Descriptor de assunto] and "familia" [Descriptor de assunto] and "sentimentos" [Descriptor de assunto]	02
USP			01
Indicado por Especialista			02
TOTAL	22		12

4.4 Critérios de inclusão adotados

Para compor o estudo foram selecionados estudos que responderam a pergunta dessa revisão, publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Na revisão constaram trabalhos publicados nos últimos dez anos, ou seja, de 2000 a 2010.

4.5 Variáveis do estudo

Nesse estudo foram adotadas as variáveis relacionadas ao autor: profissão, área de atuação e qualificação; referentes às publicações: fonte de coleta, tipo de publicação analisada, periódico, delineamento do estudo e país de publicação; e à variável do estudo: Sentimentos vivenciados por familiar de pacientes internados em Centros de Terapia Intensiva.

4.6 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi desenvolvido um instrumento que teve por objetivo sistematizar o processo de coleta facilitando, posteriormente, a análise de dados (APENDICE). Este instrumento contém questões relativas às variáveis do estudo.

4.7 Análise de Dados

No primeiro momento foi realizada leitura exaustiva e criteriosa da literatura que compôs a amostra desse estudo, com a intenção de se obter uma compreensão dos mesmos, posteriormente, foi preenchido o instrumento de coleta de dados. Após esse momento inicial se fez a construção dos quadros sinópticos. A análise dos dados foi feita através de uma síntese, buscando o grau de concordância dos autores sobre a pergunta do estudo.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da produção científica

A caracterização dos autores das publicações que fizeram parte do estudo estão apresentadas no QUADRO 3. Para facilitar a análise da amostra foi introduzida uma nomenclatura (letras do alfabeto) para as publicações dos respectivos autores, conforme a primeira coluna do QUADRO 3.

QUADRO 3
Distribuição da amostra segundo a profissão, área de atuação, qualificação e país de origem do primeiro autor

Nomenclatura	Literatura	Profissão	Área de atuação	Qualificação
Publicação A	Almeida <i>et al.</i> (2009)	Não informado	Não informado	Não informado
Publicação B	Comassetto e Enders (2009)	Enfermeira	Professora	Mestre
Publicação C	Silva e Santos (2010)	Enfermeira	Professora	Mestre
Publicação D	Corrêa; Sales e Soares (2002)	Enfermeira	Professora	Graduada
Publicação E	Oliveira; Watanabe e Romano (2007)	Não informado	Não informado	Não informado
Publicação F	Urizzi e Corrêa (2007)	Enfermeira	Enfermeira de CTI	Mestre
Publicação G	Puggina; Silva, e Araújo (2008)	Não informado	Não informado	Graduado
Publicação H	Freitas (2005)	Enfermeira	Não informado	Mestre
Publicação I	Bettinelli; Rosa e Erdmann (2007)	Enfermeiro	Professor	Doutor
Publicação J	Moreno e Jorge (2005)	Terapeuta ocupacional	Terapeuta Ocupacional	Mestre
Publicação L	Farrell; Joseph e Schwartz-Barcott (2005)	Enfermeiro	Professor	Doutor
Publicação M	Lunardi Filho <i>et al.</i> , 2004	Enfermeiro	Professor	Doutor

Em relação à profissão, verificou-se que 08 (66,7%) são enfermeiros, 01 (8,3%) é terapeuta ocupacional e 03 (25,0%) não informaram a profissão na publicação analisada, conforme dados representados no GRÁFICO 1.

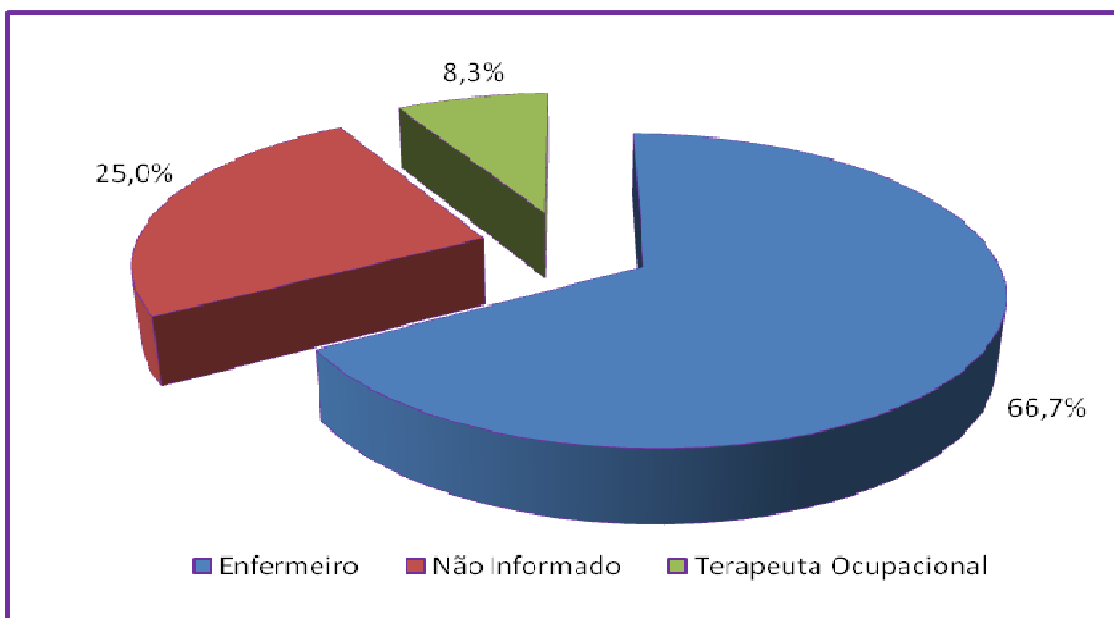


GRÁFICO 1 - Características relacionadas à profissão do autor

Quanto à qualificação, 02 (17%) são graduados, 05 (41%) são mestres, 03 (25%) são doutores e 02 (17%) não informaram a qualificação nos publicações analisadas, como demonstrado no GRÁFICO 2.

