

INDIVÍDUOS FREQUENTADORES DE UTI EM UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DO BRASIL

INDIVIDUALS GOERS OF ICU IN A CITY INSIDE THE BRAZIL

LAS PERSONAS ASISTENTES DE LA UCI EN UNA CIUDAD DENTRO DEL BRASIL

Vagner Ferreira Nascimento¹

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa descritiva, utilizando abordagem quantitativa, realizada em um hospital público no interior do Brasil. A coleta dos dados concentrou-se no primeiro trimestre de 2012. Foi levantado as variáveis, sexo dos familiares, faixa etária, escolaridade, ocupação, renda salarial, religião, procedência, hospedagem no município, conhecimento do setor intensivo. Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva apresentando os achados em gráficos e tabelas, sendo organizados em números absolutos e percentuais. Ao término do estudo, verificou-se que os indivíduos com maior representatividade no ambiente intensivo, são mulheres, com idade variando entre 41 e 50 anos, de crença protestante, se declarando donas de casa, com ensino médio, renda mensal familiar de dois salários mínimos, desconhecendo esse ambiente hospitalar e proveniente do próprio estado e município. Algumas variáveis importantes deixaram de ser analisadas por não constarem no livro de visitantes. Sugerindo assim, pesquisas futuras incluindo além de investigação documental, a entrevista.

DESCRITORES: Unidade de Terapia Intensiva, Gerenciamento, Família.

ABSTRACT: This is a descriptive study, using a quantitative approach, performed in a public hospital in the interior of Brazil. Data collection was concentrated in the first quarter of 2012. He was raised variables, sex of family members, age, education, occupation, salary income, religion, origin, lodging in the city, industry knowledge intensive. For data analysis we used descriptive statistics presenting the findings in graphs and tables, being organized in absolute numbers and percentages. At the end of the study, it was found that individuals with

¹ Enfermeiro pela Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT. Especialista em Saúde da Família, Enfermagem do Trabalho, Urgência e Emergência. Mestre em Terapia Intensiva. Coordenador de USF no município de Barra do Garças - MT. Professor dos Cursos Téc. em Enfermagem e Téc. em Nutrição e Dietética do SENAC MT. Enfermeiro do Trabalho da Empresa A. F. Santos - Cimento. Membro dos grupos de pesquisa NESPROM - UnB, GEPEPES - UNICAMP e Informática em Saúde - UFMT. E-mail: vagnerschon@hotmail.com

higher representation in environment-intensive, are women, aged between 41 and 50 years of Protestant belief, declaring themselves housewives with school, family monthly income from two salaries minimum, knowing that the hospital itself and from the state and county. Some important variables are no longer assessed by do not appear in the guestbook. This suggests a future research beyond including desk research, interviews.

DESCRIPTORS: Intensive Care Unit, Management, Family.

RESUMEN: Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo, realizado en un hospital público del interior de Brasil. La recolección de datos se concentró en el primer trimestre de 2012. Fue criado variables, el sexo de los miembros de la familia, edad, educación, ocupación, ingresos por salario, la religión, el origen, el alojamiento en la ciudad, conocimiento de la industria intensiva. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva presentan los resultados en gráficos y tablas, organizado en números absolutos y porcentajes. Al final del estudio, se encontró que los individuos con mayor representación en el entorno de uso intensivo, son mujeres, con edades comprendidas entre los 41 y 50 años de creencia protestante, declarándose amas de casa con ingresos familiares escuela, mensual de dos salarios mínimo, a sabiendas de que el hospital sí mismo y del estado y del condado. Algunas variables importantes ya no se evalúa, no aparecen en el libro de visitas. Esto sugiere un futuro más allá de la investigación, incluida la investigación documental, entrevistas.

DESCRIPTORES: Unidad de Cuidados Intensivos, Administración, Familia.

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente culturalmente carregado de significados míticos negativos relacionados à morte e/ou a incapacidades permanentes. Possuir um membro da família internado nessa unidade costuma ser diretamente relacionado à possibilidade real de perdê-lo, representando forte ameaça à integridade e à segurança do grupo familiar⁽¹⁾.

As UTI sempre foram percebidas pela população leiga e mesmo por alguns profissionais de saúde de outras especialidades como lugares de muito sofrimento, frios e pouco acolhedores. A filosofia da humanização das UTI representou um grande avanço para a mudança desta percepção. Entretanto, este processo de “humanização” ainda é bastante

tímido, pois a estrutura física e organizacional da maioria das UTI ainda prioriza a conveniência dos profissionais de saúde, deixando as prioridades de pacientes e seus familiares em segundo plano. Poucas são as UTI que dispõem de boxes individualizados, locais reservados para a comunicação com familiares e políticas de flexibilização do acesso ou mesmo de acesso livre aos familiares de pacientes⁽²⁾.

