

FERNANDA HELENA MORGON

**MENSURAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FAMILIARES EM UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

Campinas, 2003

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

FERNANDA HELENA MORGON

**MENSURAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FAMILIARES EM UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Edinêis de Brito Guirardello

Campinas, 2003

Para ser grande,
sê inteiro,
nada teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa.
Põe quanto és no mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua inteira brilha
porque alta vive !

(Fernando Pessoa)

Aos meus pais **Maria Helena e Alberto**, agradeço pelo
dom da vida e por todos os
ensinamentos,

À **Carolina**, pessoa de valor inestimável pelo
carinho e as lições de
amor,

Ao meu noivo **Eliseu**, pela cumplicidade, compreensão
e incentivo dedicados.

Em especial à minha orientadora, Prof^a Dr^a Edinêis de Brito Guirardello, agradeço pelo carinho, pela oportunidade e pela dedicação em todos os momentos.

À enfermeira Vera Médice Nishide, agradeço os incentivos e oportunidades oferecidas desde o aprimoramento na UTI,

À supervisora da UTI Margareta, agradeço a ajuda e a atenção nos momentos em que precisei,

Ao Helymar, pelo cuidado e atenção na análise estatística dos dados,

À amiga Mônica Alexandre Malta, pelo carinho e paciência nos momentos difíceis,

À amiga Rosa Colombrini, pela convivência durante o mestrado,

Aos amigos e colegas da Unidade de Terapia Intensiva, pelo apoio e suporte.

E, em especial, aos familiares dos pacientes internados na UTI, pela atenção e disponibilidade em participar do estudo, mesmo vivendo momentos difíceis.

Lista de Figuras	xiii
Lista de Quadros	xv
Lista de Tabelas	xvii
Símbolos, Siglas e Abreviaturas	xix
Resumo	xxi
Abstract	xxiii
1. INTRODUÇÃO	25
1.1 Referencial Teórico	28
1.2 Revisão da Literatura	29
2. TEORIA DA MEDIDA	35
2.1 Função de Potência ou Lei de STEVENS	38
2.1.1 Estimação de Magnitude	42
2.1.2 Emparelhamento de Comprimento de Linhas	42
2.1.3 Contínuo Protético e Contínuo Metatético	45
3. PSICOFÍSICA NA ENFERMAGEM	49
4. OBJETIVOS	57
5. METODOLOGIA	61
5.1 Sujeitos	63
5.2 Instrumento	64
5.2.1 Teste Piloto	69
5.3 Procedimentos para Coleta de Dados	69
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
6.1 Caracterização da Amostra	75
6.2 Mensuração das Necessidades de Familiares na UTI	77
7. CONCLUSÕES	89
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
10. ANEXOS	105

Figura 1- Magnitudes subjetivas em função da magnitude física dos estímulos em coordenadas lineares	40
Figura 2. Magnitude subjetiva em função das magnitudes físicas dos estímulos em coordenadas logarítmicas	41
Figura 3. Relação entre os logaritmos das médias geométricas das estimativas de magnitude e dos logaritmos das médias geométricas das estimativas de emparelhamentos de comprimento de linhas.	84
Figura 4. Relação entre os logaritmos das médias geométricas dos emparelhamentos de comprimentos de linhas e logaritmos das médias geométricas das estimativas de magnitude.	86
Figura 5. Relação entre o desvio-padrão das estimativas de magnitude e as médias geométricas das estimativas de magnitude.	87
Figura 6. Relação entre o desvio padrão da média geométrica dos emparelhamentos de comprimentos de linhas e as médias geométricas dos emparelhamentos dos comprimentos de linhas.....	88

Quadro 1 - Necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI	65
---	----

Quadro 2 – Definição operacional das necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI	68
---	----

Tabela1.Distribuição de causas diagnósticas referente à internação do paciente na UTI..... 76

Tabela 2. Média geométrica das estimativas de magnitude (EM), média geométrica dos emparelhamentos de comprimentos de linhas (ECL) e ordenação de posições (OP) para cada necessidade..... 80

Tabela 3. Expoente, constante escalar e coeficiente de determinação das funções de potência entre a estimativas de magnitude e emparelhamento de comprimento de linhas 82

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

AVC	Acidente vascular cerebral
CCFNI	Critical care family's needs
DP	Desvio padrão
E	Estímulo
ECL	Emparelhamento de comprimento de linhas
EM	Estimação de magnitude
FAB	Ferimento por arma branca
FAF	Ferimento por arma de fogo
IAM	Infarto agudo do miocárdio
INEFTI	Inventário de necessidades e estressores de familiares de pacientes internados em Terapia Intensiva
IR	Insuficiência respiratória
IVC	Índice de validade de conteúdo
K	Constante escalar
Kgf	Carga pressórica
MG	Média geométrica
n	amostra populacional
*n	Expoente
OP	Ordem de posição
r	Coefficiente de correlação de Pearson
R	Julgamento do observador
R1	medida de resposta
r²	Coefficiente de correlação
R2	Medida de resposta
TCE	Trauma crânio-encefálico
TRM	Trauma raqui-medular
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
χ²	Qui-quadrado

A hospitalização de um ente querido por motivo de doença grave e inesperada pode acarretar um desequilíbrio na estrutura familiar. A família exerce um papel importante na recuperação do paciente, e muitas vezes suas necessidades são desconhecidas pelo enfermeiro, e pouca ênfase é dada por ele ao atendimento dessas necessidades. Este estudo teve por objetivo mensurar em nível de razão o grau de importância das necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI de um hospital escola, em situação de doença inesperada. Foram 52 familiares que visitaram o seu parente durante a hospitalização na UTI no período de Julho a Setembro de 2002. Utilizou-se os métodos psicofísicos de estimação de magnitude (EM) e emparelhamento de comprimento de linhas (ECL), com cálculo da média geométrica (MG) para cada uma das necessidades julgadas pelos sujeitos em ambos os métodos. Os resultados mostraram uma concordância significativa entre os participantes no julgamento das necessidades com um coeficiente de correlação de Pearson de $r=0,97$ ($p<0,0001$). Com o uso dos métodos psicofísicos de EM e ECL foi possível estabelecer não apenas as diferenças nos julgamentos das necessidades, como também o quanto quantitativamente uma necessidade foi percebida por ter maior ou menor grau de importância em relação à outra. A relação entre esses métodos pode ser descrita como uma função de potência, confirmando que a escala de necessidades de familiares é válida, estável e consistente.

Palavras chave Razão, Psicofísica, Magnitude, Família.

The hospitalization of a close relative due to unexpected critical illness may trigger an unbalance in the patients families' structure. The family play an important role in the patient's recovery and sometimes his needs are unknown by nurses and a low enfasis is given in order to pay attention to patient's family needs. This study has the objective to measure in a ratio level the family's needs who had a relative hospitalized at the intensive care unit (ICU), due to a health's critical condition. The sample were 52 patient's relative who visited them in the ICU the period from July to September 2002. It was used a psychophysical methods of magnitude estimation (ME) and cross modality matching (line length) with the geometric mean of each needs by both methods. The results showed a high agreement among the participants (Pearson's coefficient of $r = 0,97$, $p < 0,0001$). Through psychophysical methods of magnitude estimation and cross modality matching is possible to verify that one need can be perceived to be more or less important than other, in which it can be establish not only their differences but how much one need were judge to be more important than other. The relation can be desaided by a power law, the ratio scale for family's is valid, stable and consistent, with an expoent close to one.

Key words: Ratio, Psychophysic, Magnitude, Family.

INTRODUÇÃO

1

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destina-se a atender pacientes com problemas de saúde e que necessitam de cuidados com alto grau de complexidade. Esse cuidado é contínuo, requer pessoal habilitado e recursos tecnológicos para assistir o indivíduo.

A UTI caracteriza-se como um ambiente altamente agressivo e invasivo, em função da intensidade das situações ou da iminência de eventos, tais como: o risco de morte; a necessidade de rotina dinâmica e acelerada da equipe de trabalho; a ausência de controle da iluminação natural e a presença de ruídos sonoros (GUIRARDELLO,1993).

A doença e a hospitalização podem desencadear uma situação de crise para o paciente e a família. Embora cada pessoa responda individual ou diferentemente às implicações de uma doença inesperada e a hospitalização, cada um enfrenta de alguma maneira a ameaça ao seu bem estar físico, a mudança de papéis e a perda ou distanciamento do suporte familiar.

NEABEL;FOTHERGILL-BOURRBONNAIS; DUNNING (2000) enfatizam que é muito difícil para familiares com pouca ou nenhuma experiência, estar adequadamente preparados para uma situação de doença inesperada quando necessitam tomar decisões com relação ao cuidado de seu familiar. Acrescentam ainda que o impacto cumulativo de uma doença crítica pode resultar no rompimento das atividades diárias dos familiares.

Podemos perceber um aparente desconforto e ansiedade manifestados por familiares de pacientes durante a visita na UTI e o desconhecimento pelos

profissionais de saúde de como lidar com o familiar nesse momento nos levou a buscar explicações para compreender suas necessidades a fim de garantir um melhor atendimento da mesma durante o período de internação na UTI e com isso poder melhor assisti-los.

1.1 Referencial Teórico

Nesta pesquisa foi utilizado como referencial teórico estudos das situações de crise, que irão auxiliar na compreensão dos eventos que podem ocorrer com o familiar de pacientes internados na UTI por situações de doenças inesperadas.

Segundo TAYLOR (1992), crise é um estado de desequilíbrio resultante da interação de determinado evento ou situações com mecanismos de enfrentamento do indivíduo ou da família, sendo esses inadequados à situação. Conforme este autor, existem dois tipos de eventos que podem precipitar crises: os eventos relacionados ao desenvolvimento, chamados de crises maturacionais, e os eventos relacionados a uma determinada situação, denominados de crises situacionais.

As crises situacionais, por exemplo, podem resultar da internação repentina e inesperada de um membro da família, por motivo de doença grave. Para este mesmo autor, qualquer evento, não importando quão pequeno ou mesmo desejável possa parecer, quando combinado à percepção do indivíduo ou da família, pode alterar o sistema familiar. O autor acrescenta ainda que quando o

indivíduo vivencia determinados eventos, ele pode não possuir mecanismos próprios suficientes para lidar com as situações e tomar decisões.

1.2 Revisão da Literatura

Diversos pesquisadores têm-se preocupado em identificar as necessidades dos familiares de pacientes que vivenciam uma situação de doença inesperada (MOLTER, 1979; RODGERS, 1983; DALEY, 1984; NORHEIM, 1989; TITLER; COHEN; CRAFT, 1991). O primeiro estudo que se propôs a identificar as necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI foi realizado por MOLTER (1979), que desenvolveu um instrumento denominado *Critical Care Family Need Inventory* (CCFNI).

Esse instrumento constitui-se de uma lista de 45 necessidades que foi aplicada a 40 familiares, em dois hospitais universitários nos Estados Unidos. O critério para inclusão dos familiares nessa aplicação foi terem vivenciado um período de internação de pelo menos 72 horas na UTI, e não superior a 48 horas na enfermaria, após alta da UTI. A escala de medida utilizada para esse instrumento foi do tipo Likert, no qual os familiares foram solicitados a responder uma das necessidades listadas, variando entre menor e maior importância.

Embora a maior parte das necessidades listadas tenham sido consideradas pelos familiares como muito importantes, as quatro de maior importância foram: *necessidade de sentir esperança; sentir que o pessoal do hospital está cuidando do paciente; ter uma sala de espera próximo ao paciente e*

ser chamado em casa em situação de mudanças na condição do paciente. Porém, a necessidade de esperança foi identificada por todos os familiares.

DALEY (1984) identificou junto a 40 familiares de pacientes internados na UTI, num período superior a 72 horas de internação, quais eram as necessidades percebidas por eles como mais importantes, e quais foram os profissionais mais citados por atender tais necessidades. Baseado no estudo de MOLTER e em sua experiência pessoal, elaborou uma lista com 46 necessidades. As necessidades identificadas pelos familiares foram agrupadas em seis categorias: *necessidades pessoais; necessidade de diminuir a ansiedade; necessidade de apoio; necessidade de ventilação; necessidade de informação e necessidade de ajudar o paciente.* Os familiares relataram que dez necessidades foram atendidas por médicos, e as demais, ou seja, a grande maioria, foram atendidas por enfermeiros.

Outro estudo sobre as necessidades de familiares de pacientes internados na UTI foi realizado por MATHIS (1984), que comparou dois grupos de pacientes, um com trauma cerebral e outro sem trauma cerebral, após 72 horas de internação na UTI. MATHIS utilizou o instrumento de MOLTER e contou com a participação de 26 sujeitos, sendo 15 membros da família de pacientes sem trauma cerebral e 11 familiares de pacientes com trauma cerebral. Os resultados apontaram algumas similaridades e algumas diferenças quanto às necessidades identificadas.

Preocupado em identificar as necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI, relacionados à visita, STIWELL (1984) utilizou em seu estudo nove das necessidades mencionadas no instrumento de MOLTER. O instrumento foi aplicado após 36 horas de admissão do paciente na UTI. Foi solicitado ao familiar para descrever a condição física de seu parente, dada as opções: bom, regular, sério ou crítico. Verificou-se que a necessidade de maior importância foi *ver o paciente freqüentemente*, podendo visitá-lo quando desejasse. Quanto mais grave a condição do paciente, na opinião dos familiares, maior a necessidade de visitá-lo. O autor enfatiza que o enfermeiro ocupa um importante papel para intervir na política de visita, podendo permitir aos familiares o estabelecimento de vínculos na relação enfermeiro - familiar durante a fase de hospitalização.