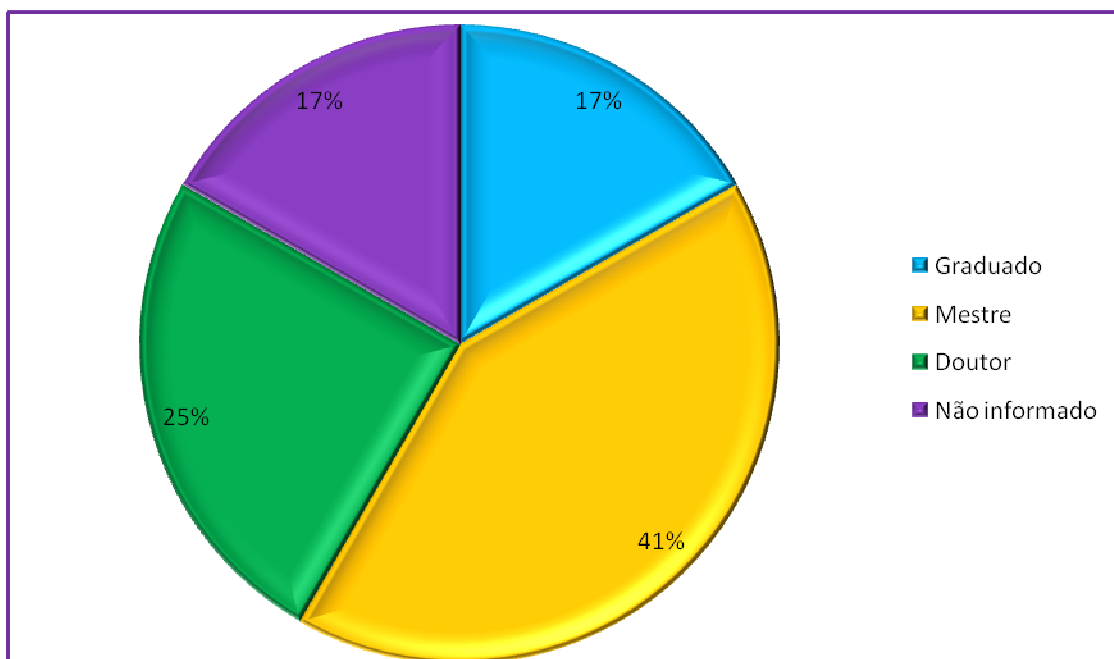


GRÁFICO 2 - Qualificação dos autores

No QUADRO 4 são apresentadas as características referentes às publicações analisadas. Quanto à origem das publicações, 06 (50%) artigos são da base de dados LILACS, 02 (17%) da MEDLINE, 01 é do Portal Virtual de Artigos SCIELO (8%), 02 (17%) artigos foram indicados por especialista e 01 (8%) é uma tese é da Biblioteca Virtual de Dissertações e Teses da USP.

QUADRO 4
Características relacionadas às publicações

Literatura	Periódico	Fonte	Ano de publicação	Tipo de publicação	País de publicação
Almeida <i>et al.</i> (2009)	REBEN Revista Brasileira de Enfermagem	LILACS	2009	Artigo	Brasil
Comassetto e Enders (2009)	Revista Gaúcha de Enfermagem	LILACS	2009	Artigo	Brasil
Silva e Santos (2010)	Revista Escola Anna Nery de Enfermagem	LILACS	2010	Artigo	Brasil
Corrêa; Sales e Soares (2002)	Revista Acta Scientiarum	LILACS	2002	Artigo	Brasil
Oliveira; Watanabe e Romano (2007)	Revista Soc. Cardiol. Estado de São Paulo	LILACS	2002	Artigo	Brasil
Urizzi e Corrêa (2007)	Revista Latino-americana de Enfermagem	LILACS	2007	Artigo	Brasil
Puggina; Silva, e Araújo (2008)	Revista Acta Paulista de Enfermagem	SCIELO	2008	Artigo	Brasil
Freitas (2005)	Escola de Enfermagem da UPS	USP	2005	Dissertação	Brasil
Bettinelli; Rosa e Erdmann (2007)	Revista Gaúcha de Enfermagem	MEDLINE	2007	Artigo	Brasil
Moreno e Jorge (2005)	Revista Enfermagem UFRJ	Indicado por especialista	2005	Artigo	Brasil
Farrell; Joseph e Schwartz-Barcott (2005)	Revista Nursing Forum	MEDLINE	2005	Artigo	Estados Unidos
Lunardi Filho <i>et al.</i> , 2004	Revista Fam. Saúde, desenvolvimento	Indicado por especialista	2004	Artigo	Brasil

Referente ao país de publicação, a quase totalidade dos artigos foi publicada no Brasil, 11 (91,7%), e 01 (8,3%) nos Estados Unidos, conforme mostra o Gráfico abaixo:

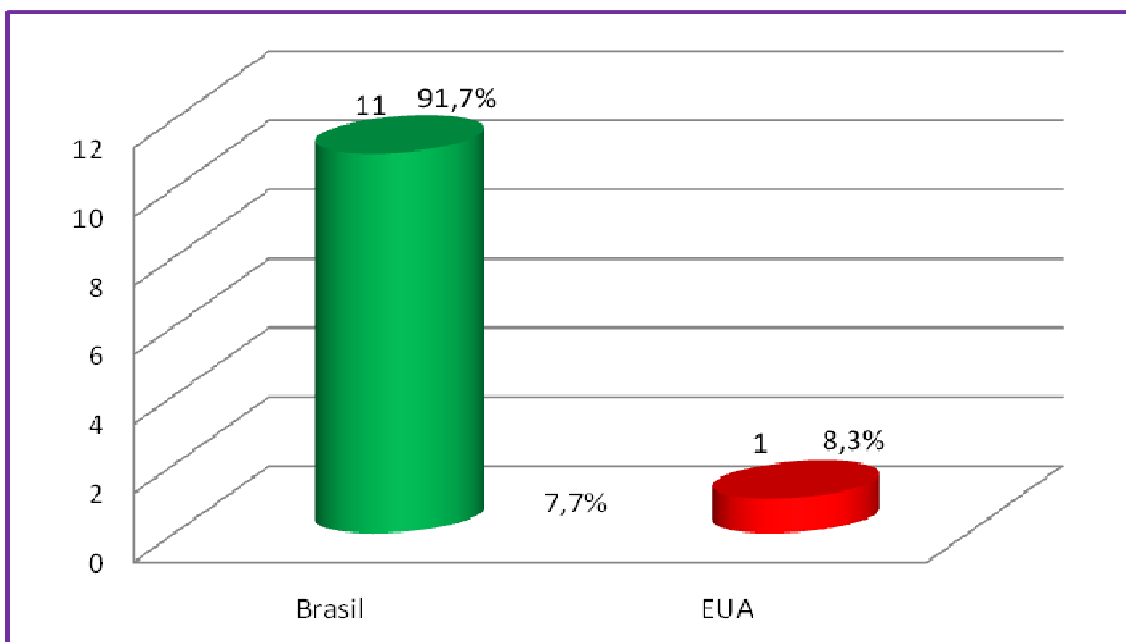


GRÁFICO 3 - País de publicação da amostra

O QUADRO 5 apresenta informações referentes ao delineamento e nível de evidência dos estudos.