Compreendemos que a família, por si mesma, ao deparar-se com esse ambiente estranho e com o aparato tecnológico, não tem meios mais efetivos para convencer-se de que seu ente querido pode se recuperar. Assim, vai em busca daquele que, ao manipular, de certo modo, a vida de seu paciente, pode prestar-lhe esclarecimento: o profissional da saúde⁽³⁾.

Nesta perspectiva, os profissionais devem se doar na busca da construção de vínculos fortes com o familiar, se comprometendo e se responsabilizando por ações que visam a melhoria do cuidado⁽⁴⁾.

A melhor forma de estar trabalhando a família nos serviços de saúde, em especial na UTI, é a reformulação de estratégias de acolhimento e humanização, em que a equipe interdisciplinar por meio de atividades didáticas poderá contemplar as necessidades do cidadão, enquanto usuário do serviço⁽⁵⁾.

Na hospitalização, como forma de apoio, preocupação e gesto de solidariedade, surge os momentos de visita. Muitas vezes, essas visitas pro familiar se torna momento de surpresa e tensão, por não estarem inseridos naquela realidade e não serem esclarecidos de tal⁽⁶⁾.

Dessa forma, a comunicação torna-se ferramenta indispensável nesse trabalho, devendo ser feita de modo claro e com a utilização de termos que sejam compreensíveis pelos familiares, pois a utilização de expressões técnicas ou do uso do jargão médico pode impedir que o significado e a intenção de algumas assertivas não sejam assimilados adequadamente, o que pode gerar conflitos e sensações de “abandono” no cuidado do paciente e dos próprios familiares^(7,8).

A visita é uma extensão do paciente e cuidar dele também requer cuidar das pessoas queridas. De várias formas os visitantes sofrem muito das mesmas crises que os pacientes hospitalizados na UTI, frequentemente mostram-se ansiosos, temerosos e sentem-se muito desamparados em suas capacidades de contribuir e ajudar ao paciente⁽⁹⁾.

Os visitantes sofrem porque se separam do paciente, pela ansiedade em relação a doença e pelo que possa acontecer em virtude da pouca informação e contato (horário de visita limitado e pouca disponibilidade de conversar com a equipe que presta o atendimento)⁽¹⁰⁾.

Pensamos que o cuidar em terapia intensiva, sem dúvida, exige conhecimentos técnico-científicos que deem conta de responder às alterações hemodinâmicas do paciente crítico. Entretanto, tais conhecimentos, isoladamente, não são suficientes para apreender o ser humano, em suas múltiplas facetas de existir; ao mesmo tempo, não são suficientes para um lidar mais efetivo com a família⁽³⁾.

Em virtude disso, a assistência de enfermagem deve atender às necessidades dos pacientes e familiares, ajudando-os a compreender, a aceitar e a enfrentar a doença, o tratamento e as consequências que essa nova situação impõe à vida familiar⁽¹¹⁾.

Situação, que merece maior atenção e esforço dos profissionais por refletir o nível de qualidade do cuidado realizado. E, a fim de facilitar a visão gerencial sobre esses indivíduos não profissionais que transitam no ambiente intensivo, e conseqüentemente melhorar a assistência ofertada a ambos usuários do serviço, seja enquanto cliente hospitalizado ou enquanto familiar visitante, pensou-se em desenvolver esse estudo, com o objetivo de conhecer o perfil de familiares visitantes numa UTI Adulto de um hospital no sudeste de Mato Grosso. De forma, a contribuir com a sistematização do processo de trabalho e adequar as normas e rotinas, conforme as especificidades⁽¹²⁾.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Nas pesquisas descritivas, o objetivo primordial é a descrição dos detalhes de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relação entre variáveis. Os estudos que podem ser classificados sob este título possui características significativa, por utilizarem técnicas padronizadas de coleta dos dados⁽¹³⁾.

A análise quantitativa se efetua com toda informação matemática resultante da investigação, que se apresentará como um conjunto de quadros, tabelas e medidas⁽¹³⁾.

O estudo foi realizado em um hospital municipal no sudeste de Mato Grosso, denominado Hospital Municipal Dr. Kleide Coelho de Lima, popularmente conhecido como Pronto Socorro Municipal – PSM, na Unidade de Terapia Intensiva – UTI adulto.