LESKE (1986) identificou as necessidades dos membros da família de pacientes criticamente doentes, durante a hospitalização na UTI, e aplicou o CCFNI de MOLTER em 20 familiares de pacientes criticamente doentes, durante um período não inferior a 72 horas de internação na UTI ou na sala de emergência. Quando comparado os resultados com os do estudo de MOLTER, houve algumas variações quanto ao grau de importância das necessidades percebidas pelos familiares, porém a necessidade de *sentir que há esperança e de receber informações honestas* apareceram como as de maior importância.

PRICE; FORRESTER; MURPHY; MONAGHAN (1991) utilizaram o CCFNI e verificou junto a uma amostra de 213 familiares, que as necessidades relacionadas à segurança no tratamento e à obtenção de informações foram relatadas como sendo as mais importantes. Nesse estudo os autores destacam

que os familiares necessitam que as informações obtidas da equipe sejam honestas, compreensíveis e fornecidas a eles no tempo certo, dando segurança de que seus entes queridos estão sendo cuidado por profissionais competentes e atenciosos. Os resultados apontados nesse estudo, não foram notavelmente diferentes, quando comparados os demais apresentados anteriormente.

DAVIS-MARTIN (1999) verificou as necessidades de 26 familiares de pacientes, após 72 horas de admissão na UTI. As três maiores necessidades identificadas nos familiares foram: *sentir que há esperança; sentir que o pessoal do hospital cuida do paciente e ter as perguntas respondidas honestamente*. O resultado desse estudo é pois semelhante aos estudos anteriores em um período de internação na UTI em torno de dois a três dias. Esse estudo enfatiza ainda que a mudança nas condições de saúde do paciente, que o leve a permanecer mais dias na UTI, pode prolongar a situação de crise familiar.

No Brasil, CASTRO (1999) identificou as necessidades de 103 familiares de pacientes na UTI com trauma crânio-encefálico (TCE), e relacionou-as com o grau de satisfação e o nível de estresse. Nesse estudo, a autora utilizou o instrumento de MOLTER, que foi então validado para a cultura brasileira. O instrumento, após adaptação e validação, foi denominado Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Pacientes Internados em Terapia Intensiva (INEFTI), constituindo-se em uma lista de 43 necessidades. As necessidades mais importantes foram: *necessidades de informação, de segurança e de infra-estrutura*. As menos importantes foram: *necessidades emocionais e a estrutura física do local*. A autora salienta que é indispensável a inclusão do

familiar no processo terapêutico, pois isso favorece a recuperação do paciente, repercutindo também no equilíbrio familiar.

Outros estudos também se preocuparam em investigar a percepção do enfermeiro sobre as necessidades dos familiares, comparando a percepção dessas necessidades com a dos familiares dos pacientes. O'NEILL NORRIS E GROVE (1986) compararam a percepção da necessidade dos familiares com a dos enfermeiros, verificando uma diferença estatisticamente significativa. As necessidades mais importantes apontadas pelos familiares foram *sentir que há esperança e que o pessoal do hospital está cuidando bem do paciente*, e as necessidades apontadas pelos enfermeiros foram *as necessidades que os familiares têm de informação e de sentir que o pessoal do hospital está cuidando do paciente*.

LINN-MCHALE E BELLINGER (1988) compararam os níveis de satisfação das necessidades dos familiares e a extensão na qual os enfermeiros foram capazes de identificar aquelas áreas de satisfação nos membros da família como relativamente altas ou baixas. O instrumento foi aplicado a um grupo de 52 familiares de pacientes criticamente doentes, após 72 horas de internação na UTI, e a um grupo constituído por 92 enfermeiros. Os resultados apontaram que os familiares mostraram-se satisfeitos com a maioria das necessidades listadas. Quanto aos enfermeiros, houve moderada exatidão em identificar a extensão com que os familiares perceberam suas necessidades. O autor enfatiza que a pouca satisfação do familiar com uma necessidade muito importante pode necessitar de maior atenção da enfermagem do que uma necessidade de pouca importância

que tenha sido atendida. Acrescenta também que deve haver uma maior atenção por parte dos enfermeiros no atendimento dessas necessidades, com possibilidade de criação de vínculos para que o atendimento ao paciente seja efetivo.

FORRESTER; MURPHY; PRICE; MONAGHAN (1990) investigaram a relação entre as necessidades percebidas pelos familiares de pacientes e pelos enfermeiros que prestaram assistência a esses pacientes. Utilizaram o CCFNI, aplicando-o simultaneamente a um grupo de 92 familiares e 92 enfermeiros num período de 24 a 72 horas após a admissão do paciente na UTI. Os resultados mostraram uma diferença significativa na percepção das necessidades entre os dois grupos, e o autor concluiu que o enfermeiro possui uma capacidade de reconhecer as necessidades dos familiares.

Verifica-se também pelos estudos anteriores que o enfermeiro nem sempre está preparado ou conhece as reais necessidades dos familiares, o que pode prolongar ainda mais a situação de crise e, conseqüentemente, retardar a recuperação do paciente.

Na maioria dos estudos que utilizaram o CCFNI, na íntegra ou parcialmente, um aspecto importante a ser considerado é o tipo de escala de medida utilizada na aplicação e análise dos instrumentos. A escala de medida utilizada foi a de categoria, que produz dados descritivos ou de mensuração ordinal, nos quais apenas a ordenação entre os valores escalares é admissível. Para melhor compreensão dos tipos de escalas de medida, abordaremos a teoria de medida.

TEORIA DA MEDIDA

2

Para STEVENS (1961), medir consiste em atribuir números aos objetos ou eventos, de acordo com regras determinadas. Segundo este autor, existem diferentes tipos de mensuração em geral representados por quatro níveis de escalas de medida: a nominal, a ordinal, a intervalar e a de razão, as quais se caracterizam como segue.

A escala de medida nominal tem um nível de mensuração mais simples, os números tem apenas a função de identificar e classificar os objetos. Nessa escala, a única relação entre os objetos é de equivalência, sem qualquer informação quantitativa sobre o atributo ou situação: cor de cabelo, sexo, características pessoais e idade são exemplos de aspectos considerados em escala de medida nominal.

A escala de medida ordinal tem a propriedade de ordenar os valores, mas não contém informações sobre a distância entre os mesmos, permitindo estabelecer apenas a ordem entre os elementos.

Já a escala intervalar possui a propriedade de ordenar e classificar os objetos em relação a um atributo ou a uma situação, como também estabelecer a distância ou a diferença entre eles. Por exemplo, pode-se determinar a diferença entre o efeito de dois estímulos, mas não se pode determinar a razão entre eles. Exemplos de escala intervalar são as escalas de temperatura em graus Celsius, Fahrenheit e o calendário do tempo.

A escala de medida de razão, por sua vez, é considerada o nível mais elevado de mensuração, pois além de possuir todas as propriedades das escalas

anteriores, representa um ponto zero verdadeiro, e oferece informações sobre a magnitude de um atributo ou de uma determinada situação. Somente com a escala de razão se pode perceber a proporção em que um estímulo foi maior do que o outro (STEVENS, 1975; HINSHAW, 1978; LODGE, 1981).

Para POLIT E HUNGLER (1995), as escalas de medida podem ser comparadas a uma pirâmide hierárquica, em que os dados mais simples a mensurar se localizam na base da pirâmide, e os mais complexos no seu ápice. Nesse caso, a escala em nível de razão está localizada no seu ápice.

Alguns autores destacam a importância de se utilizarem níveis escalares mais elevados, como por exemplo, as escalas de razão, pois ao produzir informações de proporção, elas possibilitam a aplicação de métodos estatísticos mais poderosos, como as análises de regressão, que testam hipóteses quantitativas (LODGE, 1981; POLIT E HUNGLER, 1995).

Para a aplicação da escala de medida em nível de razão, é importante conhecer os princípios e a aplicação da Lei de Stevens, que se baseia na mensuração da razão dos estímulos e das respostas correspondentes.

2.1 Função de Potência ou Lei de Stevens

Em seus estudos, utilizando técnicas de medida direta para estimar a magnitude de sensações físicas, STEVENS (1975) verificou que as medidas obtidas eram muito estáveis, o que contribuiu posteriormente para postular a Lei psicofísica.

Ele propôs que a forma da relação entre a magnitude da sensação e a intensidade do estímulo é governada por uma função de potência, pressupondo que razões de estímulos iguais resultam em razões de sensações iguais, o que fica demonstrado na equação 1:

$$R = K \cdot E^{*n} \quad (1),$$

na qual R representa o julgamento do observador, K é uma constante, representada como uma unidade de medida arbitrária, E é o estímulo e $*n$ é o expoente, caracterizado como o parâmetro mais importante de um contínuo sensorial, já que determina a inclinação da reta quando representada num gráfico. O expoente funciona como um tipo de assinatura, e cada contínuo sensorial possui o seu valor característico. A inclinação da reta reflete a relação entre o estímulo e a resposta de acordo com a intensidade dos estímulos.

Como demonstrado na Figura 1, quando o expoente é igual a 1.0, a função segue uma linha reta. Quando o expoente é maior que 1.0, a reta torna-se côncava, ascendente ou descendente, e quando menor que 1.0, a reta se torna horizontal (STEVENS, 1975).

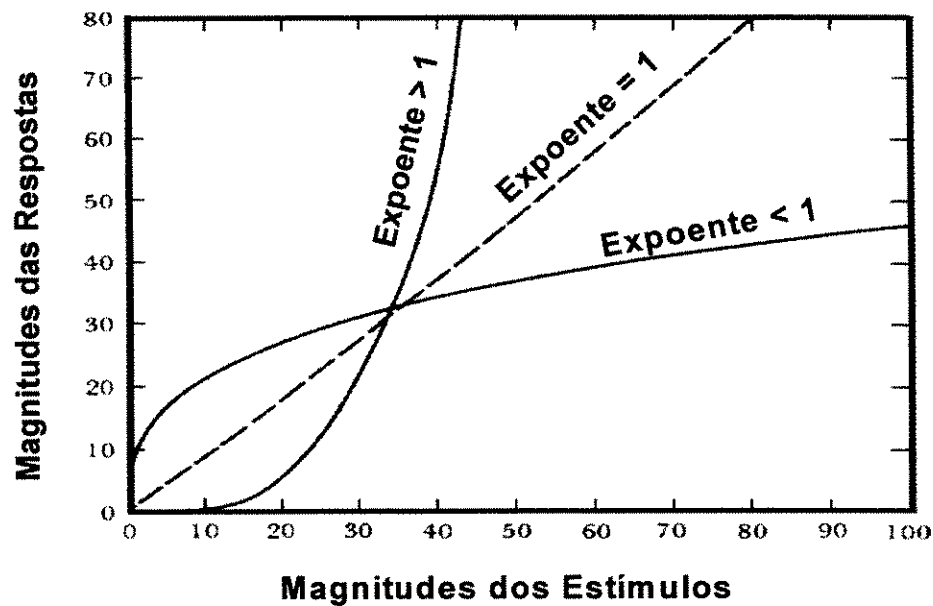


Figura 1- Magnitudes subjetivas em função da magnitude física dos estímulos em coordenadas lineares.

Para demonstrar a relação simples e harmoniosa entre o estímulo e a resposta de um atributo sensorial, podemos reescrever a função de potência utilizando logaritmos e aplicando à equação 1, obtendo uma função linear. Essa equação é conveniente tanto para a estatística como para determinar os parâmetros da função de potência ajustada aos dados. Então temos a equação 2:

$$\log R = \log K + *n \log E \quad (2),$$

nesta equação o expoente $*n$ pode ser estimado, projetando o logaritmo dos valores de R em função dos correspondentes logaritmos de E , determinando assim a inclinação da reta ajustada aos pontos. A constante escalar K torna-se uma interseção da reta com o eixo de respostas.

De acordo com a Figura 2, abaixo, quando os valores são projetados em coordenadas logarítmicas, a relação é representada por uma reta, que é ajustada aos pontos, independentemente do expoente possuir valor maior ou menor do que 1.0. Este artifício de projetar os dados em coordenadas logarítmicas faz com que as curvas desapareçam e o expoente seja refletido na inclinação da reta, pois é o expoente que governa o crescimento das sensações (STEVENS, 1975).