QUADRO 5
Delineamento e nível de evidência dos estudos

Literatura	Delineamento	Nível de Evidência
Almeida <i>et al.</i> (2009)	Estudo primário: qualitativo	VI
Comassetto e Enders (2009)	Estudo primário: qualitativo	VI
Silva e Santos (2010)	Estudo primário: qualitativo	VI
Corrêa; Sales e Soares (2002)	Estudo primário: qualitativo	VI
Oliveira; Watanabe e Romano (2007)	Estudo primário: qualitativo	VI
Urizzi e Corrêa (2007)	Estudo primário: qualitativo	VI
Puggina; Silva, e Araújo (2008)	Estudo primário: qualitativo	VI
Freitas (2005)	Estudo primário: quantitativo	VI
Bettinelli; Rosa e Erdmann (2007)	Estudo primário: qualitativo	VI
Moreno e Jorge (2005)	Estudo primário: qualitativo	VI
Farrell; Joseph e Schwartz-Barcott (2005)	Estudo primário: qualitativo	VI
Lunardi Filho <i>et al.</i> , 2004	Estudo primário: qualitativo	VI

A análise do QUADRO 5 mostra que relacionado ao delineamento da pesquisa, obteve-se a totalidade, 12 (100%) publicações de estudos primários.

Quanto ao nível de evidência, analisadas de acordo com o referencial de Pompeo, Rossi e Galvão (2009), adaptado de Melnyk e Fineout-Overholt (2005), 12 (100%) publicações apresentam nível de evidência VI.

Portanto, desses dados conclui-se que as publicações possuem baixo nível de evidência científica.

Todas as publicações que fizeram parte da amostra relataram os sentimentos vivenciados pela família do paciente internado em Centros de Terapia Intensiva.

5.2 Sentimentos vivenciados pela família do paciente internado em centros de terapia intensiva

O objetivo do estudo foi identificar os sentimentos vivenciados pelo familiar do paciente internado em Centros de Terapia Intensiva, portanto, o Quadro 6 apresenta essa variável, de acordo com os autores das publicações que fizeram parte dessa revisão integrativa.

QUADRO 6
Sentimentos vivenciados pela família do paciente internado em centros de
terapia intensiva

(Continua)

Literatura	Sentimentos vivenciados pela família do paciente internado em centros de terapia intensiva
Almeida <i>et al.</i> (2009)	<p>Ansiedade em decorrência de fatores como o ambiente estranho, procedimentos diversificados, incerteza do amanhã ou expectativa da melhora do familiar. Preocupação pelas dúvidas sobre a doença e seu prognóstico. Angústia, tristeza e impotência emergem nos familiares devido ao medo da morte, por saber que o familiar está sofrendo, por não poder ajudar diretamente seu parente, aliviando a dor. Dor e mágoa do familiar frente ao internamento do seu parente em situação grave. Perda, medo e pânico. Confiança e segurança com o tratamento recebido.</p> <p>Insegurança pela idéia de piora do seu parente, pelo ambiente desconhecido, o pouco tempo de permanência no, horário de visitas, o desconhecimento dos aparelhos e do tratamento recebido etc. Fé e esperança os familiares têm na religião o conforto, a 'explicação' para a situação que estão passando. Inexplicável quando não há palavras para explicar o que se sente</p>
Comassetto e Enders (2009)	<p>Abordam que os sentimentos são medo da morte, pois o fato de seu familiar estar na UTI, para alguns, já é indício de morte, desespero diante da situação que vivenciam, desesperança, tristeza e preocupação.</p> <p>Desencanto quanto à ausência de atitudes dos profissionais relacionados à ausência de humanização. Angústia ao serem proibidos de permanecer junto aos seus familiares, causando o isolamento social. Também sentem-se confiantes, satisfeitos e, muitas vezes, agradecidos pela assistência prestada.</p>
Silva e Santos (2010)	<p>Medo da morte, ansiedade, desespero devido ao que lhe é desconhecido, esperança na possibilidade de recuperação do seu familiar</p>
Corrêa, Sales e Soares (2002)	<p>Relatam que os sentimentos experienciados pelos familiares são medo, ansiedade e insegurança e que emergem de situações difíceis que acompanha essa internação, como: a possibilidade da morte e a busca de informações sobre o estado de saúde do paciente e a própria dinâmica de trabalho da terapia intensiva.</p>
Oliveira, Watanabe e Romano (2007)	<p>Um sentimento de culpa pela responsabilização do adoecer repentino e/ou grave do familiar. Angústia. Também, por estarem vivenciando uma situação de grande estresse, experienciam sentimentos e emoções muitas vezes ambíguas, por sentirem a necessidade de transmitir aspectos positivos ao paciente, para favorecer sua melhora.</p>
Urizzi e Corrêa (2007)	<p>Tristeza por ter um familiar internado em uma UTI. Insegurança, incerteza, apreensão expressas pelo medo deles/delas da morte devido à gravidade do paciente. Satisfação, esperança, felicidade e gratidão com o cuidado prestado.</p>

(Conclusão)

Literatura	Sentimentos vivenciados pela família do paciente internado em centros de terapia intensiva
Puggina, Silva, e Araújo (2008)	Amor, as famílias sentem a necessidade de expressar o amor que sente pelo paciente. Tristeza, e culpa por atos passados como desentendimentos familiares. Medo, ansiedade e insegurança. Esperança na cura do paciente
Freitas (2005)	Medo, incerteza e insatisfação do familiar diante da situação angustiante de ter um ente querido em estado grave. Apreensão, ansiedade, tensão
Bettinelli; Rosa e Erdmann (2007)	Medo. Angústia pelo quadro e por estar longe do paciente e pela falta de informação
Moreno e Jorge (2005)	Frustração por não poder ter contato íntimo com o filho. Solidão, medo tristeza, incerteza, impotência, culpa, pena, preocupação
Farrell, Joseph, e Schwartz-Barcott (2005)	Ansiedade
Lunardi Filho <i>et al.</i> 2004	Ansiedade e medo causados pelo ambiente da UTI, pela falta de comunicação entre familiares, pelo medo de dividir sentimentos e pela necessidade constante de informação referente ao paciente. Angústia causada pela doença do familiar e pela possibilidade de morte, pela separação e mudança da rotina da família.