A equipe desse setor hospitalar é composta por 25 profissionais, sendo 12 técnicos de enfermagem, 04 enfermeiros, 02 fisioterapeutas, 01 nutricionista e 07 médicos.

A coleta dos dados ocorreu no período compreendido entre dezembro de 2011 e março de 2012, no Livro de Visitantes - LV da UTI, presente na recepção do hospital, pelo próprio pesquisador.

A unidade hospitalar não possui impresso específico para o Controle de Acesso às Dependências do Hospital – CAH, restringindo a coleta dos dados apenas ao LV.

O livro de visitantes é uma ferramenta gerencial voltada para o controle e organização do fluxo de pessoas no ambiente hospitalar. A entrega de crachás para visitantes e posterior liberação para entrada no setor, depende obrigatoriamente desse registro. Os profissionais que manuseiam e alimentam diariamente o livro, são auxiliares administrativos e vigias. Ficando sob responsabilidade do profissional auxiliar administrativo a guarda e a preservação desse instrumento de trabalho no setor adequado.

Para o uso das dependências da instituição de saúde tal qual o manuseio do LV, foi formalizado documento junto à Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Garças – MT solicitando o desenvolvimento do estudo, e somente após autorização iniciou-se a coleta dos dados.

Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva apresentando os achados em gráficos e tabelas, os quais foram organizados em números absolutos e percentuais.

Resultados

Analisando os dados, foi encontrado uma população de 123 visitantes durante os quatro meses de pesquisa. Ressalta que não foi incluso nesse quantitativo, aqueles visitantes que se apresentaram mais de uma vez para visitação, não havendo assim, a duplicidade de dados.



Gráfico 1: Sexo dos visitantes da UTI Adulto. Dezembro/2011 a Março de 2012. Barra do Garças – MT.

No Gráfico 1, ao investigar o sexo dos visitantes, encontrou-se 77% (n=95) de mulheres e 23% (n=28) de homens.

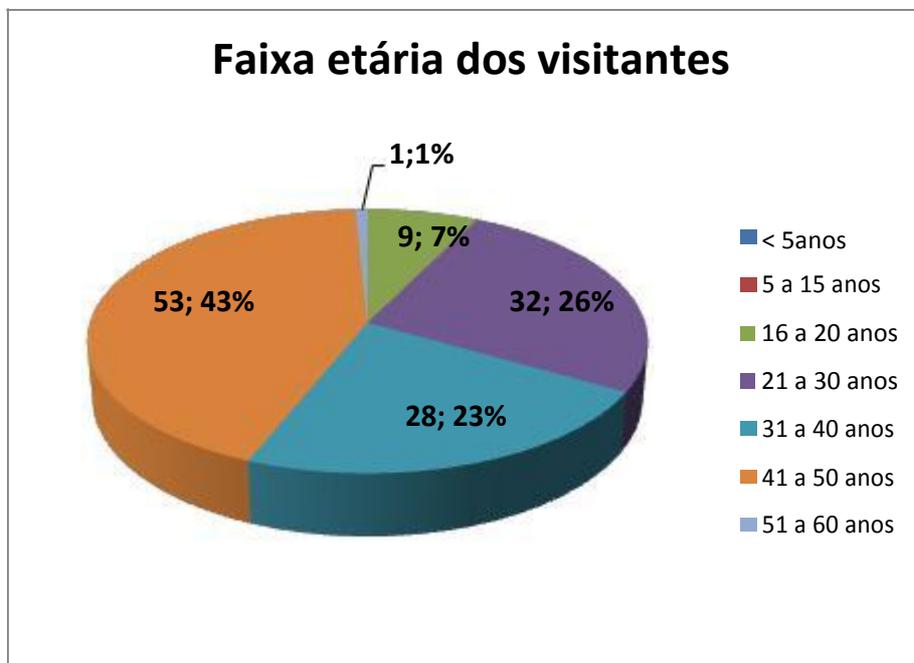


Gráfico 2: Faixa etária dos visitantes da UTI Adulto. Dezembro/2011 a Março de 2012. Barra do Garças – MT.

No Gráfico 2, observa-se que a faixa etária de menores de 5 anos a 15 anos não teve participação. Os visitantes com maior representatividade situaram-se nas faixas etárias de 31 a 40 anos com 23% (n=28); os de 21 a 30 anos com 26% (n=32) e os com 41 a 50 anos em maior volume com 43% (n=53).