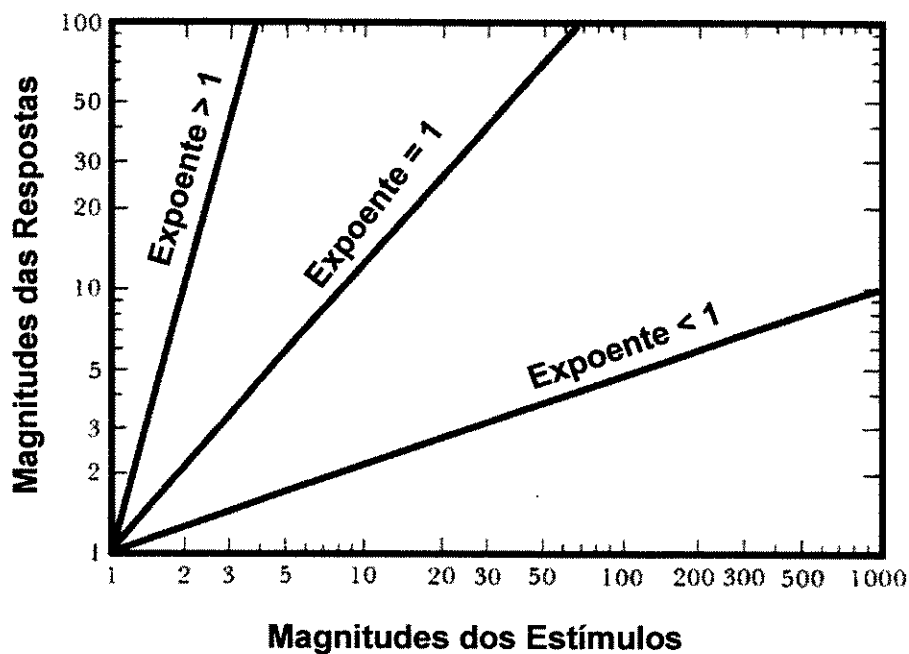


Figura 2. Magnitude subjetiva em função das magnitudes físicas dos estímulos em coordenadas logarítmicas.

Os métodos psicofísicos, principalmente a estimativa de magnitude que produz as escalas de razão, foram muito utilizados por STEVENS nos experimentos com fenômenos físicos, na tentativa de elaborar teorias em relação à função de potência defendida por ele na época. Nesse sentido, é muito importante conhecer alguns desses métodos psicofísicos, como a estimativa de

magnitude e o método de emparelhamento de comprimento de linhas, descritos a seguir.

2.1.1. Estimação de Magnitude

O método de estimação de magnitude tem sido freqüentemente utilizado na Psicofísica para julgar diferentes situações subjetivas e produzir escalas em nível de razão. No entanto, para isso é importante utilizar outros métodos psicofísicos que validem essas escalas, pelas razões expostas a seguir.

A estimação de magnitude caracteriza-se como um método em que o julgamento pessoal é realizado para uma série de situações sociais ou clínicas, de forma que o participante é instruído a designar números que sejam proporcionais à intensidade de sua resposta subjetiva em relação a uma determinada situação vivenciada por ele (STEVENS,1971).

Para STEVENS (1975) os indivíduos carregam consigo um sistema numérico, que é aprendido e memorizado na escola ou em atividades diárias de contagem. Isso possibilita ao participante da pesquisa realizar os julgamentos de proporção de fenômenos subjetivos.

2.1.2 Emparelhamento de Comprimento de linhas

O paradigma do emparelhamento intermodal foi desenvolvido por Stevens na década de 60, caracterizando-se como um elegante método que

confirma a lei de potência e verifica a característica dos expoentes, relacionando a magnitude dos estímulos e das respostas com validação das escalas de magnitude (LODGE 1981).

A lógica desse paradigma é simples e diz que se a lei de potência é válida e se os expoentes derivados de estimação de magnitude são realmente característicos, então qualquer uma de duas respostas mensuradas poderá ser usada para julgar um contínuo sensorial e validar as escalas de razão.

Para LODGE (1981) “emparelhar” requer duplicar uma tarefa básica de combinar duas modalidades de respostas, de forma que cada uma cresce com razões caracteristicamente combinadas para cada estímulo.

O emparelhamento de Comprimento de Linhas é um método psicofísico que consiste em relacionar números a estímulos ou eventos. O participante da pesquisa é solicitado a julgar uma determinada situação vivenciada por ele, designando números que a reflitam em comprimento de linha, sendo eles proporcionais à intensidade de sua resposta subjetiva em relação à situação julgada.

Esse método é utilizado para validar as escalas de magnitude, pois se realiza mais de um julgamento para o mesmo estímulo ou situação com diferentes modalidades de resposta. Desse modo, as respostas são diretamente proporcionais e possíveis de serem comparadas posteriormente (STEVENS,1971; HAMBLIM,1974; STEVENS,1975; HINSHAW, 1978; LODGE,1981; SENNOTT-MILLER; MONAGHAN; HINSHAW 1988).

No procedimento de estimação de magnitude, os valores numéricos utilizados, quando se realiza o julgamento de proporção são ilimitados, de modo que a sua aplicação se assemelha a um jogo. Desse modo, a fórmula é representada pela equação (3):

$$E \longrightarrow S \begin{cases} R1 \\ R2 \end{cases} \quad (3),$$

onde E representa o estímulo, S é a impressão subjetiva do indivíduo em relação a este estímulo, enquanto que $R1$ e $R2$ são duas medidas de respostas quantitativas. A lógica do método de emparelhar são iguais às medidas de respostas e aos estímulos que estão sendo escalonados (LODGE,1981).

Basicamente, o método de emparelhamento testa a transitividade da escala em que $A = B$ e $A = C$, então $B=C$. Isso significa que um observador faz estimativas de magnitude de duas modalidades de respostas simultaneamente, de modo que a modalidade A é ajustada para se emparelhar a cada uma das duas modalidades B e C (SILVA,1985).

De acordo com HAMBLIM (1974), quando se utiliza o método de estimação de magnitude, é possível verificar a intensidade das sensações, que é demonstrada por uma função de potência e comprovada por uma fórmula matemática que prediz e ajusta os expoentes mensurados, transformando-os em uma linha quando projetados em um gráfico.

Quando utiliza-se o método de estimação de magnitude, é possível validar essa escala através da aplicação de um teste-reteste, possível quando se utiliza outro método psicofísicos, neste caso, o método de emparelhamento intermodal, que pode ser aplicado com diferentes modalidades de resposta, como: força dinamométrica, intensidade da luz, do som, números, sabor e comprimento de linhas (SENNOTT-MILLER;MURDAUGH;HINSHAW,1988).

Para GESCHIEDER (1988), a validação de uma escala psicofísica requer no mínimo que um estímulo tenha a mesma escala de valores para que possa ser julgado, sendo subjetivamente igual quando os valores são diretamente combinados.

Para interpretar uma função de potência, é importante analisar as características de um contínuo sensorial, ou seja, a magnitude física entre o estímulo e a resposta, quando projetados no gráfico. Á seguir serão descritos dois tipos de contínuos, o protético e o metatético.

2.1.3 Contínuo Protético e Contínuo Metatético

De acordo com STEVENS (1975), as sensações surgem de muitas e variadas formas, sendo difícil uma completa descrição ou até mesmo fórmulas que capturem por completo toda a riqueza dos órgãos do sentido, como a visão, a audição, o tato, o paladar além de outras sensações que nossos órgãos não são capazes de processar.

As sensações podem ser classificadas em dois grupos distintos,

denominados: contínuos metatéticos e contínuos protéticos, e a distinção entre esses dois grupos está entre qualidade e quantidade; magnitude ou espécie; tamanho ou tipo (STEVENS E GALANTER 1957).

O grupo de sensações classificadas como contínuo protético possui característica quantitativa, e pode ser mensurado através de um processo fisiológico aditivo. Já o grupo de sensações classificadas como contínuo metatético possui característica qualitativa, e pode ser mensurado por um processo fisiológico substitutivo. Um exemplo desses dois grupos de contínuos pode ser demonstrado pela tonalidade e pela intensidade sonora de um estímulo. A intensidade é um atributo que o som possui, podendo ser descrita como grau de magnitude ou quantidade, ou seja, com característica de um contínuo protético. Quanto à tonalidade do som, esta pode variar de alto para baixo, apresentando características de um contínuo metatético.

O critério que define os estímulos pode ser verificado através do comportamento dos dados nos experimentos psicofísicos e da projeção das intensidades subjetivas projetadas em gráfico. É necessário fazer algumas distinções básicas em relação a alguns princípios relacionados à sensação e a propriedades dos estímulos que, além de se comportar de forma diferente quando projetados em gráfico, parecem seguir leis gerais diferentes (STEVENS E GALANTER 1957).

A magnitude subjetiva de um contínuo metatético, quando projetada em coordenadas logarítmicas, obedece à Lei de Fechner ou Lei logarítmica. Já a

magnitude de um contínuo protético, quando projetada em coordenadas logarítmicas, segue a Lei de Stevens ou Lei de potência (ENGELMANN,1966; SILVA,1985).

Os métodos psicofísicos têm sido utilizados em diferentes áreas do conhecimento, como na Física, na Psicologia e na Enfermagem. Desse modo, serão destacados alguns estudos que têm utilizado essa metodologia, principalmente na área de Enfermagem.

PSICOFÍSICA NA ENFERMAGEM

3

Estudos realizados na enfermagem, na década de 60 utilizaram os métodos psicofísicos de estimação de magnitude para mensurar fenômenos subjetivos como os sentimentos, as emoções, os valores e as atitudes (HINSHAW,1978).

Alguns dos estudos que têm utilizado essa metodologia abordando diferentes fenômenos como: mensuração da dispnéia; mensuração da dor; validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem; comportamentos que interferem no estilo de vida das pessoas e o grau de atenção dirigida requerida pelo enfermeiro no seu ambiente de trabalho.

SENNOTT-MILLER E MILLER (1987) estudaram variáveis que motivaram mudanças no comportamento das pessoas. Utilizaram o método de estimação de magnitude para julgar uma lista de dez tipos de comportamento que representam um impacto no estilo de vida das pessoas, incluindo as atividades físicas, aspectos emocionais e a adesão ao regime médico. Foram 60 voluntários que julgaram esses comportamentos quanto à efetividade, à dificuldade e à probabilidade de mudar seu estilo de vida. Os resultados mostraram que para esses indivíduos as dificuldades em adotar um novo comportamento variaram, mas a probabilidade de adotá-lo está diretamente relacionada com o grau de efetividade percebida por ele.

O método psicofísico de estimação de magnitude foi utilizado por NIELD E KIM (1991) para avaliar a percepção do esforço inspiratório de 29 pacientes com problemas pulmonares crônicos. Estes foram solicitados a realizar

um esforço inspiratório por meio de um sistema fechado em que o sujeito julgava a carga pressórica (Kgf) da intensidade do esforço inspiratório exigido por ele. Esse procedimento ocorreu em três momentos diferentes, com intervalos de três a cinco dias, resultando em alta correlação no julgamento dos pacientes entre os três momentos de aplicação do exercício. Ou seja, à medida em que aumentava o esforço inspiratório realizado pelo sujeito, aumentava também de maneira proporcional a porcentagem de magnitude numérica da resposta o que reforça a confiabilidade do método de mensurar a percepção da dispnéia desses pacientes.

SCHEEP (1991) verificou a relação entre quatro diferentes conceitos: previsibilidade de eventos, controle, ansiedade e enfrentamento de 45 mães de crianças hospitalizadas, com idade de um a 24 meses. Através do método de estimação de magnitude, as mães julgaram 16 situações vivenciadas por elas durante a hospitalização de suas crianças. Os resultados indicaram que a previsibilidade de eventos e a ansiedade influenciaram as mães no enfrentamento de problemas decorrentes da hospitalização de seus filhos. Ou seja, as mães que sabiam dos eventos que poderiam vir a acontecer demonstraram menos ansiedade, manifestando dispenderem menos esforço com eventos estressantes.

FALEIROS SOUSA E SILVA (1996) estudaram o prestígio social de algumas profissões de nível superior. Participaram do estudo 32 estudantes universitários que julgaram o grau de prestígio social das profissões utilizando os métodos psicofísicos de estimação de magnitude e estimação de categoria. Os resultados indicaram que no método de estimação de magnitude a profissão de médico obteve maior prestígio em relação ao sociólogo. Os autores verificaram

que embora os resultados obtidos apresentassem uma alta concordância entre as ordenações, a diferença fundamental em relação aos métodos utilizados é que na estimação de magnitude é possível estabelecer as ordenações, diferenças e razões entre as profissões enquanto que na estimação de categoria foi possível estabelecer apenas as ordenações e as diferenças entre as profissões.

KINNEY E GUZZETTA (1989) avaliaram as características definidoras de dois diagnósticos de enfermagem: a ansiedade e o distúrbio do padrão do sono, em três dimensões conceituais: importância, frequência e competência. Participaram do estudo 32 enfermeiros, que realizaram a estimativa numérica para cada um dos diagnósticos nas três diferentes dimensões, utilizando os métodos psicofísicos de estimação de magnitude e emparelhamento de comprimento de linhas. Houve uma alta correlação quanto ao julgamento das respostas dos enfermeiros, entre as diferentes dimensões, nos dois métodos utilizados, comprovando que a escala de estimação de magnitude é uma técnica útil na identificação de características e definições operacionais do diagnóstico de enfermagem.

O método de estimação de magnitude foi utilizado para avaliar a gravidade de 100 diferentes diagnósticos, com a participação de 47 profissionais da saúde, sendo enfermeiros, médicos e psicólogos (KAMIZAKI; FALEIROS SOUSA; SANT'ANA; SILVA 1999). O resultado do estudo indicou que alguns desses diagnósticos avaliados foram classificados como sendo de menor gravidade do que outros, apesar da alta concordância nas respostas. Os autores deste estudo destaca que as experiências pessoais foram consideradas durante o

juízo desses diagnósticos, de forma que, os médicos estimaram valores mais altos do que os enfermeiros e psicólogos; os enfermeiros apesar do contato com a doença, tem uma menor responsabilidade profissional em relação ao médico estimando valores menores aos diagnósticos e os psicólogos devido o freqüente contato com situações de morte, julgaram valores mais elevados do que os médicos para diagnósticos próximos à fase terminal como câncer e Aids.