Nas publicações A, C, D, G, H, L e M foi possível identificar a ansiedade como um dos sentimentos vivenciado pelos familiares de pacientes internados em Centros de Terapia Intensiva. Referem que a ansiedade é decorrência de fatores como o ambiente estranho, procedimentos diversificados realizados no paciente, incerteza do amanhã ou expectativa da melhora do familiar. Também mencionam que a ansiedade emerge de situações difíceis que acompanha a internação como: a possibilidade da morte e a busca de informações sobre o estado de saúde do paciente, a própria dinâmica de trabalho da terapia intensiva e pelo ambiente do CTI, pela falta de comunicação entre familiares, por medo de dividir sentimentos e necessidade constante de informação referente ao paciente.

As publicações A, E, H, I, M, B evidenciam que o sentimento de angústia é causado pela doença do familiar e pela possibilidade de sua morte, a separação e a mudança da rotina da família são outros fatores desencadeantes do sentimento. Segundo o trabalho desses autores, a angústia pode vir da falta de informação sobre o paciente e por não poderem permanecer junto aos

familiares fora do horário de visitas. Assim, os familiares recorrem ao suporte social como forma de buscar compreensão e divisão de suas angústias.

Os resultados dos estudos realizados nas publicações E, G, e J apontam que a família do paciente internado em CTI vivencia um sentimento de culpa, isso porque se responsabilizam pelo adoecer repentino e/ou grave do familiar ou por atos passados como desentendimentos.

As publicações A, B, F, G e J referem que a tristeza emerge nos familiares devido a possibilidade constante da morte, pela distância do parente fora do convívio cotidiano, por presenciar e saber que o familiar está sofrendo e por não poder ajudar diretamente seu parente aliviando a dor, também pela falta de reação ao tratamento e à presença da visita, por fim, a internação em um CTI por se só já é um fator desencadeante de sofrimento para as famílias.

Para a publicação G, outro sentimento que os familiares expressam nesse ambiente é o amor, pois nesse momento, as famílias sentem a necessidade de expressar o amor que sentem pelo parente. Por outro lado, as publicações A, B, C, D, F, G, H, I e J referem que devido ao estigma que o local imprime, pois para a família o CTI significa estar entre a vida e a morte com a possibilidade de uma ida sem volta dada a gravidade do paciente é comum que eles vivenciem os sentimentos de medo e pânico. Esses sentimentos estão relacionados com a possibilidade de morte do seu parente. Ainda pelo medo da morte as publicações J, F e H referem que é comum o familiar exprimir o sentimento de incerteza, apreensão e tensão.

De acordo com as publicações A, D, F e G o familiar se sente inseguro dentro do ambiente do CTI. Isso advém de situações difíceis que acompanham a internação como a possibilidade da morte e a busca de informações sobre o estado de saúde do paciente, além da própria dinâmica de trabalho da terapia intensiva. Também esse sentimento pode estar relacionado à idéia de piora do seu parente ou pelo pouco tempo de permanência no horário de visitas, pela falta de conhecimento sobre os aparelhos e do tratamento recebido e pelo ambiente desconhecido e pouco familiar. As publicações B e C referem que o desconhecido é responsável pelo desespero sentido pelos familiares dentro desses centros de tratamento.

Na publicação B foi possível identificar o desencanto e a desesperança quanto à ausência de atitudes dos profissionais relacionados à ausência de

humanização. Para eles falta da assistência humanizada é sentida e cobrada pelos familiares, que criticam o descompromisso na assistência de alguns profissionais com o ser humano enquanto pessoa, ensejando a transformação da realidade na qual se encontram inseridos.

A publicação E refere que também, por estarem vivenciando uma situação de grande estresse, o familiar experiencia sentimentos muitas vezes ambíguos e por sentirem a necessidade de transmitir aspectos positivos ao paciente, para favorecer sua melhora tendem a controlar suas emoções para que possam buscar soluções para a situação.

As publicações A e J relacionam a frustração sentida pela família por não poder ter contato íntimo com seu parente, assim também experiencia sentimentos de impotência, pena e preocupação. Dor, perda e mágoa estão relacionadas ao internamento do parente em situação grave. A publicação A ainda traz que o familiar diz vivenciar um sentimento inexplicável quando não há palavras para definir o que sente.

As publicações A e B referem que a doença e seu prognóstico gera na família um sentimento de preocupação. A família se sente preocupada com a situação do seu parente, que se encontra em estado crítico.

Completando os estudos relacionados no Quadro 6 e contribuindo para a identificação dos sentimentos vivenciados pelo familiar do paciente internado em Centros de Terapia Intensiva, as publicações A, B, C, F e G evidenciam que apesar do momento difícil por que passam, os familiares manifestam sentimentos de satisfação, confiança, segurança, felicidade e gratidão com o tratamento recebido. Também referem que há os sentimentos de fé e esperança na possibilidade de recuperação do paciente.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com as publicações A, C, D, G, H, L, M, E, I, B, F e J, são sentimentos presentes no familiar: angústia, ansiedade, incerteza, apreensão, tristeza, tensão, pânico e estão relacionado com o afloramento de outro sentimento: o medo da morte, o que pode ser observado nos trechos das publicações D e B respectivamente.

Esses sentimentos que os familiares de pacientes internados experienciam, emergem de situações difíceis que acompanham essa internação, tais como: a possibilidade da morte do paciente... A família do paciente internado em terapia intensiva, em geral, é ansiosa e amedrontada diante da possibilidade da morte [...] (CORRÊA; SALES; SOARES, 2002, p. 813);

[...] é possível perceber que a morte é um tema delicado de ser tratado pelos familiares, os quais revelam que ter um familiar internado na UTI é uma vivência desagradável [...] O fato de seu familiar estar na UTI, para alguns, já é indício de morte [...] (COMASSETTO; ENDERS, 2009, p. 49).

Lemos e Rossi (2002) compartilham esses resultados ao referir que a cultura que permeia o entendimento dos pacientes e sua família a respeito do significado da internação em CTI está diretamente relacionada à questão da morte. A morte parece permear os pensamentos e sentimentos da família.