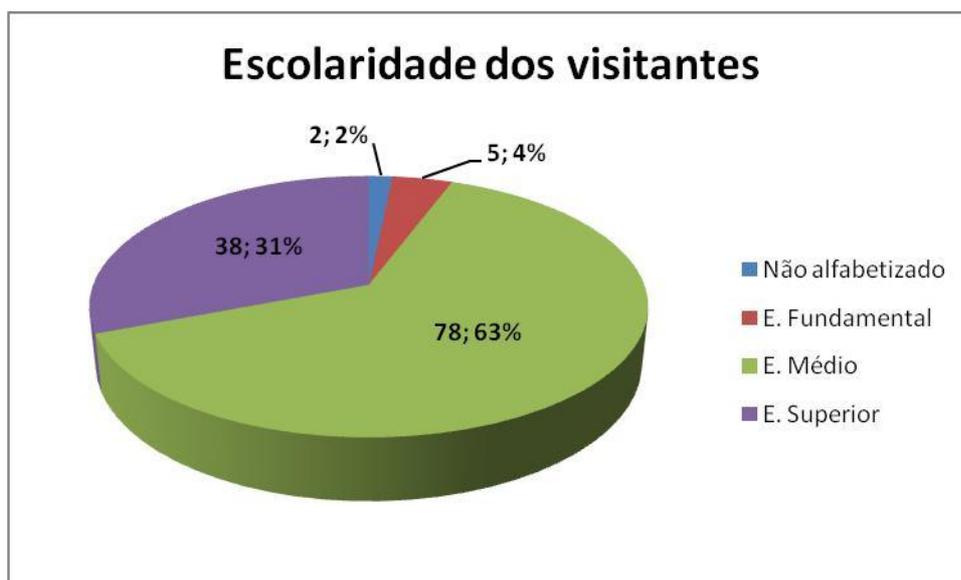


Gráfico 3: Escolaridade dos visitantes da UTI Adulto. Dezembro/2011 a Março de 2012. Barra do Garças – MT.

No Gráfico 3, apresenta-se a escolaridade dos visitantes, distribuídos em quatro níveis de estudo: não alfabetizado, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior. Desses níveis, o ensino médio correspondeu 63% (n=78), seguido do ensino superior com 31% (N=38) e com pouca representatividade o ensino fundamental e os não alfabetizados com 2% (N=2) e 4% (N=5), respectivamente.

Tabela 1 – Renda mensal e ocupação dos visitantes. Dezembro/2011 a Março de 2012. Barra do Garças – MT.						
Renda mensal		< 1 salario mínimo	1 salario mínimo	2 salários mínimos	> 2 salários mínimos	Total
Tipos de ocupação						
Do lar	F	-	07	24	06	37
	%	-	19	65	16	100
Autônomo	F	-	03	03	-	06
	%	-	50	50	-	100
Serviços de Transportes	F	-	-	-	08	08
	%	-	-	-	100	100
Serviços gerais	F	-	11	-	-	11
	%	-	100	-	-	100
Aux. Adm.	F	-	07	22	-	29
	%	-	24	76	-	100
Costureira	F	-	04	-	-	04
	%	-	100	-	-	100
Servidor público	F	-	-	07	05	12
	%	-	-	58	42	100
Aposentado/pensionista	F	-	03	01	02	06
	%	-	50	17	33	100
Desempreg.	F	-	10	-	-	10
	%	-	100	-	-	100
Total	F	-	45	57	21	123
	%	-	37	46	17	100

Na Tabela 1, percebe-se que não houve nenhum visitante que possuísse renda mensal inferior a 1(um) salário mínimo, mesmo na situação de desemprego. Em relação aos visitantes com renda mensal de 1(um) salário mínimo representou 37% (n=45), seguidos em ordem crescente os visitantes com renda igual a 2(dois) salários mínimos correspondendo à 46% (n=57). Os visitantes com rendimentos superior à 2(dois) salários mínimos constituiu 17% (n=21), principalmente aqueles com profissões ligadas aos serviços de transportes e funcionalismo público. Dentre as ocupações citadas pelos visitantes, Dona de Casa ou

simplesmente Do lar ocupou o primeiro lugar com 30% (n=37), acompanhado por Auxiliar Administrativo com 23% (n=29), sendo proporcional também à renda mensal.



Gráfico 4: Religião dos visitantes da UTI Adulto. Dezembro/2011 a Março de 2012. Barra do Garças – MT.

No Gráfico 4, quanto às práticas religiosas/espirituais dos visitantes, verificou-se que 43% (n=53) se tratava do segmento evangélico protestante, 37% (n=45) representava a comunidade católica, 12% (n=15) se declararam espíritas, 7% (n=9) de movimentos orientais e 1% (n=1) sem religião.