O grau de atenção dirigida requerido pelos enfermeiros em uma unidade de cuidado crítico foi avaliado por GUIARDELLO E FALEIROS SOUSA (2000), utilizando três métodos psicofísicos: estimativa de magnitude, estimativa de categoria e estimativa de postos. Os enfermeiros foram solicitados a julgar 15 situações habitualmente vivenciadas por eles no seu ambiente de trabalho. Os resultados mostraram que houve concordância na ordenação de postos para as diferentes situações entre os enfermeiros, mas com o método de estimação de magnitude foi possível estabelecer não somente a ordenação dessas situações como também o quanto quantitativamente uma situação foi julgada por requerer mais atenção dirigida do que outra.

A dor pós-operatória foi estudada por PEREIRA (2001), que compara os métodos psicofísicos de estimativa de magnitude e emparelhamento de comprimento de linhas dos descritores da dor, com enfermeiros e pacientes. Os enfermeiros foram solicitados à julgarem os descritores da dor por meio dos métodos de estimação de magnitude e emparelhamento de comprimento de linhas, e os pacientes pelo método de estimação de magnitude. De acordo com os resultados, houve concordância no julgamento dos descritores de dor entre os

enfermeiros e pacientes, mostrando que esse é um método adequado para mensurar os descritores de dor, tanto na opinião dos profissionais enfermeiros como na opinião dos pacientes.

De acordo com a revisão de literatura verifica-se que dos trabalhos realizados na enfermagem utilizando desses métodos psicofísicos, não existem atualmente estudos avaliando as necessidades de familiares de pacientes internados em UTI. Desse modo, o presente estudo se propôs a identificar e avaliar o grau de importância das necessidades de familiares de pacientes internados na UTI com o uso de métodos psicofísicos de estimação de magnitude, que produzem escalas de razão.

OBJETIVOS

4

Este estudo tem como objetivo principal mensurar, em nível de razão, as necessidades de familiares de pacientes internados na UTI de um hospital universitário, e os seus objetivos secundários foram:

- 1) verificar se existe concordância no julgamento das necessidades entre os familiares, utilizando os métodos de estimação de magnitude e emparelhamento de comprimento de linhas;
- 2) avaliar se as ordenações do grau de importância das necessidades dos familiares são similares em ambos os métodos;
- 3) verificar a estabilidade da escala de razão, com o uso de duas modalidades de resposta, sendo uma verbal (estimativa numérica) e a outra visual (comprimento de linhas); e
- 4) validar a escala de razão das necessidades de familiares de pacientes internados na UTI, com o uso do método de emparelhamento de comprimento de linhas.

METODOLOGIA

5

5.1 Sujeitos

Para o estudo, contou-se com a participação de familiares de pacientes internados na UTI de um hospital-escola do interior do Estado de São Paulo. Para a seleção dos sujeitos, foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- 1) familiares de paciente internado na UTI devido a doença grave e inesperada, como infarto agudo do miocárdio; situações de urgência e emergência, traumas ou acidentes, com pelo menos 72 horas de internação na UTI e um período não superior a 48 horas na enfermaria, após a alta da UTI;
- 2) familiares com idade igual ou superior a 18 anos, com grau de parentesco como pai, mãe, irmão, filhos, cônjuge, que tenham visitado o paciente no período de hospitalização, tendo participado ou se envolvido com os problemas de saúde de seu parente.

Para maior clareza, alguns termos foram definidos de acordo com seu uso neste estudo:

- a) Necessidades: são situações ou eventos de caráter físico e emocional, que podem ser vivenciadas por familiares de pacientes com uma doença grave, internados na UTI de forma repentina e inesperada (MOLTER,1979).

- b) Familiares: são indivíduos representados pelo pai, mãe, filhos ou cônjuge (esposo, companheiro), com idades acima ou igual a 18 anos e que tenham visitado o paciente na UTI.

5.2 Instrumento

Para este estudo, foram selecionadas 20 situações ou necessidades que podem ser vivenciadas por familiares de pacientes, sendo estas extraídas do instrumento INEFETI - *Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva*, validado para a cultura brasileira por CASTRO (1999). Este instrumento é constituído de 43 situações. As situações selecionadas para este estudo foram aquelas que no estudo de CASTRO obtiveram as maiores médias aritméticas, sendo caracterizadas como necessidades mais importantes percebidas pelos familiares de pacientes internados na UTI (Quadro I).

Para o uso dos métodos psicofísicos de estimação de magnitude e emparelhamento de comprimento de linhas, alguns autores como HAMBLIN (1974) e FIELD E HINSHAW (1977) recomendam que a seleção dos estímulos ou itens deve ser em torno de 10 a 20, e que esses, devem refletir apenas uma dimensão conceitual, sendo descritos de forma concisa e claramente enunciada.

Quadro I - Necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI, selecionados em sua forma original do instrumento INEFETI (CASTRO,1999)

1. Sentir que o pessoal do hospital (UTI) se interessa pelo paciente
2. Ver o paciente freqüentemente
3. Ser avisado em casa sobre mudanças no estado do paciente
4. Saber quem pode dar informação que eu necessito
5. Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente
6. Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita
7. Ter uma boa lanchonete no Hospital
8. Sentir que há esperança de melhora do paciente
9. Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros
10. Ter horário de visita modificado em casos especiais
11. Saber quais outros profissionais podem me ajudar
12. Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente
13. Saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente
14. Ser comunicado sobre possíveis transferências
15. Estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente
16. Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone
17. Ser acompanhado por profissional, amigo ou familiar durante a visita na UTI
18. Conversar com a mesma enfermeira todos os dias
19. Ter perguntas respondidas com franqueza
20. Ter alguém que se preocupa com a minha saúde

O processo de escalonar percepções individuais a estímulos sociais ou clínicos numa dimensão conceitual pré-selecionada, utilizando métodos psicofísicos como estimação de magnitude (EM) e emparelhamento de comprimento de linhas (ECL) requer algumas etapas pré-estabelecidas (HINSHAW,1978; SENNOTT-MILLER; MURGAUGH; HINSHAW 1988), as quais são descritas a seguir.

Inicialmente, foi realizada a definição conceitual para cada uma das 20 necessidades, conforme o instrumento INEFETI, que, segundo a literatura, denominou-se “definição operacional” (STEVENS,1961; POLIT E HUNGLER, 1995). A definição operacional é caracterizada como uma etapa necessária na construção das definições para cada situação ou necessidade, e deve ser elaborada de maneira que provoque respostas subjetivas nos participantes, sendo importante evitar definições amplas e termos ambíguos que confunda a compreensão do participante (HINSHAW,1978).

Após a definição operacional, foi realizada a validação aparente e de conteúdo dos conceitos, elaborados para cada necessidade. Segundo CONTANDRIOPOULOS *et al.* (1999), a validação de conteúdo analisa de maneira criteriosa o conteúdo do instrumento, verificando a adequação e a coerência entre o instrumento e os conceitos que se pretendem medir.

Para a validação de conteúdo, participaram seis juízes, sendo um médico, dois enfermeiros, uma psicóloga e dois familiares de pacientes internados na UTI. Os juízes foram instruídos individualmente para verificar: a clareza dos itens, a facilidade de leitura, a compreensão e a forma de apresentação do instrumento, concordando ou não com a retirada, acréscimo ou modificação das definições. As instruções para os juízes com as definições operacionais para cada uma das necessidades estão apresentadas no Anexo I.

Posteriormente, foi realizada a análise estatística dos dados obtidos e as alterações sugeridas pelos juízes. Na aplicação do teste estatístico, houve concordância de respostas entre os juízes, para todos os itens do instrumento

(Qui-Quadrado de Cochran para respostas dicotômicas, obtendo um $p= 0,051$) com um nível de significância de 5% (CONOVER, 1971).

Para verificar se houve concordância quanto à definição dada pelos juízes, calculou-se o χ^2 , percebendo-se uma leve discordância, não significativa, entre os juízes, com relação às respostas dos 20 itens do instrumento, sendo que um dos juízes aprovou menos itens (85%) do que os demais; um juiz aprovou 95% dos itens e os demais concordaram com todas as definições (100%).

As alterações sugeridas pelos juízes, foram nas questões 4, 6, 17 e 18, sendo que as alterações efetuadas envolveram apenas mudanças em algumas palavras e complementos gramaticais, de modo a tornar mais claras as definições. As questões que sofreram as alterações nas suas definições operacionais foram: *saber quem pode dar informações que eu necessito; ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita; conversar com a mesma enfermeira todos os dias. Na situação ser acompanhado por um profissional amigo ou familiar durante a visita na UTI*, optamos por manter a mesma redação.

Para verificar a porcentagem de respostas com aprovação entre os juízes, foi aplicado o índice de validade do conteúdo (IVC). Este índice auxilia na identificação dos possíveis itens que necessitem de alterações (LOBIONDO-WOOD E HABER, 1998). De maneira geral, todos os itens do instrumento obtiveram um alto índice de validade de conteúdo (1.00), exceto nas questões 4, 6, 17 e 18, onde obtiveram um valor de 0.83, com posterior alteração. O instrumento na sua forma final encontra-se apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Definição operacional das necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI.

1. **Sentir que o pessoal do hospital (UTI) se interessa pelo paciente:** Quando eu percebo que a enfermeira, médico ou outro profissional de saúde, demonstram carinho e cuidado no atendimento prestado ao meu familiar.
2. **Ver o paciente frequentemente:** Quando eu tenho a oportunidade de estar com o meu familiar na UTI sempre que sentir necessidade.
3. **Ser avisado em casa sobre mudanças no estado do paciente:** Quando recebo informações na minha casa ou no meu trabalho, sobre alterações ou mudanças nas condições de saúde do meu familiar.
4. **Saber quem pode dar informações que eu necessito:** Quando sou orientado quem são as pessoas responsáveis para dar informações sobre a situação do meu familiar.
5. **Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente:** Quando sou esclarecido sobre o tipo de tratamento que está sendo dado ao meu familiar visando a melhora de suas condições de saúde.
6. **Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita:** Quando sou recepcionado por uma enfermeira ou um médico durante o meu primeiro contato na UTI, recebo orientações sobre as normas de atendimento da unidade.
7. **Ter uma boa lanchonete no hospital:** Quando há um local apropriado no hospital para fazer uma boa refeição ou lanche.
8. **Sentir que há esperança de melhora do paciente:** Quando durante a visita percebo que meu familiar apresentou melhora, sendo esta manifestada por ele próprio ou quando sou informado pelo profissional de saúde.
9. **Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros:** Quando tenho problemas financeiros, decorrente da internação de meu familiar, comunico a enfermagem que me encaminha ao serviço social para orientações.
10. **Ter horário de visita modificado em casos especiais:** Quando tenho a oportunidade de visitar o meu familiar na UTI fora do horário de visita, conforme minha necessidade e disponibilidade.
11. **Saber quais outros profissionais podem me ajudar:** Quando sou orientado que além do enfermeiro e do médico há outros profissionais que podem me auxiliar ou dar apoio.
12. **Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente:** Quando tenho a chance de falar com o enfermeiro ou médico sobre a possibilidade de morte de meu familiar.
13. **Saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente:** Quando recebo informações claras sobre os procedimentos realizados em benefício de meu familiar.
14. **Ser comunicado sobre possíveis transferências:** Quando sou comunicado antecipadamente pelo enfermeiro ou médico sobre a possibilidade ou necessidade de transferir o meu familiar para outra unidade ou hospital.
15. **Estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente:** Quando me é assegurado pelo enfermeiro ou médico de que toda conduta possível está sendo realizada, para uma melhor recuperação de meu familiar naquele momento.
16. **Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone:** Quando desejo saber sobre o estado de saúde de meu familiar, telefono para a UTI e alguém me informa sobre a sua condição de saúde.
17. **Ser acompanhado por um profissional amigo ou familiar durante a visita na UTI:** Quando durante a visita na UTI sou acompanhado por um amigo ou profissional que eu confio, de forma que não me sinta sozinho e inseguro naquele momento.
18. **Conversar com a mesma enfermeira todos os dias:** Quando recebo informações todos os dias pela mesma enfermeira, me fazendo sentir seguro.
19. **Ter perguntas respondidas com franqueza:** Quando eu sinto que as perguntas feitas por mim, são respondidas com honestidade e sinceridade pelo profissional, de forma que eu não fique com dúvidas.
20. **Ter alguém que se preocupa com a minha saúde:** Quando o enfermeiro ou médico expressa preocupação com minha saúde, tentando tranquilizar-me enquanto meu familiar está na UTI.

5.2.1. Teste Piloto

Após a fase de validação aparente e de conteúdo do instrumento, realizou-se o teste piloto com dez familiares de pacientes internados em UTI , para verificar a compreensão dos mesmos com relação às instruções e tarefas a serem executadas por eles. Não houve sugestões para modificação no instrumento, sendo realizadas apenas algumas alterações nas instruções, de forma a torná-las mais simples e compreensíveis para os familiares. As instruções para os métodos psicofísicos de EM e ECL, juntamente com o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estão apresentadas nos Anexos II, III e IV.