Millani e Valente (2008) referem que só aos homens foi conferida a consciência de sua terminalidade e nisto, possa, estar a raiz da angústia básica do ser humano. A Reflexão sobre a sustentação dessa angústia inclui a possibilidade de não estar mais, não ser mais, envolve a destruição do corpo e da consciência, com isso diante da certeza de ser mortal reage ao percebido agindo por sua vida.

Para a publicação A o sentimento de angústia pode ter origem no fato dos familiares serem proibidos de permanecer junto aos seus familiares, causando o isolamento social.

Halm (1990), citado por Oliveira (2006) apóia o resultado apresentado pelos autores ao citar outros sentimentos vivenciados pela família quando do

isolamento social. Referem que ao se retirar os familiares do contato com sua rede social externa, a doença súbita intensifica seus sentimentos de ansiedade pelo fato de serem separados fisicamente do paciente ou ficarem fora de suas casas, distanciando-se do apoio habitual de seus amigos, vizinhos e parentes. Estas separações rompem a rotina familiar, provocando sentimentos de solidão ou perda de controle, pois a família passa a mobilizar todos os recursos disponíveis para enfrentar a doença crítica e a hospitalização num esforço de restaurar seu equilíbrio.

Assim, segundo a publicação E os familiares recorrem ao suporte social como forma de buscar compreensão e divisão de suas angústias.

Num primeiro momento, recorrem ao suporte social como forma de buscar compreensão, compartilhar as angústias e cuidados de outras pessoas para consigo, visando um bem estar emocional [...] Uma das características que potencializam a capacidade de enfrentar adversidades é a possibilidade de se contar com o suporte social, que corresponde a qualquer informação, auxílio material ou afetivo oferecido por grupos ou pessoas (OLIVEIRA; WATANABE; ROMANO, 2007, p. 07).

Bonfim; Bastos e Carvalho (2007) referem que a estratégia de suporte social mostra-se como um fator muito importante no enfrentamento perante a internação de um parente em CTI. Esta estratégia tem como objetivo a busca de ajuda concreta nos problemas cotidianos, a busca de conselhos e informações e um apoio emocional nos momentos mais difíceis.

A análise dos resultados das publicações A, D e G traz como resultado de seus estudos que o familiar se sente inseguro dentro do ambiente do CTI. A insegurança é resultante de situações difíceis que acompanham a internação como a possibilidade da morte e a busca de informações sobre o estado de saúde do paciente, além da própria dinâmica de trabalho da terapia intensiva. Também esse sentimento pode estar relacionado à idéia de piora do seu parente, pelo pouco tempo de permanência no horário de visitas, o desconhecimento dos aparelhos e tratamento recebido e pelo ambiente desconhecido e pouco familiar. As publicações A e C referem que o ambiente desconhecido é responsável pelo desespero sentido pelos familiares dentro desses centros de tratamento.

Esses sentimentos que os familiares de pacientes internados experienciam, para o enfermeiro, emergem de situações difíceis que acompanham essa internação, tais como: a possibilidade da morte do paciente, a busca de informações sobre o estado de saúde do paciente e a própria dinâmica de trabalho da terapia intensiva, com sua tecnologia e com o saber específico dos profissionais (CORRÊA; SALES; SOARES, 2002, p. 813).

A tecnologia disponível na UTI representa uma melhor assistência ao paciente internado. Contudo, aliada a esse benefício, surge também um sentimento de insegurança por parte do familiar, que pode ter diferentes naturezas, como a idéia de piora do seu parente, o ambiente desconhecido, o pouco tempo de permanência no horário de visitas, o desconhecimento dos aparelhos, do tratamento recebido, entre outros (ALMEIDA *et al*, 2009, p. 848).

Esses resultados estão de acordo com os estudos aferidos por Muruiti e Galdeno (2007), ao levantarem as necessidades de familiares de pacientes internados em CTI revelando as necessidades que o familiar tem em receber informação sobre seu parente. Afirmam que é necessário o enfermeiro se empenhar em fornecer informações fidedignas, claras e objetivas, sobre o estado de saúde dos pacientes internados e, dessa forma, tentar diminuir os sentimentos de insegurança e angústia da família.

Para Zacarias *et al* (2009), historicamente os CTIs possuem uma rotina diária que pode dificultar a percepção dos trabalhadores referentes às necessidades emocionais, de comunicação interpessoal e de informações técnicas dos familiares, o que pode ter implicações nas suas relações com o familiar. A dinâmica da unidade é retratada na falta de tempo, falta de pessoal, intercorrências e telefonemas, esses são aspectos que dificultam a comunicação com os familiares (SANTOS; SILVA, 2006).

Para as publicações J e G a razão da frustração sentida pela família é por não poder ter contato íntimo com seu parente, também experiencia sentimentos de impotência, pena e preocupação. Dor, perda e mágoa estão relacionadas ao internamento do parente em situação grave.

Lacerda; Carvalho e Rocha (2004) em pesquisa sobre a percepção da equipe de enfermagem em relação à presença do acompanhante no Centro de

Terapia Intensiva referem que a presença do acompanhante proporciona mais conforto e melhor qualidade de vida ao cliente internado no CTI, o que se reflete em sua recuperação, mas apesar disso a pesquisa aponta que a presença do acompanhante, de maneira geral, não é percebida favoravelmente pelos profissionais de enfermagem que raramente vêem aspectos positivos na mesma. Somente o acompanhamento de crianças é percebido favoravelmente por vários profissionais.

Os mesmos autores acrescentam que a ansiedade dos familiares também está quase sempre presente, considerando a gravidade do estado e o risco que representa um cliente de CTI, e que uma forma de amenizá-la é permitir sua presença junto ao cliente, prestando-lhe algum cuidado, ou simplesmente permanecendo junto.

As publicações A e B apresentam nos resultados de seus estudos que a doença e seu prognóstico gera na família um sentimento de preocupação. A família se sente preocupada com a situação do seu parente, que se encontra em estado crítico, isso pode ser observado na citação da publicação A.

A hospitalização é um desafio não só para o paciente, como também para a família. Esta se sente aflita com a situação do seu parente, que se encontra em estado crítico. As dúvidas sobre sua doença e seu prognóstico geram na família um sentimento de preocupação (ALMEIDA *et al.* 2009, p. 846).