Gráfico 5: Conhecimento do setor intensivo pelos visitantes da UTI. Dezembro/2011 a Março de 2012. Barra do Garças – MT.

No Gráfico 5, sobre o conhecimento do setor intensivo, foi encontrado 94% (n=116) dos visitantes afirmando ser a primeira visita nesse tipo de ambiente. Os demais 6% (n=7) já possuíam vivência anterior em UTI.

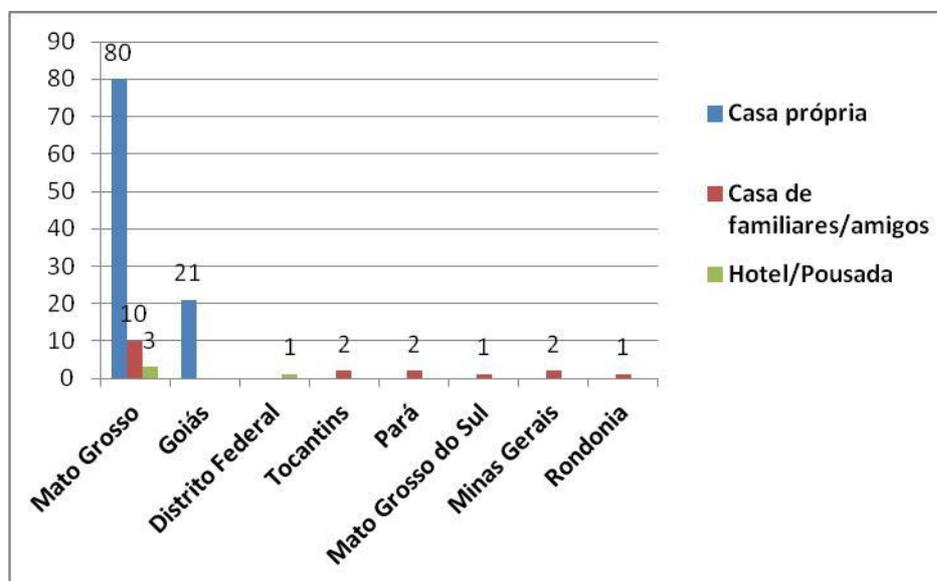


Gráfico 6: Procedência (estado) dos visitantes e serviço de hospedagem que utilizaram durante o tempo de internação. Dezembro/2011 a Março de 2012. Barra do Garças – MT.

No Gráfico 6, foi identificado 76% (n=93) dos visitantes como sendo do estado de Mato Grosso; 17% (n=21) de Goiás; 1% do Distrito Federal; 2% de Tocantins; 2% do Pará; 1% (n=1) de Mato Grosso do Sul; 2% (n=2) de Minas Gerais; 1% (n=1) de Rondônia. Sobre o serviço de hospedagem utilizados pelos visitantes, 82% (n=101) informaram utilizarem sua própria casa; 15% (n=18) usam as acomodações das casas de familiares/amigos; 2% (n=4) optam por serviços de hospedagem comercial.

Discussão

No estudo identificou-se que 77% dos visitantes tratava-se de indivíduos do sexo feminino, reafirmando resultados de outros estudos, no qual demonstraram as mulheres como as maiores visitantes de familiares no ambiente intensivo^(11,14,15,16,17).

A mulher acaba assumindo o compromisso com a saúde de sua família, principalmente em determinadas situações, por exemplo, quando mãe levando seus filhos para consultas, quando esposa cuidando do tratamento e possíveis internações de seu marido, quando filha auxiliando para levar conforto para os pais doentes ou internados⁽¹⁸⁾.

Questões culturais colaboram para esse cenário, como apresentado por Pavarini⁽¹⁹⁾ que argumenta que as visitas realizadas por homens são afetivamente menos intensa do que aquelas realizadas por mulheres mesmo na presença de pai ou mãe hospitalizados. E, que normalmente à escolha por pessoas do sexo masculino só recairá, quando o cuidado a ser prestado estiver relacionado às Atividades Instrumentais da Vida Diária, principalmente, atividades relacionadas às negociações, finanças e transportes.

Quanto ao fator faixa etária verificou-se que 43% dos visitantes possuíam de 41 a 50 anos, assim como levantado em outras pesquisas nacionais e internacionais. Por exemplo, na pesquisa de Teixeira⁽¹⁷⁾ junto a 90 familiares, encontrou uma média de 47 anos. Neves⁽¹⁵⁾ com 53 familiares revelou uma média de 44 anos. Lucchese⁽¹⁴⁾ trabalhando com 47 familiares constituíram uma média de 45 anos. Beuter⁽¹⁶⁾ investigando 23 familiares obteve uma média de idade de 42 anos. No estudo de Gomes⁽²⁰⁾ com 14 familiares identificou indivíduos com média de idade de 46 anos.