5.3. Procedimento para Coleta de Dados

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 4/2002 – Anexo V), os familiares que atenderam aos critérios de inclusão, foram convidados a participar do estudo e, após a anuência e esclarecimento de dúvidas no entendimento de como preencher o instrumento, foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo IV). As instruções específicas para cada método psicofísico (EM e ECL) foram apresentadas individualmente para cada participante (Anexo II e Anexo III).

A coleta de dados foi realizada no período de Julho a Setembro de 2002, em uma sala reservada na própria unidade, durante o horário de visita, sendo acordado junto ao familiar quanto ao melhor momento para responder o instrumento. A aplicação dos instrumentos foram feitas de forma aleatória, ou seja,

em primeiro momento o método de estimação de magnitude e depois o método de emparelhamento de comprimento de linhas e vice-versa.

Para o método de estimação de magnitude, a tarefa dos participantes foi assinalar um número a cada necessidade, que fosse proporcional ao grau de importância vivenciado por ele, de forma que cada necessidade fosse julgada na ordem em que fossem apresentadas. Para isso, as 20 necessidades foram apresentadas uma a uma, em cartões com suas respectivas definições operacionais, sendo essas apresentadas ao participante, de forma aleatória.

Na aplicação desse método, uma das necessidades, foi tomada como referência, neste caso a necessidade *ter horário de visita modificado em casos especiais*, a ela se atribuiu um valor de 100 pontos. Por exemplo, se o participante julgasse que uma determinada necessidade tivesse sido duas vezes mais importante que a necessidade de referência *ter horário de visita modificado em casos especiais*, deveria assinalar 200 pontos para aquela determinada necessidade. Se julgasse que uma outra necessidade possuísse a metade da importância, deveria marcar 50 pontos, e assim por diante.

Para o método de emparelhamento de comprimento de linhas, a tarefa do participante foi assinalar um comprimento de linhas a cada necessidade, comprimento este que fosse proporcional ao grau de importância vivenciado por ele. Para este método utilizou-se a representação de uma trena com três metros. As necessidades foram apresentadas através de cartões, de forma aleatória, como descrito para o método de estimação de magnitude.

Na aplicação desse método, a necessidade *ter horário de visita modificado em casos especiais*, também foi tomada como necessidade de referência. A ela se atribuiu um valor de 100 cm. Por exemplo, se o participante julgasse que uma determinada necessidade tivesse sido duas vezes mais importante que a necessidade de referência *Ter horário de visita modificado em casos especiais*, deveria assinalar 200 cm. Se julgasse que uma determinada situação possuísse a metade desse valor, deveria marcar 50 cm, e assim por diante.

Sobre a aplicação dos métodos psicofísicos, HAMBILN (1974) destaca que os participantes podem selecionar livremente uma situação que esteja entre a média, para que essa seja considerada a situação de referência em relação às demais, ou que o valor de referência seja estabelecido pelo próprio pesquisador, como foi feito neste estudo.

É importante destacar que, previamente à aplicação do instrumento propriamente dito, os participantes receberam treinamento de como realizar julgamentos proporcionais, utilizando-se para isso exemplos de situações cotidianas. Alguns autores, como LODGE (1981); SENNOTT-MILLER; MURGAUGH; HINSHAW (1988), destacam que este tipo de orientação prévia constitui uma etapa importante para o sucesso na aplicação desses métodos permitindo ao pesquisador assegurar-se de que o indivíduo compreenda como realizar os julgamentos de proporção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

6

6.1. Caracterização da amostra

Participaram do estudo 52 familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo. Houve predomínio de participantes do sexo feminino, 71,1% (n=37), quando comparado aos participantes do sexo masculino, 28,9% (n=15). A média de idade dos participantes foi de 41 anos, sendo a maioria (30,8%, n=16) com idades na faixa etária entre 40 a 49 anos.

Em relação ao grau de parentesco, a maioria dos participantes foi de filhos, 34,6% (n=18), seguido de pais, 27% (n=14), cônjuges, 21,1% (n=11) e outros, 17,3% (n=9). Os participantes classificados como “outros” foram representados por: irmãos, primo, neto e cunhado.

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria dos participantes, 32,6% (n=17) não havia completado o primeiro grau, 27% (n=14) com 2º grau e apenas 15,4% (n=8) deles estavam cursando o nível universitário.

O motivo da internação dos pacientes, cujos familiares participaram deste estudo, foram vários, como: a) problemas cardíacos, dentre eles o infarto agudo do miocárdio e o aneurisma, 40,4% (n=21); b) traumas, 38,5% (n=20), como ferimentos por arma de fogo e arma branca, traumatismo crânio-encefálico, trauma raqui-medular e acidentes automobilísticos; c) problemas neurológico, 9,6% (n=5), como acidentes vasculares cerebrais, epilepsia e craniotomia. Quanto aos pacientes classificados como “outros”, 11,5% (n=6), a causa de sua internação foram problemas respiratórios. Conforme demonstrado na Tabela 1, verifica-se que a maioria dos pacientes foram internados na UTI por infarto agudo do miocárdio e trauma crânio-encefálico.

Tabela 1. Distribuição de causas diagnósticas referente à internação do paciente na UTI.

	CAUSAS DIAGNÓSTICAS % (n)											Total
	IAM	Aneur.	FAF	TCE	FAB	AC Aut.	TRM	Epilepsia	Craniotomia	AVC	IR	
Cardíaco	34,6 (18)	5,8 (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40,4 (21)
Traumas	-	-	5,7 (3)	15,4 (8)	2 (1)	2 (1)	2 (1)	-	-	-	-	38,5 (20)
Neurológico	-	-	-	-	-	-	-	2 (1)	2 (1)	5,7 (3)	-	9,6 (5)
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11,5 (6)	11,5 (6)
Total	34,6	5,8	5,7	15,4	2	2	2	2	2	5,7	11,5	100

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; **Aneur.:** Aneurisma; **FAF:** Ferimento por arma de fogo; **FAB:** Ferimento por arma branca; **AC. Aut.:** Acidente Automobilístico; **TRM:** Trauma raqui medular; **TCE :** Traumatismo crânio encefálico; **AVC:** Acidente vascular cerebral; **I. Resp.:** Insuficiência Respiratória.

6.2. Mensuração das necessidades de familiares na UTI

Para avaliar o grau de importância das necessidades vivenciadas por familiares de pacientes internados na UTI, utilizou-se, como já mencionado anteriormente, dos métodos psicofísicos de estimação de magnitude (EM) e emparelhamento de comprimento de linhas.

Inicialmente, foram calculadas separadamente as médias geométricas das estimativas de magnitude e emparelhamento de comprimento de linhas, bem como as ordenações das posições de cada uma das diferentes necessidades vivenciada pelos familiares, cujo parente estava internado na UTI. As médias geométricas de ambos os métodos psicofísicos e suas respectivas ordenações estão apresentadas na Tabela 2.

De acordo com os dados na Tabela 2, pode-se verificar que houve uma concordância significativa (coeficiente de correlação de Pearson, $r = 0,97$ $p < 0,0001$) no julgamento do grau de importância das necessidades pelos familiares em ambos os métodos psicofísicos, o de EM e o ECL. Por exemplo, as necessidades como *sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente*; *estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente* e *ter uma boa lanchonete no hospital*, foram julgadas como ocupando as mesmas ordenações de postos em ambos os métodos.

Embora haja alto índice de concordância no julgamento das necessidades entre os familiares, é possível verificar que existem diferenças similares nas ordenações de postos, quando comparamos os dois métodos

psicofísicos. Por exemplo: *sentir que há esperança de melhora do paciente* ocupou a 3ª posição (EM) e a 4ª posição (ECL); *saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente* ocupou a 4ª posição (EM) e a 5ª posição (ECL); *ter perguntas respondidas com franqueza*, ocupou a 5ª posição (EM) e a 3ª posição (ECL); *saber porque determinados tratamentos foram realizados ao paciente* ocupou a 6ª posição (EM) e a 7ª (ECL) e *conversar com a mesma enfermeira todos os dias* ocupou a 7ª posição (EM) e a 11ª posição (ECL).

É pertinente destacar que as necessidades julgadas pelos participantes podem ser classificadas em três níveis de importância, ou seja, aquelas de grau de importância maior, mediano e menor, segundo as médias geométricas das EM e ECL.

Verifica-se que as necessidades identificadas pelos participantes neste estudo diferem muito pouco das encontradas nos estudos de MOLTER (1979), LESKE (1986), quanto a ordenação das posições. Essas necessidades foram: *sentir que o pessoal do hospital (UTI) se interessa pelo paciente; sentir que há esperança de melhora do paciente; ter questões respondidas honestamente e ser avisado em casa sobre mudanças no estado do paciente*. Como mencionado anteriormente, tais estudos utilizaram-se de escalas de medida em nível de categoria, no qual é possível apenas estabelecer as diferenças nos julgamentos entre as necessidades, enquanto que, com a escala em nível de razão utilizada neste estudo é possível estabelecer não apenas a ordenação das necessidades, mas o quanto quantitativamente uma necessidade foi julgada por ter maior ou menor grau de importância em relação à outra.

Como apresentado na Tabela 2, pode-se afirmar que as necessidades como: *sentir que o pessoal do hospital (UTI) se interessa pelo paciente* (EM=372,9) foi julgada como sendo 1,7 vezes maior do que as necessidades *saber porque determinados tratamentos foram realizados ao paciente* (EM=214,9) e *conversar sobre a possibilidade de morte do paciente* (EM=140,7), e duas vezes maior do que a necessidade de *saber quem pode dar informações que eu necessito* (EM=181,9), e ainda 7,4 vezes maior do que *ter uma boa lanchonete no hospital* (EM=50,1).

Tabela 2. Média geométrica das estimativas de magnitude (EM), média geométrica dos emparelhamentos de comprimentos de linhas (ECL) e ordenação de posições (OP) para cada necessidade (n=52).

Necessidades de familiares de pacientes na UTI	EM	OP	ECL	OP
Sentir que o pessoal do hospital (UTI) se interessa pelo paciente	372,9	1	401,1	1
Estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente	327,8	2	331,5	2
Sentir que há esperança de melhora do paciente	316,7	3	270,9	4
Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente	269,2	4	234,6	5
Ter perguntas respondidas com franqueza	263,7	5	278,5	3
Saber porque determinados tratamentos foram realizados ao paciente	214,9	6	220,5	7
Conversar com a mesma enfermeira todos os dias	214,8	7	187,4	11
Ser comunicado sobre possíveis transferências	214,0	8	182,9	13
Ter alguém que se preocupa com a minha saúde	198,9	9	208,1	8
Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita	187,9	10	230,1	6
Saber quem pode dar informações que eu necessito	181,9	11	162,5	16
Ver o paciente freqüentemente	181,8	12	194,7	10
Ser avisado em casa sobre mudanças no estado do paciente	181,2	13	171,0	14
Saber quais outros profissionais podem me ajudar	179,3	14	198,4	9
Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone	176,0	15	185,2	12
Ser acompanhado por profissional, amigo ou familiar durante a visita na UTI	165,1	16	169,7	15
Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros	144,6	17	135,4	18
Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente	140,7	18	142,1	17
Ter horário de visita modificado em casos especiais	100,0	19	100,0	19
Ter uma boa lanchonete no hospital	50,1	20	49,3	20

coeficiente de correlação de Pearson, $r = 0.97$ $p < 0.0001$

Para verificar a concordância das respostas dos sujeitos, calculou-se os coeficientes de determinação (r^2) entre as estimativas de magnitude e emparelhamento de comprimento de linhas, sendo estes apresentados na Tabela 3, cujos valores variaram de 0,07 a 0,89. Dos 52 participantes do estudo, apenas 20 participantes obtiveram coeficientes com variação em torno de 0,62 a 0,89.

A Tabela 3 retrata os parâmetros da função de potência. Nela foram ajustados os logaritmos das estimativas de magnitude e dos comprimentos de linhas, calculando-se a média, o desvio padrão (DP) e a mediana, de forma a considerar a mediana como parâmetro para verificar a centralidade entre as respostas dos sujeitos em ambos os métodos psicofísicos, de EM e ECL, com expoente ($n=0,74$), uma constante escalar ($K=4,67$) e um coeficiente de determinação ($r^2=0,52$), mostrando uma alta variabilidade entre os julgamentos, resultante do baixo valor do coeficiente de correlação.