Sobre isso, Bonfim; Bastos e Carvalho (2007) referem que a instituição hospitalar pode ter uma grande influência no momento do internamento, tanto no apresentar às famílias alternativas de enfrentamento, como no reforçar as estratégias já existentes. Sugere que esse objetivo poderá ser atingido mais eficazmente se a instituição dispuser de profissionais formados especificamente para este fim, como é o caso do psicólogo hospitalar, visto ultimamente como um facilitador nas relações entre os familiares e a rede hospitalar e seus profissionais.

A publicação M refere que a ansiedade e o medo são causados pelo ambiente da UTI, pela falta de comunicação entre familiares, pelo medo de dividir sentimentos:

Para a família, o ambiente, até então estranho, com pessoas desconhecidas, executando procedimentos diversificados e, muitas vezes, incompreensíveis, com máquinas assustadoras ligadas dia e noite em seu familiar, gera desconfiança e conduz a interpretações distorcidas, dentre as quais a de ser um lugar fechado, onde se entrega o familiar à própria sorte... Outra percepção comum em relação às UTIs é de serem um lugar em que a morte é o único destino. Estas expectativas desencadeiam um estado de ansiedade prolongado que permanece até o momento do desfecho da internação (LUNARDI FILHO *et al* , 2004, p. 104).

Quanto a isso, Bonfim; Bastos e Carvalho (2007) referem que o medo causado pelo ambiente da UTI muitas vezes é superado quando o tempo de permanência do parente é um pouco mais prolongado, dessa forma o tempo de internamento é visto pelos familiares como uma possibilidade de tornar o ambiente da UTI mais familiar, favorecendo a confiança na equipe e no tratamento, porém esse fato não é observado nos internamentos mais curtos, onde os familiares, ainda sob o impacto do ocorrido, continuam a ver a unidade como um ambiente pouco hospitalareiro.

Lemos e Rossi (2002) discordam desses autores ao referirem que mesmo ao passarem pela experiência no CTI, os pacientes e seus familiares ainda possuem uma visão estereotipada do local, vinculando à idéia de sofrimento e morte.

Há, segundo Zacarias *et al.* (2009) nesse ambiente de internação a construção de uma relação de ajuda entre familiares, o que, provavelmente, facilita sua adaptação e a aceitação das vivências na UTI, permitindo a representação desta como um local um pouco mais humano, a partir da formação de vínculos e das trocas de experiências, que parecem amenizar seu sofrimento ante a gravidade da situação e a possibilidade de morrer.

As publicações A, B, F, G e J referem em seus estudos que a tristeza emerge nos familiares devido à possibilidade constante da morte, pela distância do parente fora do convívio cotidiano, por presenciar e saber que o familiar está sofrendo e por não poder ajudar diretamente seu parente aliviando a dor, também pela falta de reação ao tratamento e à presença da visita, por fim, a internação em uma UTI por se só já é um fator desencadeante de

sofrimento para as famílias. No trecho a seguir da publicação A observamos os sentimentos descritos acima.

[...] distância do parente, o não poder ajudar diretamente, a situação de incerteza e possibilidade constante de morte, assim como presenciar o sofrimento do parente, a falta de reação tanto ao tratamento quanto a presença da visita, traz um sentimento de angústia e tristeza para a família (ALMEIDA *et al.* 2009, p. 846).

O CTI é um centro que concentra recursos tecnológicos e humanos especializado para atendimento de pacientes críticos, porém de acordo com Oliveira (2006) é um ambiente geralmente associado à fantasias negativas e à morte e/ou incapacidades, representando grande ameaça a integridade, segurança e vulnerabilidade do grupo familiar.

De acordo com os resultados encontrados nas publicações E, G e J a culpa é um dos sentimentos vivenciado pela família do paciente internado em centros de terapia intensiva ao se responsabilizam pelo adoecer repentino e/ou grave do familiar ou por atos passados como desentendimentos. Esse sentimento pode ser evidenciado no seguinte trecho da publicação E.

[...] a aceitação de responsabilidade algumas ou grande parte das vezes pode evidenciar um sentimento de culpa e responsabilização pelo adoecer repentino e/ou grave do seu familiar. Pode ser vivida como um perceber-se responsável pelo problema... (OLIVEIRA; WATANBE; ROMANO, 2007, p. 09).

Para Mendes; Lustrosa e Andrade (2009), um dos sentimentos mais doloroso, quando se fala de morte, visto que esse é um tema muito frequente nos Centros de Terapia Intensiva, é a culpa. Quando uma doença é diagnosticada como potencialmente fatal, não é raro os familiares se perguntarem se devem se culpar por isto. Falar nessas situações para não se sentirem culpados, não é suficiente. Normalmente, pode-se descobrir a razão mais profunda desse sentimento de culpa ouvindo essas pessoas com cuidado e atenção. É comum os parentes se culparem devido a ressentimentos verdadeiros para com o enfermo grave.

Para a publicação B o desencanto e a desesperança por que passam os familiares estão relacionadas à ausência de humanização por parte dos profissionais de saúde atuantes dentro dessas unidades de tratamento:

Os sujeitos do estudo evidenciam desencanto quanto à ausência de atitudes dos profissionais de saúde, direcionados à assistência humanizada nos hospitais em geral; desejam os seus direitos e costumes respeitados (COMASSETTO E ENDERS, 2009, p.50).

Silveira *et al.* (2005) concordam com os resultados apresentados na publicação B ao referir que apesar das tentativas de mudança, a fim de tornar o atendimento mais humanizado e o CTI como um espaço em que pode existir sensibilidade, compreensão e aproximação entre as pessoas, percebe-se que tem-se muito ainda a fazer para assegurar relações mais humanas, pois neste ambiente ainda é freqüente o espaço da ausência, em que prevalece o avanço tecnológico e a impessoalidade.

Vila e Rossi (2002) relacionam cuidado humanizado ao diálogo, à atitude de conversar, informar o paciente, localizá-lo no tempo e no espaço, identificá-lo pelo nome, enfim, personalizar o atendimento. Afirmam que o paciente deve ser considerado como uma pessoa que está em um momento difícil, mas que é um ser humano com necessidades, sentimentos, alguém que precisa não apenas de cuidados físicos, mas também psicossocioespirituais. Em seu trabalho, humanizar aparece ainda, com o significado de manter a família informada e preparar-la para entrar na UTI.

De acordo com os resultados aferidos pelas publicações A, B, C F e G, apesar do momento difícil que a internação em um CTI representa, a família mantém a fé e a esperança na recuperação do paciente, isso pode ser notado no trecho da publicação A.

A fé e a esperança foram também marcantes nas declarações dos entrevistados. Pode-se inferir que, nesses casos, os familiares têm na religião o conforto, a 'explicação' para a situação que estão passando, percebendo-se, com isso, muita resignação (ALMEIDA *et al*, 2009, p. 848).

Lemos e Rossi (2002) estão de acordo com os autores ao referir que a questão da espiritualidade, independente da crença religiosa é um aspecto marcante para os clientes e seus familiares durante a vivência no CTI. A fé em Deus é um aspecto importante que permeia todo o processo de internação nesse setor.

As publicações A, B, C, F e G ainda referem que os familiares, manifestam sentimentos de satisfação, confiança, segurança, felicidade e gratidão com o tratamento recebido, como se pode observar no trecho retirado da publicação B a seguir.

[...] os familiares estão atentos ao cuidado prestado pelos profissionais ao paciente. Assim, são descritos modos distintos de perceber esse cuidado. Sentem-se confiantes, satisfeitos e, muitas vezes, agradecidos pela assistência prestada pela equipe... O vivenciar lhe permitiu conhecer a UTI por uma outra face, podendo ser percebida uma nova imagem em que é possível abstrair-se da popularidade de ser um setor onde o paciente vai para morrer e passa a perceber a UTI como um lugar para cuidar melhor do seu familiar (COMASSETTO; ENDERS, 2009, p. 51).

Para Lemos e Rossi (2002), um fator que mostra a segurança no CTI está vinculado à questão do cuidado direto e especializado oferecido ao cliente pela equipe. Alguns aspectos demonstram essa peculiaridade como a presença constante da equipe e a sua proximidade em relação ao paciente, a existência de um profissional para atender a cada cliente individualmente e pela vivência prática da equipe.

Neves *et al.* (2009) concordam com os resultados apresentados pelos autores dessa revisão integrativa em relação a satisfação apresentada pela família, mas referem que a adoção de algumas medidas ajudariam a aumentar o nível de satisfação apresentado por eles. Algumas propostas seriam: vídeos educativos sobre a rotina do CTI, que podem ser transmitidos na sala de espera para os familiares antes da visita na unidade; orientações e apresentação do serviço por um membro da equipe ou uma secretária, antes da primeira visita dos familiares dos pacientes admitidos; cartaz diagramático com especificação, função e nomenclatura dos equipamentos presentes na

unidade e folder com as orientações necessárias e os cuidados que devem ter durante a permanência dos familiares no CTI.

A publicação E refere que por estarem vivenciando uma situação de grande estresse, o familiar experiencia sentimentos muitas vezes ambíguos por sentirem a necessidade de transmitir aspectos positivos ao paciente, para favorecer sua melhora tendem a controlar suas emoções para que possam buscar soluções para a situação.

Os familiares, por estarem vivenciando uma situação de grande estresse, experienciam sentimentos e emoções muitas vezes ambíguas. Por sentirem a necessidade de transmitir aspectos positivos ao paciente, para favorecer sua melhora, tendem a controlar suas emoções, para que possam buscar soluções para a situação (OLIVEIRA; WATANABE; ROMANO 2007, p. 09).

A publicação A ainda traz que o familiar diz vivenciar um sentimento inexplicável quando não há palavras para definir o que sente.

[...] em uma situação de enfrentamento como o da doença, é possível não haver palavras para explicar o que se sente [...] Essa falta de explicação da situação pode ser decorrente da forma aguda e inadvertida com que geralmente ocorre a hospitalização numa UTI, o que gera um desajuste da família diante da nova realidade (ALMEIDA *et al.*, 2009, p. 848).

Referente ao relato de sentimentos ambíguos presente na publicação E, Nascimento *et al.* (2007) referem que é comum nesse momento aflorar esses sentimentos decorrentes da história de vida de pacientes e familiares. Diante disso a família expressa a necessidade de prestar algum conforto, contribuir com a segurança, ficar perto e participar do tratamento de seu parente ali internado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa da literatura sobre os sentimentos vivenciados pelo familiar do paciente internado em Centro de Terapia Intensiva realizado com uma amostra de 12 publicações em língua inglesa e portuguesa, redigida em sua grande maioria por enfermeiros com título de mestre ou doutor e publicadas no Brasil e Estados Unidos, permitiu as considerações a seguir.

Esses resultados demonstram a necessidade de que esse tipo de investigação seja feita também com mais intensidade por outros profissionais de saúde atuantes em Centros de Terapia Intensiva como os médicos, visto que não foi encontrada nenhuma pesquisa feita por esse profissional.

Os sentimentos relatados nas publicações vivenciados pelos familiares foram: ansiedade, preocupação, angústia, tristeza, medo da morte, dor, mágoa, sentimento de perda, pânico, culpa, desespero, desencanto e desesperança, frustração, preocupação, sentimento de impotência, pena, confiança, segurança, felicidade, satisfação, gratidão, insegurança, fé, esperança, amor, sentimento ambíguo e inexplicável.

Diante dos resultados acredita-se que a experiência da hospitalização de um parente provoque sentimentos diversos em seus familiares que podem levar ao adoecimento, estresse e sentimento de impotência, portanto é necessário que a equipe de saúde compreenda esses sentimentos para que possa direcionar ações também em relação às famílias.

REFERENCIAS

ARAÚJO, A. D; SANTOS, O. S.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Trabalho no Centro de Terapia Intensiva: perspectivas da equipe de enfermagem. Belo Horizonte. **Rev. Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 1, n. 9, p 20-28, jan.-mar. 2005.

BONFIM, A. C.; BASTOS, A. C.; CARVALHO, A. M. Carvalho. A família em situações disruptivas provocadas por Hospitalização. **Rev Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 17, n. 1, p. 84-94, 2007.

BORK, A. M. T. **Enfermagem Baseada em Evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CALIBRI, M. H L; MARZIALE, M. H. P. A prática de Enfermagem baseada em evidências: conceitos e informações disponíveis online. **Rev. Latino-Americano de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 103-104, 2000.

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

FRÁGUAS, G.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: Demandas e recursos. **Rev. Anna Nery**, São Paulo, v. 2, n. 12, p. 271-277, jun. 2008.

FREITAS, K. S.; KIMURA, M.; FERREIRA, K. A. S. L. Necessidades de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva: Análise comparativa entre hospital público e privado. **Rev. Latino Americano de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 15, p. 185-189, 2007.

FRIEDLAND. D. J. **Medicina Baseada em Evidências**: uma estrutura para a prática clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A, 2001.

GALVÃO, C. M. **A prática Baseada em Evidência**: Uma contribuição para a melhoria da assistência de Enfermagem perioperatória. 2002. [Tese]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2002.

GALVÃO, M. C; SAWADA, O. S. Prática Baseada em evidência: estratégia para sua implementação em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 56, p. 57-60, 2003.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Rev. Nurs Health**. n. 10, p. 1-11, 1987.

KIMURA, M. **Problemas dos pacientes de Terapia Intensiva**: Estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros. 1984. [dissertação]. Escola de Enfermagem/USP. São Paulo, 1984.

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

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

LINO, M. M.;SILVA, S. C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como a explicação de uma prática.. **Rev. Nurse**, v, 41, n. 4, p. 25-29, 2001.

LUNARDI FILHO, W. D., NUNES, A. C.; PAULETTTI, G. LUNARDI, V. L. As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva gerais. **Rev. Fam. Saúde e desenvolvimento**, Curitiba, v.6, n.2, p.100-109, maio/ago. 2004.

MATTOS, M.; MARUYAMA, S. A. T.A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. v. 4, n, 11, p. 971-981, 2009.

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

MENDES, J. A; LUSTROSA, M. A; ANDRADE, M. C. M. Paciente Terminal, Família e Equipe de Saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 151-173, jun. 2009.

MILLANI, H. F. B; VALENTE, M. L. L.C. A família e a internação em UTI: a doença e a morte no hospital regional de Assis – SP. **Rev. Nursing**, São Paulo, v.11, n.120, p. 235-242, maio, 2008.

MORGON F. H. e GUIRARDELLO E. B. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Americano de Enfermagem**, v. 2, n. 12, p. 198-203, mar./abr. 2004.

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

NASCIMENTO, A. Z; RIBEIRO, G. BERNADINO, E.; OLIVEIRA E. S. Limites e possibilidades da permanência de familiares em unidade de terapia intensiva. **Rev. Cogitare Enfermagem**, v. 4. n. 12, p. 446-451, 2007.

NEVES *et al*, F. B. C. S. Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. **Rev Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 2, n. 1, p. 32-37, 2009.

OLIVEIRA, M. A. C. O. **O Acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de Enfermagem**. 2006. [tese] Programa de pós-graduação em ciências da saúde-Convênio Centro-Oeste (UnB, UFG, UFMS), 2006.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A. GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

RIBEIRO, C. G.; SILVA, V. N. S; MIRANDA, M. M. O paciente crítico em uma Unidade de Terapia Intensiva: Uma revisão de Literatura. **Rev. Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 4, n. 9, p. 371-377, 2005.

ROMAN, A. R; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa da pesquisa aplicada à Enfermagem. **Rev. Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.3, n. 2, p. 109-112, jul./dez. 1998.

ROSSI, L. A. et al.. Diagnósticos de enfermagem presentes em familiares de pacientes vítimas de queimaduras. **Rev da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.3, n. 40, p. 3563-64, 2006.

SANTOS, K. M. A. B.; SILVA, M. J. P. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. **Rev Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 61-66, jan./fev. 2006.

SILVEIRA, R. S *et al.* Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. Especial, p. 125-130, 2005.

VILA, V. S; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino-americano de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-144, mar./abr. 2002.

WRIGHT, L. M. e LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para Avaliação e Intervenção em Família. São Paulo: Roca, 2008.

ZACARIAS *et al.* Implantação de tecnologias de cuidado em unidade de terapia Intensiva aos usuários e seus familiares. **Rev. Ciência Cuidados Saúde**, v. 8, n. 2, p. 161-168, 2009.

REFERENCIAS USADAS COMO AMOSTRA DESSA REVISÃO INTEGRATIVA

ALMEIDA, A. S. *et al.* Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p 844-849, 2009.

BETTINELLI, L. A; ROSA, J; ERDMANN, A. L.. Internação em unidade de terapia intensiva: Experiência de familiares. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 377-384, 2007.

COMASSETTO, I; ENDERS, B. C. Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n.1, p. 46-53, mar. 2009.

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

FARRELL, M.E; JOSEPH, D.H; SCHWARTZ-BARCOTT, D. Visiting Hours in the ICU: Finding the Balance among Patient, Visitor and Staff Needs. **Rev. Nursing Forum**, v. 40, n. 1, jan./mar. 2005.

FREITAS, K. S.. Necessidades familiares em unidade de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. 2005. [dissertação]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2005.

LUNARDI FILHO, W. D., NUNES, A. C.; PAULETTI, G. LUNARDI, V. L. As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva gerais. **Rev. Fam. Saúde e desenvolvimento**, Curitiba, v.6, n.2, p.100-109, maio/ago. 2004.

MORENO, R. L. R; JORGE, M. S. B. Sentimentos e emoções da mãe acompanhante no mundo da UTI: descrição fenomenológica de mudanças existenciais. **Rev. Enfermagem UERJ**, n.13, p. 175-180, 2005.

OLIVEIRA, J. F.; WATANABE, C. E; ROMANO, B. W. Estratégias de enfrentamento ("COPING") dos familiares de pacientes internados em Unidade

de terapia Intensiva. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. suplementar3A, p. 4-9, jul./set. 2007.

PUGGINA, A. C.; SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. M. T. Messages from relatives of patients in coma: hope as common element. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 249-255, 2008.

SILVA, F. S; SANTOS, I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. **Rev. Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 230-235, abr./jun. 2010.

URIZZI, F; CORRÊA, A. K. Relatives experience of intensive care: the other side of hospitalization. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 598-604, jul./ago. 2007.

APÊNDICE

Roteiro para Coleta de dados

REFERÊNCIA:

1 Informações referentes ao autor principal:

Profissão do autor: _____

Área de Atuação: _____

País de origem: _____

Qualificação: _____

2 Fonte de coleta:

() LILACS

() MedLine

() Scielo

3 Tipo de publicação analisada:

() Artigo

() Tese

() Dissertação

3.1 Artigo:

Nº _____

Volume _____

País de publicação _____

4 Título do periódico

5 Delineamento do estudo:

6 Ano de Publicação: _____

7 Quais os sentimentos e emoções vivenciados pelo familiar de pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva?