Percebeu-se que com o avançar da idade dos visitantes, após os 50 anos reduziu a zero a visitação, mostrando um comportamento inverso quando comparado a faixa etária dos internos do setor, que concentra-se em indivíduos acima de 50 anos, conforme estatísticas do próprio hospital.

Já, os visitantes/acompanhantes de outros setores hospitalares, como em clínicas pediátricas, a média de idade fixa-se entre 24 e 35 anos^(21,22).

Entre os quatro níveis de escolaridade levantados na pesquisa, 63% encontravam-se no ensino médio, assim como demonstrado em outras pesquisas^(23,14,20). Embora diferenciando do estudo desenvolvido em Salvador - BA, no qual apresentou 58,5% dos visitantes, como graduados ou cursando o ensino superior⁽¹⁵⁾; e do estudo realizado num hospital público na região sul do país, que mostrou 82,6% de familiares com ensino fundamental incompleto⁽¹⁶⁾.

Nos demais níveis de escolaridade observados nessa pesquisa, houve a similaridade de achados com investigações do mesmo cunho científico^(23,14,20).

Sobre a ocupação dos visitantes, 30% foram donas de casa, levando ao entendimento que essa função é dominante, como já revelado em outras pesquisas⁽²⁰⁾.

Em relação a renda mensal familiar, 37% relataram ter rendimentos de 1(um) salário mínimo e 46% de 2 salários mínimos. Esses resultados difere de outros dois documentos científicos, onde predomina 1(um) salário mínimo entre os visitantes entrevistados^(16,20).

Os modos de ser da família relacionam-se com o seu nível socioeconômico, como por exemplo, na fala de um enfermeiro que atua numa instituição pública, atendendo pacientes de “classe média e média baixa”, nas suas palavras, refere que a maioria dos clientes

expressam pouco ou quase nenhum interesse por seu familiar internado (muitos são andarilhos, alcoólatras, drogados ou problemas psiquiátricos) demonstrando frieza e desatenção no momento da visita⁽³⁾.

Em relação aos profissionais, os usuários de ala particular, manifestam-se de maneira mais agressiva, apesar de visivelmente terem padrão sócio-cultural melhor. Já os da ala pública, em sua maioria, reagem com mais segurança, confiança e menos hostilidade, aparentando até mesmo eterno agradecimento⁽³⁾.

Acredita-se que, sem dúvida, no contexto de saúde atual, exigir direitos é ainda restrito a pessoas socialmente privilegiadas. Aos pobres parece ainda prevalecer a idéia de que já ter acesso ao serviço é uma grande dádiva que não deve ser desprezada⁽³⁾.

No estudo, verificou-se que 99% dos visitantes possuíam alguma crença, refletindo de alguma forma na maneira de interagir-se no ambiente intensivo e diante das repercussões no estado de saúde de seu ente querido.

Sabe-se que as situações que antecedem e envolvem os processos de morte e morrer estão entre aquelas em que a espiritualidade e a necessidade de conforto espiritual são mais evidentes⁽²⁾.

Outros estudos, revelaram que na relação entre espiritualidade e tempo de internação, os pacientes e familiares religiosos permaneceram menos tempo internados, em relação aos não religiosos^(24,25).

A compreensão do aspecto religioso na UTI pode melhorar a comunicação e o relacionamento dos profissionais com os pacientes e seus familiares, já que esses indivíduos tratam a religiosidade como sendo seu ambiente seguro, de esperança, saúde e prosperidade⁽²⁶⁾.

Em estudo realizado por Wall⁽²⁷⁾, com familiares de pacientes em situação de terminalidade na UTI, o grau de satisfação com o cuidado geral dos pacientes foram altamente correlacionados à satisfação com o cuidado espiritual. Dentre os aspectos avaliados, a disponibilidade ou a presença de um religioso (do hospital ou trazido pelo familiar) durante a visita na UTI foi o principal fator apontado.

A habilidade de atender as necessidades espirituais e religiosas na UTI não significa a fusão das funções de um representante religioso com as de um médico. Na verdade, ela requer uma capacidade de reflexão e atenção dos nossos próprios valores, sentimentos e crenças sobre como nós nos esforçamos para encontrar algum significado para o sofrimento que presenciamos^{,(28)}.

A Afiliação religiosa pode apoiar o desenvolvimento de diretrizes para condução de práticas e cuidados intensivos. E, a adesão dos visitantes à essas práticas pode ser embalada principalmente se os profissionais compartilharem das mesmas crenças e participarem das mesmas redes sociais⁽²⁶⁾.

O achado de 94% dos visitantes que ainda não conheciam uma UTI, reforçou a necessidade da equipe em realizar atividades educativas junto a esses, de forma a orientá-los, propondo uma prévia socialização, momento para ampliar seus conhecimentos sobre esse setor e amenizar possíveis tensões sobre o novo.

Sobre a procedência dos visitantes, os 18% de clientes do estado de Goiás encontrados no estudo, deve-se a posição geográfica no qual a cidade de Barra do Garças - MT se encontra. O município é fronteira com o estado de Goiás, tendo como divisor apenas a ligação de duas pontes, o que favorece o acesso dessa clientela a instituição de saúde, mesmo sabendo que a referência desses clientes é Goiânia – Capital de Goiás-GO.

Acredita-se que foi encontrado 82% de visitantes utilizando a hospedagem de suas casas próprias por serem do próprio município ou de municípios vizinhos. Mesmo o município não dispondo de casas de apoio ou albergues para acolher visitantes de outras regiões, a demanda de visitantes de fora da cidade é pequena não comprometendo a permanência destes durante o período de internação de seu ente querido.

Uma das alternativas para evitar o desgaste do deslocamento e o investimento financeiro em hospedagem comercial dos visitantes seria a redefinição da cultura organizacional do hospital, em especial da UTI. Estabelecendo medidas para a permanência de acompanhantes no setor, como já vem sendo estudado por várias unidades intensivas do país^(28, 29,30).

Os parentes sentem falta de um espaço adequado para socializarem e descansarem, mais atualmente as UTI carencem dessas vantagens estruturais. Há necessidade de despertar os gestores para investimento maior no serviço de hotelaria hospitalar para beneficiar e promover o conforto desses familiares, já que esse aspecto é tratado com pouco interesse por muitos^(17,31). Com o objetivo principal, de aproximar a hospitalidade de sua casa às dependências desse local.

Conclusão

Os familiares por mais que se mostrem, figuras isoladas ou pouco envolvidas nas rotinas hospitalares, são pivôs de qualquer tratamento estabelecido para seus semelhantes.

Na internação hospitalar, a saúde do doente tem repercussões na vida de seu familiar, de tal maneira que a assistência oferecida ao doente deve estar de acordo com o esperado por esse familiar para satisfazer sua educação emocional - departamento psíquico ativado nesses momentos.

Sendo assim, tratar nosso cliente principal é incluir sua família também, tratando-a honestamente e dignamente, de maneira que nossas ações enquanto cuidadores, desfaça o rótulo de passividade comum de muitos acompanhantes e visitantes.

A UTI por ser, por definição um ambiente para tratamento intensivo, com fluxo restrito e controlado de pessoas, utiliza superficialmente as potencialidades dos familiares a favor de seus clientes, às vezes por não reconhecerem a família como instrumento terapêutico do tratamento intensivo. Com isso, negligenciando a saúde da família, que de igual maneira, precisa de cuidados especiais, de cuidados intensivos.

O estudo sobre esses indivíduos, revelou algumas peculiaridades, possibilitando após análise a caracterização do perfil. Sendo composto em sua maioria por indivíduos do sexo feminino, no término da idade reprodutiva entre 41 e 50 anos, com ensino médio, do lar, com renda mensal de 2 salários mínimos, com religião evangélica/, residente no próprio município e estado, visitando uma UTI pela primeira vez.

Esses achados demonstram que a evolução no processo de cuidado ao longo da história, por teorias e métodos inovadores, não alterou o predomínio da feminilidade do cuidado familiar ao doente hospitalizado, independente do sexo ou tempo de internação.

A dedicação e responsabilidade do cuidado aos clientes da UTI também esteve nesse estudo, relacionado com a maturidade e condição ocupacional do familiar. Talvez, a situação da mulher, entendida socialmente como um ser amoroso, de gestos sublimes, responsável pelo zelo habitacional e pelo equilíbrio das relações afetivas justifique essa realidade.

Ao término do estudo verificou-se que algumas variáveis importantes deixaram de ser analisadas por não constarem no livro de visitantes, fonte principal de dados da pesquisa. Sugerindo assim, pesquisas futuras incluindo além de investigação documental, a entrevista, para averiguação e levantamento de características que emirja os custos sociais e emocionais desses visitantes.