Tabela 3. Expoente, constante escalar e coeficiente de determinação das funções de potência entre as estimativas de magnitude e emparelhamento de comprimento de linhas (n=52)

Participantes	K	*n	r ²	Participantes	K	*n	r ²
17	33,09	0,32	0,07	22	11,23	0,67	0,54
1	17,49	0,44	0,08	2	7,63	0,64	0,55
3	99,84	0,12	0,11	5	0,23	1,49	0,56
21	19,38	0,45	0,11	9	1,44	0,91	0,56
24	27,69	0,38	0,13	41	2,45	0,78	0,59
16	16,51	0,40	0,13	23	4,64	0,83	0,60
10	18,68	0,35	0,20	7	1,54	0,86	0,62
11	29,74	0,53	0,20	37	7,53	0,58	0,67
14	9,65	0,51	0,21	35	1,86	0,85	0,70
20	24,14	0,39	0,25	48	3,43	0,75	0,71
50	16,57	0,44	0,25	47	3,19	0,77	0,72
25	5,78	0,63	0,26	29	3,88	0,83	0,72
15	16,66	0,44	0,29	13	4,69	0,76	0,73
30	5,89	0,63	0,30	34	13,51	0,38	0,74
8	9,88	0,51	0,32	12	2,78	0,77	0,74
18	7,43	0,59	0,33	39	2,33	0,81	0,75
27	16,51	0,55	0,38	31	3,19	0,85	0,76
46	13,03	0,51	0,39	43	3,20	0,78	0,76
42	6,47	0,57	0,40	44	2,44	0,86	0,77
51	2,82	0,79	0,40	49	0,44	1,12	0,78
28	0,96	0,94	0,43	4	1,78	0,87	0,79
19	3,19	0,73	0,44	36	2,40	0,85	0,79
6	2,19	0,82	0,45	45	3,30	0,79	0,81
38	31,52	0,56	0,47	33	0,44	1,07	0,83
32	9,47	0,63	0,48	52	0,40	1,18	0,83
26	4,30	0,74	0,50	40	0,81	1,01	0,89
PARÂMETROS	MEDIA	DP	MEDIANA				
K	10,38	15,37	4,67				
*n	0,69	0,25	0,74				
r ²	0,50	0,24	0,52				

*n=expoente; K=constante escalar; r²= coeficiente de determinação; DP Desvio padrão

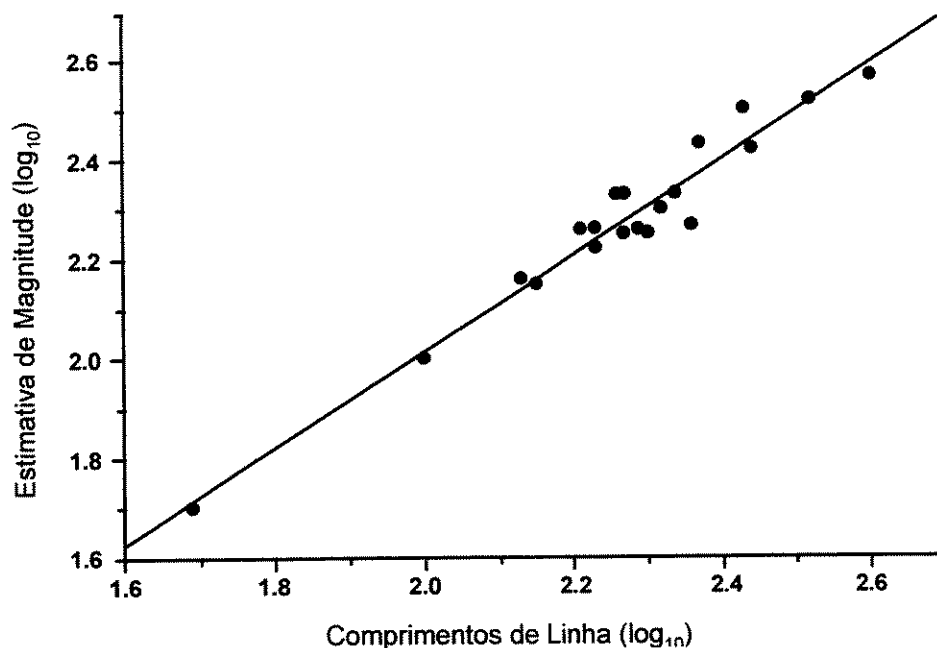
Para a análise dos dados, considerou-se todos os familiares que participaram do estudo (n=52), inclusive aqueles que obtiveram coeficientes de determinação abaixo de 0,60, pois o teste estatístico indicou alta correlação entre os métodos psicofísicos de EM e ECL com a participação de todos no estudo.

De acordo com a literatura, há estudos, como os de FALEIROS SOUSA E SILVA (1999); GUIRARDELLO E FALEIROS SOUSA (2000), que consideraram para a análise apenas os participantes com coeficiente de determinação acima de 0,60 com a justificativa que aqueles com coeficiente inferior a 0,60 podem não ter compreendido o modo de realizar o julgamento de proporção.

Em seguida, para se certificar que o baixo coeficiente de determinação obtido pelos participantes poderia estar relacionado ao nível de escolaridade, dividiu-se a amostra entre participantes com coeficientes de determinação abaixo de 0,60 ($n=31$) e igual ou maior a 0,60 ($n=21$), comparando-se esses grupos com o fator nível de escolaridade. Através do teste exato de Fisher ($p=0,035$), verifica-se que quanto menor o nível de escolaridade, maior a dificuldade em realizar o julgamento de proporção, pois um grande número de participantes com 1º grau (73,3%) obteve o índice de correlação abaixo de 0,60, enquanto um número bem menor de participantes com 3º grau (25%) obteve índice de correlação abaixo de 0,60. O que permite sugerir que o nível de escolaridade é um fator que pode interferir na habilidade dos participantes em realizar o julgamento de proporção.

Este é um fator também considerado por GRACELY; MCGRATH; DUBNER (1978), que ao escalonar os descritores sensoriais, verbais e afetivos da dor, destacaram que apesar das elevadas correlações entre as escalas de estimação de magnitude, nem todos os participantes conseguiram realizar o julgamento em nível de razão, satisfatoriamente. Desse modo, concluíram que o nível de escolaridade pode ter influenciado diretamente sobre o significado dos descritores.

Para verificar a estabilidade da escala de razão com duas modalidades de respostas, uma verbal (EM) e outra visual (ECL), as médias geométricas das EM e ECL foram projetadas em coordenadas logarítmicas (Figura 3). Uma linha reta com uma inclinação ascendente, cujo expoente da função de potência foi de 0,97 (Tabela 2) foi ajustada a esses dados pelo método dos quadrados mínimos, com um coeficiente de determinação de $r^2=0,95$ (Figura 3).



$r=0,97$; ($p<0,0001$); $r^2=0,95$; $n^*=0,97$; $K=1,20$

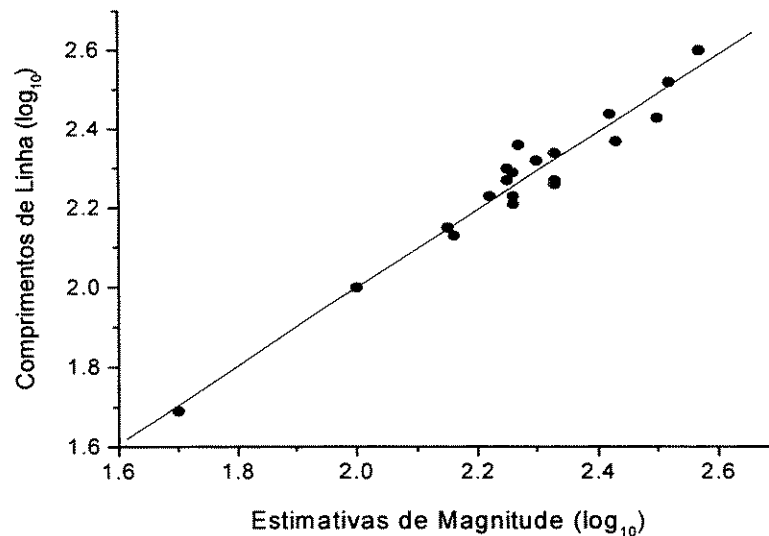
Figura 3. Relação entre os logarítmos das médias geométricas das estimativas de magnitude e dos logarítmos das médias geométricas das estimativas de emparelhamentos de comprimento de linhas ($n=52$).

Entretanto, como o participante tende a restringir a amplitude de seus ajustamentos em função da variável que ele controla, essas medidas em coordenadas invertidas encontram-se projetadas na Figura 4, ou seja, as médias geométricas do emparelhamento de linhas foram projetadas em coordenadas

logarítmicas, em função das correspondentes médias geométricas das estimativas de magnitude para cada necessidade. A inclinação da linha reta em coordenadas invertidas foi 0,98 ajustado esse dado pelo método dos quadrados mínimos obtendo um coeficiente de determinação de $r^2=0,95$.

Esse efeito de regressão foi analisado por STEVENS (1961), em que a comprovação da equivalência entre o expoente empírico e o predito numa tarefa de calibração, envolvendo diretamente duas modalidades de respostas, constitui-se em forte evidência da validade do método de estimação de magnitudes e, por consequência, da função de potência.

O coeficiente de correlação linear de Pearson (r) é um parâmetro que expressa tanto a força quanto o sentido de uma correlação entre as variáveis, refletindo a extensão com que cada sujeito conseguiu obter a mesma pontuação em duas variáveis. A diferença entre essas correlações pode ser visualizada por meio de um diagrama de dispersão, que é um gráfico capaz de mostrar como os dados se distribuem, em forma de pontos, ao redor de uma reta imaginária (LEVIN, 1987; FILHO, 1999).



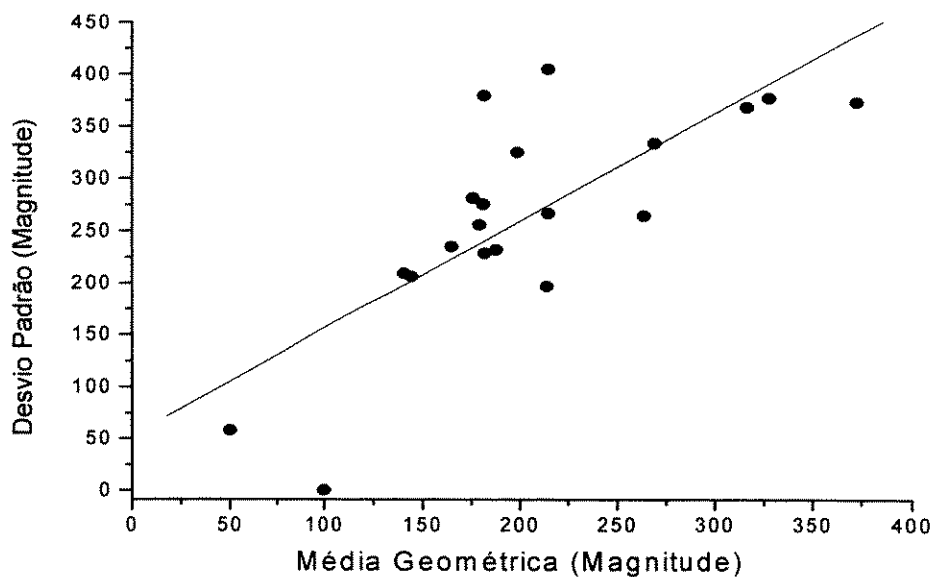
$r = 0,97$; ($p < 0,0001$); $r^2 = 0,95$; $n^* = 0,98$; $K = 1,08$

Figura 4. Relação entre os logarítmos das médias geométricas dos emparelhamentos de comprimentos de linhas e logarítmos das médias geométricas das estimativas de magnitude.

De acordo com as figuras 3 e 4, pode-se observar que os valores médios entre as estimativas de magnitude e as estimativas de comprimento de linhas, quando projetadas no gráfico crescem numa mesma proporção, para ambos os métodos, apesar das retas possuírem uma pequena diferença de inclinação através da constante escalar (K).

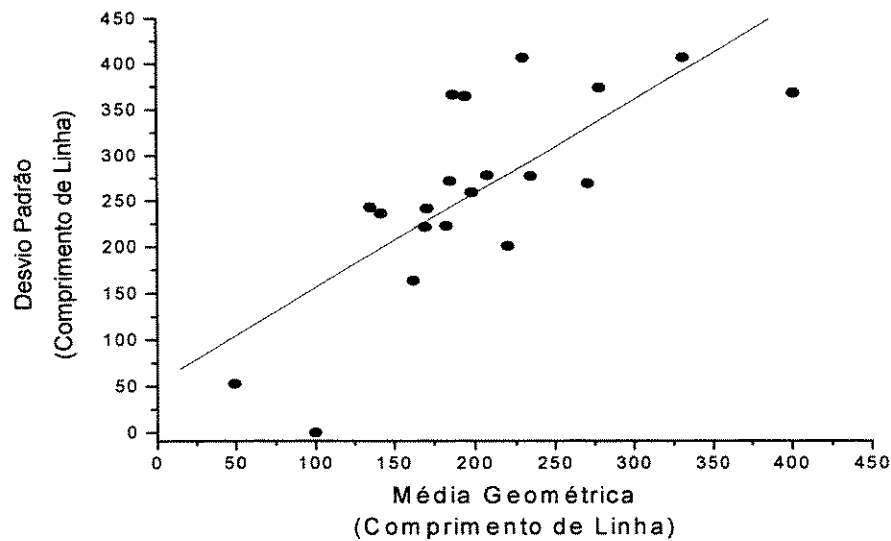
Essa sutil inclinação da reta (figura 4), pode ter sido influenciada pelo julgamento mais intenso dos participantes para as necessidades mensuradas no método psicofísico de emparelhamento de comprimento de linhas. Diferença que pode ser destacada através de estimativas médias mais elevadas obtidas no método psicofísicos de ECL, quando comparadas ao método de estimação de magnitude (Tabela 2).