Referências

1. Oliveira LMAC, Munari DB, Medeiros M, Brasil VV. Análise da produção científica brasileira sobre intervenções de enfermagem com a família de pacientes. *Acta Sci. Health Sci. Maringá*. 2005;27(2):93-102.
2. Soares M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007, 19(4):481-484.
3. Corrêa AK, Sales CA, Soares L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do Enfermeiro. *Acta Scientiarum*. 2002; 24(3):811-818.
4. Sadala MLA, Silva FM. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):287-94.
5. Nascimento VF. Percepção da comunidade quanto a assistência prestada pela equipe de saúde da família. *Nursing (São Paulo)*. 2010;13(145):296-299.
6. Guanaes A, Souza RP. Objetivos, conceito, histórico e filosofia. In. Magalhães AMPB, organizador. *Humanização em Cuidados Intensivos - AMIB*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 1-8.
7. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD. Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005; (171):844-849.
8. Stapleton RD, Engelberg RA, Wenrich MD. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006;34:1679-1685.
9. Nascimento VF. Humanização da visita familiar em uma UTI adulto no sudeste de Mato Grosso. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2012; 3(1):620-624.
10. Souza SROS, Chaves SRF, Silva CA. Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(5): 609-13.
11. Maruiti MR, Galdeano LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta paul. enferm*. 2007; 20(1): 37-43.
12. Kurcgant P. *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
13. Oliveira SL. *Tratado de Metodologia Científica*. São Paulo: Pioneira; 1997.
14. Lucchese AC, Citero VA, De Marco MA, Andreoli SB, Nogueira-Martins LA. The needs of members of the families of general hospital inpatients. *Sao Paulo Med J*. 2008;126(2):128-31.

15. Neves FBCS, Dantas MP, Bitencourt AGV, Vieira OS, Magalhães IT, Teles JMM, et al. Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(1):32-37.
16. Beuter M, Brondani CM, Szareski C, Lana LD, Alvim NAT. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. *remE - Rev. Min. Enferm*. 2009 ;13(1): 28-33.
17. Teixeira C, Keating J, Silva I, Veloso A, Ribeiro O, Aragão I. Is there a difference in response rate and degree of satisfaction among family members of survivors and nonsurvivors at admission to intensive care?. *Critical Care*. 2011;15(Suppl 1):526.
18. Nunes CB, Silva CV, Fonseca AS. Ouvindo as mães sobre a consulta de enfermagem a seus filhos. *Acta Paul. Enf*. 2003;16(3):31-40.
19. Pavarini SCI, Tonon FL, Silva JMC, Mendionodo MZ, Barham EJ, Filizola CLA. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Rev. Eletr. Enf*. 2006;8(3):326-35.
20. Gomes GU, Alencar AMPG, Damasceno MMC, Freitas RWJF. Percepção do cuidador familiar acerca da Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2009;22(3):135-144.
21. Melleiro MM, Tronchin DMR. Percepção de acompanhantes-usuários e enfermeiros sobre qualidade assistencial em Unidades Pediátricas. *Acta paul. Enferm*. 2010;23(5):646-51 .
22. Faquinello P, Harumi I, Marcon SS. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2007;16(4):609-616.
23. Fonseca, N. R. & Penna, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1175-1180.
24. Braw AW. Religiosity as a protective or diagnostic factor of depression in later life: results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*. 1997:199-205.
25. Mitika M. Getting religion seen as help in well-being. *JAMA*.1998:1896-7.
26. Kleanthous E. Religious affiliation on end-of-life decisions in intensive care units. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2011;1:65-109.
27. Wall RJ, Engelberg RA, Gries CJ et al - Spiritual care of families in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2007;35:1084-1090.

- 28.** Nascimento AZ, Riberio G, Bernardino E, Oliveira ES. Limites e possibilidades da permanência de familiares em unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enferm.* 2007;12(4):446-51.
- 29.** Maciel MR, Souza MF. Acompanhante de adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do paciente. *Acta paul. enferm.* 2006;19(2):138-143.
- 30.** Lacerda AC, Carvalho ACS, Rocha RM, Acompanhantes no centro de terapia intensiva: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Enfermagem UERJ.* 2004;12(1):18-23.
- 31.** Nascimento VF. Acessibilidade de deficientes físicos em uma unidade de saúde da família. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde.* 2012; 3(3):1031-44.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012-08-07

Last received: 2013-01-24

Accepted: 2013-01-29

Publishing: 2013-01-31

Corresponding Address

Vagner Ferreira Nascimento

Rua Moreira Cabral nº 475 Campinas

Cep. 78600-000

Barra do Garças-MT