Para verificar se a variabilidade das estimativas de magnitude e emparelhamento de comprimento de linhas é uma função linear das médias geométricas dessas estimativas, os desvios-padrão da média geométrica foram projetados em função das estimativas dessas duas variáveis (Figuras 5 e 6).



$r=0,76$; ($p<0,0001$); $r^2=0,57$

Figura 5. Relação entre o desvio-padrão das estimativas de magnitude e as médias geométricas das estimativas de magnitude (n=52).



$r=0,74$; ($p=0,0001$); $r^2=0,55$

Figura 6. Relação entre o desvio padrão da média geométrica dos emparelhamentos de comprimentos de linhas e as médias geométricas dos emparelhamentos dos comprimentos de linhas

De acordo com as Figuras 5 e 6, pode-se observar que a relação entre o desvio padrão das médias geométricas dos comprimentos de linhas e das estimativas de magnitude com suas respectivas médias geométricas, possuem uma relação linear, de maneira que quanto maior a estimativa de magnitude e emparelhamento de comprimento de linhas, maior é o desvio padrão. Isto mostra que a variabilidade dessas estimativas é uma função linear das mesmas. A representação gráfica das Figuras 5 e 6 segue a Lei de Ekman, em que a variabilidade das estimativas é uma função linear da magnitude das estimativas (STEVENS, 1966, 1975). Esses dados confirmam a validação da escala em nível de razão.

CONCLUSÕES

7

Este estudo possibilitou mensurar em nível de razão, as necessidades de familiares de pacientes atendidos em uma Unidade de Terapia Intensiva. Os resultados obtidos permitiram as seguintes conclusões:

- Os familiares dos pacientes julgaram alto grau de importância para a maioria das necessidades apresentadas. Houve uma concordância significativa no julgamento dos participantes, com um coeficiente de correlação de Pearson de 0,97($p < 0,0001$) para ambos os métodos psicofísicos de EM e ECL.
- As necessidades julgadas com maior grau de importância pelos familiares foram: *sentir que o pessoal do hospital (UTI) se interessa pelo paciente; estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao mesmo; sentir que há esperança de melhora; saber que tratamento médico está sendo dado e ter perguntas respondidas com franqueza.*
- A ordenação de postos para as diferentes necessidades foram similares em ambos os métodos psicofísicos de EM e ECL. Porém, a sua utilização possibilita estabelecer não somente a ordenação de postos, como também o quanto quantitativamente uma necessidade foi julgada por requerer maior ou menor grau de importância do que outra.
- As necessidades *sentir que o pessoal do hospital (UTI) se interessa pelo paciente*, foi julgada como sendo 1,7 vezes maior do que as necessidades *saber porque determinados tratamentos foram realizados ao paciente e conversar sobre a possibilidade de morte do paciente*, e

duas vezes maior do que a necessidade de *saber quem pode dar informações que eu necessito*, e ainda 7,4 vezes maior do que *ter uma boa lanchonete no hospital*.

- A relação entre as estimativas de magnitude e de emparelhamento de comprimento de linhas é regida por uma função de potência e a escala de necessidades de familiares é válida, estável e consistente, com um expoente ($n=0,97$) no método de EM e ($n=0,98$) no método de ECL, sendo esses expoentes próximos de 1,0 como predito nos experimentos de STEVENS (1975).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8

Os familiares de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva podem vivenciar necessidades importantes durante a internação do seu parente. Essas necessidades quando não atendidas podem alterar a complexa relação familiar, afetando a saúde de todos os membros ou até romper com estruturas familiares muito organizadas.

O enfermeiro está em uma posição singular para identificar essas necessidades, de maneira a implementar uma assistência com qualidade, entendendo-se que a assistência ao paciente na UTI deve estender-se também para o familiar do paciente. Alguns autores como BEDSWORTH E MOLEN, (1982), LESKE, (1986), TITLER;COHEN;CRAFT, (1991) enfatizam que o enfermeiro deve estar atento e sensível para detectar as necessidades dos familiares no momento de crise.

Segundo TITLER; COHEN; CRAFT (1991) uma maneira de melhorar a qualidade de assistência ao familiar na UTI será reavaliar estratégias de comunicação que possibilite minimizar experiências negativas e traumas decorrentes da hospitalização, destacando ainda, que os familiares apresentam sentimentos de vulnerabilidade, incerteza, intensa emoção e doenças físicas durante a hospitalização de seu parente na UTI.

De acordo com BOURNES E MITCHELL (2002) aguardar por notícias de um membro da família hospitalizado numa UTI, requer ao familiar estar atento aos acontecimentos que envolvem o seu parente como também experienciar momentos de turbulência e ambigüidades resultantes dessa espera.

Os estudos abordados anteriormente, corroboram com este estudo, abordando os difíceis momentos vivenciados pelos familiares devido a internação

de um parente na UTI. Desse modo, é importante destacar alguns dos sentimentos manifestados pelos familiares durante a coleta de dados, como: choro; lamentações; preocupações; momentos de desatenção; sentimentos de tristeza e a necessidade de comentar sobre o significado de cada necessidade. Embora este estudo não tenha o propósito relatar os sentimentos apresentados pelos familiares, é importante destacar a percepção de que os familiares podem ter apresentado dificuldades para realizar os julgamentos solicitados, por estarem vivenciando momentos de internação inesperada de um parente na UTI.

Os achados deste estudo, nos permite compreender quais as necessidades dos familiares que requerem maior ou menor grau de importância durante o momento de internação na UTI, tendo implicações importantes para a prática do enfermeiro em relação ao melhor gerenciamento da assistência aos pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9

BEDSWORTH, J.A.; MOLEN, M. T. Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. **Heart & Lung**, v.11, n.5, 1982.

BOURNES, D.; MITCHELL, G. J. Waiting: The experience of persons in a critical care waiting room. **Res Nurs & Health**, v.25, p.58-67, 2002.

CASTRO, D. S. **Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio - encefálico em terapia intensiva**. Rio de Janeiro, 1999. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro,

CONOVER, W. J. Practical nonparametric statistics. New York: John Wiley & Sons, 1971.

CONTANDRIOPOULOS, A. P; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L; DENIS, J. L; BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa**. 3. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco, 1999.

DALEY, L . K. The perceived immediate needs of families with relatives in the Intensive care setting. **Heart & Lung**, v.13, n.3, p.231-237, 1984.

DAVIS-MARTIN, S. Perceived needs of families of long-term critical care patients: a brief report. **Heart & Lung**, v.23, n.6, p. 515-518, 1999.

ENGELMANN, A. A lei de potência de Stevens: um caso de constância perceptiva?. **J Bras Psicol**, v.3, p.19-48, 1966

FALEIROS SOUSA, F. A. E. ; SILVA, J. A. da. **Psicofísica do prestígio social: Comparação entre estimação de magnitude e de comparação aos pares.** **Arq Bras de Psicologia**, v.48, p.69-79,1996.

FALEIROS SOUSA, F. A. E. ; SILVA, J. A. da. Validação da escala de razão de prestígio profissional do enfermeiro através do método de emparelhamento intermodal. **Rev Latino Am Enf**, v.7, n.1, p.27-37, 1999.

FIELD, M. A.; HINSHAW, A. S. **Magnitude Stimation:** A method for measuring subjective phenomena. **Commun Nurs Res**, v.9, p.363-371,1977.

FILHO, U. D. **Introdução à Bioestatística:** Para simples mortais. 2ª edição, São Paulo: Negócio Editora, 1999.

FORRESTER, D. A; MURPHY, P. A; PRICE, D. M; MONAGHAN, J. F. Critical care family needs: nurse-family member confederate pairs. **Heart & Lung**, v.19, n.6, p. 655-661, 1990.

GESCHEIDER, G. A. Psychophysical scaling. **Ann Rev Psychol**, n.39, p. 169-200,1988.

GRACELY, R. H.; MCGRATH, P.; DUBNER, R. Ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors. **Pain**, v.5, p.5-18,1978.

GUIRARDELLO, E. de B. **Factors in critical care and medical surgical environments that increase the requirements for direct attention.** Madison (WI), 1993, Dissertation. School of Nursing, University of Wisconsin, United States.

GUIRARDELLO, E. B; FALEIROS SOUSA, F. A E. Mensuração da atenção dirigida do enfermeiro: comparação entre três métodos psicofísicos. **Rev Latino Am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n.3, p.108-114, 2000.

HAMBLIN, R. L. **Social attitudes**: magnitude measurement and theory. In: BLALOCK, T. **Measurement in the social sciences**: Theories and strategies. Aldine Publishing Company, Chicago, 1974.

HINSHAW, A. S. **Role attitudes**: a measurement problem. In: HARDY, M. E; CONWAY, M. E. **Role theory perspectives for health professionals**. Michigan Appleton Century-Crofts, p. 273-304, 1978.

KAMIZAKI, R; FALEIROS SOUSA, F. A. E.; SANT'ANA, R. P. M.; SILVA, J. A. da. Estimação de magnitude da gravidade de quadros clínicos: Um enfoque da Psicofísica clínica. **Rev Latino-am Enf**, Ribeirão Preto, v.7, n.2, p.55-62, 1999.

KINNEY, M; GUZZETTA, C. E. Identifying critical defining characteristics of nursing diagnoses using magnitude estimation scaling. **Res Nurs Health**, v.12, n.4, p.373-380, 1989.

LESKE, J. S. Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. **Heart & Lung**, v.15, n.2, p.189-193, 1986.

LEVIN, J. **Estatística Aplicada a Ciências Humanas**. 2ª edição, São Paulo: Harbra Ltda, 1987, trad. Sergio Francisco Costa.

LOBIONDO-WOOD, G. & HABER, J. **Nursing Research: Methods critical appraisal and utilization**. 4. ed. St Louis: Mosby-Year Book; 1998.

LODGE, M. **Magnitude scaling**: quantitative measurement of opinions. Beverly Hills, CA: Sage, p. 87, 1981.

LYNN-MCHALE, D. J; BELLINGER, A. Need satisfaction levels of family members of critical care patients and accuracy of nurses' perceptions. **Heart & Lung**, v.17, n.4, p.447-453, 1988.

MATHIS, M. Personal needs of family members of critically ill patients with and without acute brain injury. **J Neurosurg Nurs**, v.16, n.1, p.36-44, 1984.

MOLTER, N. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. **Heart & Lung**, v.3, n.2, p.332-339, 1979.

NEABEL, B; FOTHERGILL-BOURRBONNAIS, F; DUNNING, J. Family assessment tools: A review of the literature from 1978-1997. **Heart & Lung**, v.29, n.3, p.196-209, 2000.

NIELD, M.; KIM, M. J. The reliability of magnitude estimation for dyspnea measurement. **Nurs Res**, v.40, n.1, p. 17-19, 1991.

NORHEIM, C.M. Family needs of patients having coronary artery bypass graft surgery during the intraoperative period. **Nurs Res**, v.18, p.622-626, 1989.

O' NEILL NORRIS, L; GROVE, S. K. Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients. **Heart & Lung**, v.15, n.2, p.194-199, 1986.

PEREIRA, L. V. **Estimação de Magnitude da linguagem da dor pós operatória.** Ribeirão Preto, 2001. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. Ed., Porto Alegre, Artes Médicas, p.172-175, 225-226, 1995.

PRICE, D. M; FORRESTER, D. A; MURPHY, P. A; MONAGHAN, J. F. Critical care family needs in an urban teaching medical center. **Heart & Lung**, v.20, n.2, p183-188,1991.

RODGERS,C.D. Needs of relative of cardiac surgery patients during the critical care phase. **Focus on Critical Care**, v.10,p.50-55, 1983

SCHEEP, K. G. Factors influencing the coping effort of mothers of hospitalized children. **Nurs Res**, v.40, n.1,p.42-46, 1991.

SENNOTT-MILLER, L.; MILLER, J. L. L. Difficulty: A neglected factor in health promotion. **Nurs Res**, v.36, n.1, p.268-272,1987.

SENNOTT-MILLER, I; MONAGHAN C; HINSHAW, A. S. Magnitude Estimation: Issues and practical application. **West J Nurs Res** , v.10, n.4, p.414-424, 1988.

SILVA, J. A. da. **Processos psifofisiológicos subjacentes à função de potência:** Uma crítica à psicofísica de Stevens. **Arq Bras Psicol**, v.38, n.4, p.3-21, 1985.

STEVENS, S. S.; GALANTER, E. H. Ratio scales and category scales for a dozen perceptual continua. **Journal Exp Psych**, v.54, n.6, 377-411, 1957.

STEVENS, S. S. To honor Fechner and real his law. **Science**, v.133, p. 80-86, 1961.

STEVENS, S. S. A metric for the social consensus. **Science**, v.151, p.530-541, 1966.

STEVENS, S. S. Issues in psychophysical measurement. **Psychol Rev**, v.78, n.5, p.426-450, 1971.

STEVENS, S. S. **Psychophysics**: Introduction to its perceptual, neural and social prospects. New York, John Wiley, cap.2, p.37-60, cap.3 p.63-95, 1975.

STIWELL, S. B. Importance of visiting needs as perceived by family members of patients in the intensive care unit. **Heart & Lung**, v.13, n.3, p.238-242, 1984.

TAYLOR, C.M. **Manual de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1992.

TITLER, M.G.; COHEN, M.Z.; CRAFT, M.J. Impact of adult critical care hospitalization: Perceptions of patients, spouses, children, and nurses. **Heart & LUNG**, v.20, n.2, p.174-182, 1991.

ANEXOS

10

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Sr(a).

Em anexo, apresentamos 20 itens que correspondem às necessidades que podem ser vivenciadas por familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. Os itens foram extraídos de um instrumento “Inventário de necessidades e estressores de familiares em terapia intensiva” (INEFETI), validado para a cultura brasileira por Castro (1999).

O presente estudo tem como objetivo mensurar o grau de necessidade dos familiares de pacientes internados na UTI. Esclarecemos que, para cada item ou necessidade listada, apresentamos sua definição logo abaixo, para que possamos obter seu entendimento referente à cada situação ou necessidade. Com isso, esperamos que os familiares tenham uma compreensão clara do significado das necessidades que podem ser vivenciadas por eles.

Solicitamos a colaboração quanto sua opinião referente à cada definição apresentada para as diferentes necessidades. Sua tarefa consiste em analisar as situações quanto à:

1. Clareza dos itens;
2. Facilidade de leitura e
3. Compreensão do conteúdo.

Por favor, ao ler as definições apresentadas, é importante que concorde ou não com as situações, como também apresente as sugestões que você julgar necessárias.

Obrigada pela participação
Fernanda Helena Morgon

NECESSIDADES VIVENCIADAS POR FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI

1) Sentir que o pessoal do hospital (UTI) se interessa pelo paciente:

Quando eu percebo que a enfermeira, médico ou outro profissional de saúde demonstram carinho e cuidado no atendimento prestado ao meu familiar

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

2) Ver o paciente freqüentemente:

Quando eu tenho a oportunidade de estar com o meu familiar na UTI sempre que sentir necessidade.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

3) Ser avisado em casa sobre mudanças no estado do paciente:

Quando recebo informações na minha casa ou no meu trabalho, sobre alterações ou mudanças nas condições de saúde do meu familiar.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

4) Saber quem pode dar informação que eu necessito:

Quando sou orientada sobre quem são as pessoas responsáveis para dar informações sobre a situação do meu familiar.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

5) Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente:

Quando sou esclarecido sobre o tipo de tratamento que está sendo dado ao meu familiar visando a melhora de suas condições de saúde

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

6) Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita:

Quando sou recepcionado por uma enfermeira e um médico durante o meu primeiro contato na UTI, recebo orientações sobre as normas de atendimento da unidade

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

7) Ter uma boa lanchonete no hospital:

Quando há um local apropriado no hospital para fazer uma boa refeição ou lanche.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

8) Sentir que há esperança de melhora do paciente:

Quando durante a visita, percebo que meu familiar apresentou melhora, sendo esta manifestada por ele próprio ou quando sou informado(a) pelo profissional de

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

9) Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros:

Quando tenho problemas financeiros, decorrente da internação de meu familiar, comunico a Enfermagem que me encaminha ao serviço social para orientações.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

10) Ter horário de visita modificado em casos especiais:

Quando tenho a oportunidade de visitar o meu familiar na UTI fora do horário de visita, conforme minha necessidade.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

11) Saber quais outros profissionais que podem me ajudar:

Quando sou orientado que além do enfermeiro e do médico, há outros profissionais que podem me auxiliar ou dar apoio.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

12) Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente:

Quando tenho a chance de falar com o enfermeiro ou médico sobre a possibilidade de morte de meu familiar.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

13) Saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente:

Quando recebo informações claras sobre os procedimentos realizados em benefício de meu familiar.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

14) Ser comunicado sobre possíveis transferências:

Quando sou comunicado(a) antecipadamente pelo enfermeiro ou médico sobre a possibilidade ou necessidade de transferir o meu familiar para outra unidade ou hospital.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

15) Estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente:

Quando me é assegurado pelo enfermeiro ou médico de que toda conduta possível está sendo realizada, para uma melhor recuperação de meu familiar naquele momento.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

16) Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone:

Quando desejo saber sobre o estado de saúde de meu familiar, telefono para a UTI e alguém me informa sobre a sua condição de saúde.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

17) Ser acompanhado por profissional amigo ou familiar durante a visita na UTI:

Quando durante a visita na UTI sou acompanhado por um amigo ou um profissional que eu confio, de forma que não me sinta sozinho e inseguro naquele momento.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

18) Conversar com a mesma enfermeira todos os dias:

Quando recebo informações todos os dias pela mesma enfermeira, o que me faz sentir seguro.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

19) Ter perguntas respondidas com franqueza:

Quando eu sinto que as perguntas feitas por mim, são respondidas com honestidade e sinceridade pelo profissional, de forma que eu não fique com dúvidas.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

20) Ter alguém que se preocupa com a minha saúde:

Quando o enfermeiro ou médico expressa preocupação com minha saúde, tentando tranquilizar-me enquanto meu familiar está na UTI.

☐ concordo ☐ discordo

Sugestões: _____

ESTIMAÇÃO DE MAGNITUDE

Nome: _____ Idade: _____

Grau de Parentesco: _____

Nível de escolaridade: _____

Prezado (a) Sr (a):

Estamos interessados em estudar como o familiar do paciente avalia a intensidade de suas necessidades, quando acontece de ter um parente internado na UTI, por motivo de uma situação de doença inesperada.

Necessidades: são entendidas como sendo aquelas situações ou eventos de caráter físico e emocional, que podem ser vivenciadas por familiares de pacientes com uma doença grave, internados na UTI de forma repentina e inesperada.

Este instrumento tomará aproximadamente 20 minutos de seu tempo e sua participação será muito importante para a realização do estudo, porém, se em algum momento desejar interrompê-lo, isso não interferirá no tratamento de seu familiar.

Sua tarefa consiste em assinalar um número a cada situação, que seja proporcional à intensidade da importância percebida por você, de forma que cada situação seja julgada na ordem em que for apresentada. Para a situação: “Ter horário de visita modificado em casos especiais”, foi dado um valor de 100 pontos.

Por exemplo, se você achar que determinada situação tenha sido duas vezes mais intensa do que a situação “Ter horário de visita modificado em casos especiais”, você deverá assinalar um número duas vezes maior, ou seja, 200 pontos. Se achar que uma determinada situação possui a metade, deverá marcar 50 pontos, e assim por diante.

Lembre-se, você deverá assinalar, para cada situação listada, um número que seja proporcional à intensidade de sua necessidade, sendo que, quanto maior a necessidade, maior o número esperado.

Obrigada pela participação

Fernanda Helena Morgon

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____ 100 _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____

EMPARELHAMENTO DE COMPRIMENTO DE LINHAS

Nome: _____ Idade: _____

Grau de parentesco: _____

Nível de escolaridade: _____

Prezado(a) Sr(a):

Estamos interessados em estudar como o familiar avalia a intensidade de suas necessidades quando ocorre de ter um parente internado na UTI, por motivo de uma situação de doença inesperada.

Necessidades: são entendidas como sendo aquelas situações ou eventos de caráter físico e emocional, que podem ser vivenciadas por familiares de pacientes com uma doença grave, internados na UTI de forma repentina e inesperada.

Este instrumento tomará aproximadamente 20 minutos de seu tempo e sua participação será muito importante para a realização do estudo, porém, se em algum momento desejar interrompê-lo, isso não interferirá no tratamento de seu familiar.

Sua tarefa consiste em assinalar um comprimento de linhas a cada situação que seja proporcional à intensidade da necessidade percebida por você, de forma que cada situação seja julgada na ordem em que for apresentada. Para a situação: "Ter horário de visita modificado em casos especiais", foi dado um

valor de 100 cm. Por exemplo, se você achar que determinada situação tenha sido duas vezes mais intensa que a situação “Ter horário de visita modificado em casos especiais”, você deverá assinalar um comprimento de linhas duas vezes maior, ou seja, 200 cm. Se achar que uma determinada situação possui a metade, deverá marcar 50 cm, e assim por diante.

Lembre-se, você deverá assinalar para cada situação listada, um comprimento de linhas que seja proporcional à intensidade de sua necessidade, sendo que, quanto maior a necessidade, maior o número esperado.

Obrigado pela participação

Fernanda Helena Morgon

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____ 100 _____

11. _____

12. _____

13. _____

14. _____

15. _____

16. _____

17. _____

18. _____

19. _____

20. _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Mensuração do grau de Necessidade percebida pelos Familiares de Pacientes numa Unidade de Terapia Intensiva.

Responsáveis pelo Projeto: Fernanda Helena Morgon
Edinêis de Brito Guirardello

Proposta para participação do familiar no projeto de pesquisa que será desenvolvido na unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI) HC-Unicamp. Os detalhes serão fornecidos a seguir.

1. Justificativa da pesquisa

Às vezes quando um parente sofre uma doença grave e inesperada e que necessita ser internado numa UTI, essa situação causa nos demais membros da família uma situação de crise, que muitas vezes, não são percebidas pelos enfermeiros. As primeiras 72 horas após a internação pode desencadear nos familiares algumas necessidades. Atualmente estas necessidades já foram estudadas e listadas.

Necessidades: são entendidas como sendo aquelas situações ou eventos de caráter físico e emocional, que podem ser vivenciadas por familiares de pacientes com uma doença grave, internados na UTI de forma repentina e inesperada.

Para este estudo, gostaríamos de verificar o quanto essas necessidades são importantes para você diante da internação de seu parente na UTI, para tentarmos encontrar soluções que futuramente venham ajudá-lo neste momento.

2. Objetivo da pesquisa

Este estudo tem como objetivo identificar as necessidades dos familiares de pacientes internados numa Unidade de Terapia Intensiva.

3. Procedimentos a que será submetido

Para que possamos identificar o grau das necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI, serão utilizados dois instrumentos:

Em um deles, sua tarefa será julgar o grau de importância para cada uma das situações apresentadas, pensando sempre em um valor numérico que deverá ser comparado com a situação: “Ter o horário de visitas modificado em casos especiais”, a qual foi dado o valor de 100 pontos.

No outro instrumento, sua tarefa será julgar o grau de importância para cada uma das situações apresentadas, pensando sempre em um comprimento de linhas, que deverá ser comparado com a situação: “ Ter o horário de visita modificado em casos especiais”, a qual foi dado um valor de 100 cm.

Os instrumentos deverão ser respondidos pelos familiares, após 72 horas de internação de seu parente na UTI e a duração para a entrevista é de aproximadamente 20 minutos para cada um dos instrumentos.

4. Aspectos éticos

Não haverá quaisquer riscos em sua participação neste estudo. Os resultados da pesquisa poderão apenas trazer informações importantes para que possamos futuramente melhorar o atendimento do familiar na UTI.

Todas as informações obtidas, serão sigilosas e confidenciais, sendo divulgadas apenas em eventos e publicações científicas, preservando sempre a sua identidade.

5. Outras informações

Não haverá compensação financeira ou custos decorrentes de sua participação no estudo, sendo a mesma de caráter absolutamente voluntário. Sua discordância em participar do estudo não acarretará nenhum prejuízo ao tratamento de seu parente, que continuará a ser realizado de acordo com as rotinas do serviço.

Você estará livre em desistir a qualquer momento, mesmo que inicialmente tenha concordado, sem que isso também prejudique o tratamento de seu parente. Poderá tirar todas as dúvidas, mesmo aquelas que apareçam durante o estudo, havendo compromisso do pesquisador em respondê-las.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu.....idade.....RG.....,
residente à rua.....

.....
Grau de parentesco....., concordo em participar do
presente estudo, após estar absolutamente esclarecido dos propósitos da
pesquisa, sendo a minha participação totalmente voluntária.

Campinas,.....de.....2002.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador:.....

Pesquisadora: Fernanda Helena Morgon

Fone: 37887771

Coren: 68.300



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

☒ Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP
☎ (0__19) 3788-8936
fax (0__19) 3788-8925
✉ cep@head.fcm.unicamp.br

CEP, 19/02/02
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 04/2002

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "MENSURAÇÃO DO GRAU DE NECESSIDADE PERCEBIDA PELOS FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Fernanda Helena Morgon

INSTITUIÇÃO: UTI/HC/UNICAMP.

APRESENTAÇÃO AO CEP: 03/01/2002

II - OBJETIVOS

Mensurar, em nível de razão, as necessidades de familiares de pacientes internados numa UTI.

III - SUMÁRIO

Participarão do estudo 40 familiares em situação de doença grave e inesperada, internados na UTI. Por meio de entrevista semi-estruturada, serão aplicados instrumentos para avaliar a estimação de magnitude e o emparelhamento de comprimento de linhas. A duração estimada da entrevista é de 20 minutos.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

A participação no estudo não acarretará qualquer risco para os familiares e para os pacientes. As informações obtidas poderão ajudar no atendimento aos familiares de pacientes internados na UTI.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

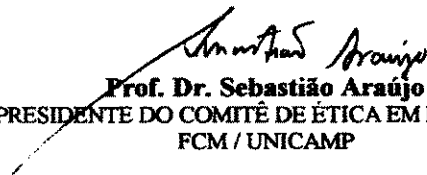
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

Atenção: Projetos de Grupo I serão encaminhados à CONEP e só poderão ser iniciados após Parecer aprovatório desta.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 19 de fevereiro de 2002.


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP