

## SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES DE NEONATOS INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL SATISFACTION OF THE FAMILIES OF NEONATES INTERNED IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS

Márcia Markoski de Matos<sup>1</sup>  
Fátima Helena Cecchetto<sup>2</sup>  
Márcia Dornelles Machado Mariot<sup>3</sup>

### RESUMO

**Objetivos:** Analisar a satisfação dos familiares de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de dois hospitais da rede pública da região metropolitana da cidade de Porto Alegre. **Metodologia:** estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 66 familiares, por meio do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva. A análise estatística foi realizada com auxílio do software SPSS versão 21. O estudo recebeu aval ético da Faculdade Inedi -CAAE (80835417.5.0000.5665). **Resultados:** a média dos scores dos itens de satisfação e importância variou de 3,94 a 2,41 para os familiares da instituição A e de 3,88 a 2,40 para os da B. Houve diferença significativa na satisfação de sentir-se aceito pelas pessoas/funcionários do hospital, sendo a satisfação média mais elevada no hospital A. **Conclusões:** a realização deste trabalho permitiu conhecer as reais necessidades e os sentimentos dos familiares de neonatos internados na NEO.

**Palavras chave:** Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Hospitalização, Recém-nascido.

### ABSTRACT

**Aim:** To analyze the satisfaction of the relatives of children hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit of two public hospitals in the metropolitan region of the city of Porto Alegre. **Methodology:** cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach performed with 66 family members, measured by Inventory of Needs and Stressors of Families in Intensive Care. Statistical analysis was performed with SPSS software version 21. The study received ethical endorsement from the Faculty Inedi -CAAE (80835417.5.0000.5665). **Results:** the mean scores of the items of satisfaction and importance ranged from 3.94 to 2.41 for relatives of institution A and from 3.88 to 2.40 for those of B. There was a significant difference in satisfaction of feeling accepted by hospital personnel / employees, with the highest average satisfaction in hospital A. **Conclusions:** the realization of this work allowed to know the real needs and feelings of the relatives of newborns admitted to the NEO.

**Keywords:** Nursing, Intensive Care Units/Neonatal, Hospitalization, Infant/Newborn.

---

<sup>1</sup>Acadêmico. Faculdade Inedi- Cesuca. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8468-0063>. E-mail: marcia\_koski@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Co-orientador. Doutor em Enfermagem pelo Instituto de Cardiologia. Atua como coordenador no Curso de Graduação em Enfermagem da Cesuca- Faculdade Inedi. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9866-8102>. E-mail: fatimacecchetto@cesuca.edu.br

<sup>3</sup> Orientador. Mestre em enfermagem Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atua como docente no Curso de Graduação em Enfermagem da Cesuca- Faculdade Inedi. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0591-4827>. E-mail: marciamariot@cesuca.edu.br.

## INTRODUÇÃO

As dependências de uma UTIN assustam os pais, e as exigências técnicas do serviço apavoram (CARVALHO, PEREIRA, 2017). Esta unidade é designada ao tratamento de recém-nascidos em estado crítico e/ou delicado desde a hora do nascimento até os 28 dias de vida (característica esta da UTIN). É um local onde possui grande fluxo de profissionais como médicos, fonoaudióloga, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, além da equipe de enfermagem já existente no local 24 horas por dia (CARVALHO, PEREIRA, 2017).

Ruídos são bem presentes, pois monitores hemodinâmicos e respiradores possuem alarmes sonoros com limites pré-estabelecidos pela equipe multidisciplinar e o excesso de iluminação também são exagerados. Os termos técnicos utilizados pelos profissionais, e a modificação na fisionomia do paciente também preocupa os familiares, em especial os pais que estão a todo o momento presentes no período da internação do neonato. É um lugar singular para a maioria dos pais (SILVA, et al, 2016).

Diante do referido, e da inclusão dos pais no cotidiano das UTIs neonatais, percebe-se uma preocupação crescente dos profissionais em transformar as UTINs em locais mais receptivos e menos assustadores, não somente em relação ao seu espaço físico, mas também ao comportamento e atitudes da equipe multiprofissional. Uma vez que estudos apontam que ainda há uma distância entre a teoria e a prática, sendo o cuidado humanizado que envolva efetivamente o neonato e sua família um ideal a ser alcançado (BALBINO, et al, 2016).

Ambiência desumanizada, sobrecarga de serviço, ausência de local e falta de treinamento para comunicar notícias são realidades apontadas em estudos realizados em UTINs. A comunicação em saúde é apontada pelos autores como de fundamental importância para que os profissionais prestem cuidado humanizado e integral (CAMPOS, et al, 2017).

O cuidado humanizado compreende a atenção integral direcionada ao indivíduo e sua família, mediante ações multidisciplinares. Desta forma os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao paciente têm demonstrado preocupação e investido na inovação de uma assistência com qualidade, visando o RN, seus familiares e questionando o círculo familiar, o que a doença crítica significa para os mesmos, como são afetados pela comorbidade e quais são suas necessidades (SILVA, et al, 2016).

Ao perceber a escassez de produções nacionais fundamentados no uso do INEFTI, bem como relativas às necessidades de familiares de recém-nascidos hospitalizados em unidades de terapia intensiva neonatal, verificou-se a importância da realização do presente estudo, que auxiliará nas intervenções de enfermagem que qualifiquem à atenção ofertada aos recém-nascidos e seus familiares.

## **OBJETIVO:**

Analisar a satisfação dos familiares de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de dois hospitais da rede pública localizados na região metropolitana da cidade de Porto Alegre.

## **METODOLOGIA:**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Foram entrevistados 66 familiares dos neonatos internados na UTIN dos Hospitais A e B. A amostra coletada ocorreu por conveniência. Os critérios de inclusão foram: ter um familiar internado na UTIN no momento da coleta de dados nas Instituições que foram pesquisadas, apresentar condições de compreender e de responder as questões dos instrumentos e ter idade igual ou maior a 18 anos no momento da coleta de dados.

O estudo foi realizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em dois hospitais da região metropolitana de Porto Alegre. Sendo assim denominados: como Hospital A e B. O Hospital A é uma instituição de média complexidade com 16 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, sendo estes, 10 leitos de intensivismo e 6 leitos de cuidados intermediários. O Hospital B é uma unidade da Secretaria Estadual de Saúde e a partir de 1998 passou a ser administrado por uma Fundação. A unidade de Neonatologia deste hospital conta com seis leitos de cuidados intensivos e 10 leitos de cuidados intermediários. O cálculo da amostra se baseou nas 215 internações dos recém-nascidos no primeiro semestre de 2017 em UTIN. Considerou-se um nível de significância de 95% com erro amostral de 5%, sendo 66 o número de participantes.

As coletas foram realizadas em local preservado, dentro ou próximo, da unidade de terapia intensiva neonatal. Realizou-se a devida explicação com o propósito da coleta de dados e objetivos do estudo para que estivessem cientes quanto à formulação dos itens citados no INEFTI. Aplicou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início das entrevistas e os sujeitos que aceitaram participar do estudo responderam um questionário de perfil sócio demográfico e o questionário INEFTI. A satisfação dos familiares foi obtida através do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI). O INEFTI avalia a importância e a satisfação dos familiares com pacientes internados em Terapia Intensiva, neste caso optou-se pela Neonatologia por meio de 43 itens divididos em cinco subescalas: informação com oito itens (3,4,11,13,15,16,19,36), segurança com sete itens (1,5,14,17,33,40,41), proximidade com nove itens (6, 10,29,34,37,38,39,42,43), suporte com treze itens (2, 7, 9,12,18,22,24,25,26,27,30,31,35) e conforto com seis itens (8, 20,21,23,28,32).

A escala de medida utilizada foi do tipo Likert, que alternou de um a quatro pontos sendo 1 como não importante e/ou não satisfeito, 2 como pouco importante e/ou pouco satisfeito, 3 como importante e/ou satisfeito e 4 como muito importante e/ou muito satisfeito. Isto significa que quanto maior o valor atribuído em cada item, maior o grau de importância e satisfação das necessidades dos familiares (CASTRO, 1999).

Os dados coletados foram analisados através de estatística descritiva e inferencial. Os dados que apresentaram distribuição normal foram apresentados em média e desvio-padrão e os dados com assimetria, em mediana e amplitude interquartilica. As variáveis

categóricas foram expressas em frequência absoluta e relativa. Para comparar a média, o teste t-student para amostras independentes foi aplicado. Em caso de assimetria, o teste de Mann-Whitney foi utilizado. Na comparação de proporções, os testes quadrado de Pearson e exato de Fisher foram aplicados. Em caso de significância, a análise dos resíduos ajustados foi utilizada. Foi utilizado o programa SPSS versão 21.0. Em todos os casos as diferenças foram consideradas significativas quando  $p < 0,05$ .

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo de Ensino Superior Faculdade CESUCA do qual recebeu o aval metodológico para ser executado CAAE (80835417.5.0000.5665). Os demais princípios éticos e legais em pesquisas que envolvem seres humanos estão de acordo com os preceitos da resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 (CNS, 2012).

## RESULTADOS

Os dados foram coletados em duas UTINs, por conseguinte, a fim de facilitar à organização dos dados, bem como a apresentação dos resultados, as referidas unidades serão denominadas como instituições A e B. As duas UTINs são governamentais, estão localizadas na região metropolitana de Porto Alegre e atendem exclusivamente pacientes via SUS. No que se refere a área física, as duas Unidades não possuíam sala de espera para os visitantes (avós), dispunham de algumas cadeiras no corredor, mas não havia telefone perto deste local.

Sobre o fluxo de acesso a UTI NEO, a entrada dos pais era liberada 24h, em ambas as instituições, e os mesmos possuíam o direito de permanecer o tempo que desejassem dentro das Unidades, sendo solicitado que se retirassem apenas durante os casos de intercorrências com seus filhos ou outros RNs. As visitas eram permitidas somente pelos avós uma hora na semana e suas entradas eram permitidas individualmente e nas épocas de gripes e estações do ano propensas a doenças contagiosas, essas visitas eram suspensas por tempo indeterminado. As informações sobre o quadro clínico do recém-nascido eram passadas aos pais pelo médico no turno da manhã. Não eram permitidas informações pelo telefone.

Não foram constatados programas específicos para atendimento aos familiares. No momento da admissão do filho os pais recebiam orientações gerais, com temas centrados nas rotinas do hospital. Atendimento religioso podia ser providenciado, desde que houvesse autorização das pessoas competentes. Outros profissionais como psicóloga e assistente social, podiam ser solicitados pela enfermeira, em situações que a mesma julgasse necessário.

Considerando-se o total de 66 pacientes, observou-se que 52,9% do hospital A e 59,4% do hospital B eram do sexo masculino. No peso, 50% do hospital A e 59,4% do hospital B nasceram com peso normal entre  $>2501g$  e  $<4000g$ . Houve diferença estatisticamente significativa entre os hospitais A e B quanto ao apgar no 5º minuto ( $p=0,005$ ). Apesar de a mediana ser igual nos dois grupos, os valores da amplitude interquartilica indicaram que o apgar no hospital A foi significativamente mais alto do que no hospital B. Também houve diferença significativa quanto ao motivo da internação ( $p < 0,001$ ). O motivo mais prevalente no hospital A foi a sepse (50%) e no hospital B foi

disfunção respiratória (18,8%) e outros (37,5%), que englobam predominantemente gemência, anóxia e baixo peso.

Os pacientes de ambos os hospitais nasceram a termo (37 a 41 semanas e 6 dias), chegando a 61,8% da instituição A versus 56,3% da instituição B (TABELA 1).

Tabela 1 – Identificação do paciente

Variáveis	Hospital A(n=34)	Hospital B(n=32)	P
Sexo do RN – n(%)			0,781
Feminino	16 (47,1)	13 (40,6)	
Masculino	18 (52,9)	19 (59,4)	
Peso ao nascer – n(%)			0,311
Extremo baixo peso	0 (0,0)	2 (6,3)	
Muito baixo peso	5 (14,7)	3 (9,4)	
Baixo peso	10 (29,4)	8 (25,0)	
Normal	17 (50,0)	19 (59,4)	
Macrossômico	2 (5,9)	0 (0,0)	
APGAR – mediana (P25-P75)			
1º minuto	8 (7-9)	8 (5-9)	0,262
5º minuto	9 (9-10)	9 (7-9)	0,005
IG – n(%)			0,897
Prematuro extremo	3 (8,8)	3 (9,4)	
Prematuro tardio	10 (29,4)	11 (34,4)	
A termo	21 (61,8)	18 (56,3)	
Idade da criança no momento da coleta – n(%)			0,844
<15 dias	28 (82,4)	28 (87,5)	
16 a 30 dias	3 (8,8)	2 (6,3)	
31 a 60 dias	3 (8,8)	2 (6,3)	
Unidade de origem – n(%)			0,568
Centro obstétrico	20 (58,8)	21 (65,6)	
Alojamento conjunto	13 (38,2)	11 (34,4)	
Outros	1 (2,9)	0 (0,0)	

Motivo da internação – n(%)			<0,001
Sepse	17 (50,0) <sup>#</sup>	4 (12,5)	
Sífilis congênita	7 (20,6)	4 (12,5)	
Disfunção respiratória	1 (2,9)	6 (18,8) <sup>#</sup>	
Prematuridade	8 (23,5)	6 (18,8)	
Outros	1 (2,9) <sup>*</sup>	12 (37,5) <sup>**.#</sup>	
Tempo de internação na UTI – n(%)			0,924
<15 dias	29 (85,3)	28 (87,5)	
16 a 30 dias	2 (5,9)	2 (6,3)	
>30 dias	3 (8,8)	2 (6,3)	

\* icterícia; \*\* icterícia (n=1); gemência (n=3), hipoglicemia (n=1), anóxia (n=2), baixo peso (n=2), exposição ao HIV (n=1), problemas cardíacos (n=1) e baixo peso extremo (n=1); # associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Foram incluídos no estudo 66 familiares dos recém-nascidos, sendo 34 na instituição A e 32 na instituição B. A relação com o paciente era na grande maioria das mães com o bebê, sendo 96,9% na instituição B e 91,2% na instituição A (p=0,585).

Observou-se na tabela 2, que cerca da metade dos familiares concentrou-se na faixa etária entre 18-25 anos. Na instituição A, a maioria deles (55,9%) encontrava-se nesta faixa etária, enquanto na instituição B houve uma proporção quase igual, com 62,5% (p=0,821).

Os familiares, em sua maioria possuíam o 1º grau incompleto, chegando a 35,3% na instituição A, e já na instituição B os familiares com 1º grau incompleto e 1º grau completo equipararam em 25% cada. Apenas um familiar na instituição B possuía o 2º grau incompleto (p=0,582).

Em ambos os hospitais, predominaram os familiares solteiros, chegando a 70,6% na instituição A e 56,3% na instituição B. Quando questionados sobre a religião, a maioria dos familiares afirmaram serem católicos, com proporções mais elevadas no hospital A (50%) e no hospital B ficaram a mesma proporção entre católico e evangélico (40,6% cada religião) (p=0,092).

Parte considerável dos familiares se encontravam desempregados no momento da coleta de dados, com maior percentual no hospital A (70,6%) e no hospital B (43,8%).

Poucos familiares tiveram experiência anterior em UTI (8,8% no hospital A e 18,8% no hospital B), já a grande maioria sabia o nome do médico (50% na instituição A e 68,8% na instituição B), o nome da enfermeira (50% na instituição A e 68,8% na instituição B) e o diagnóstico da doença do seu filho (a) (94,1% no hospital A e 93,8% no hospital B).

Em relação aos dados sócio demográficos dos familiares, não houve diferença estatisticamente significativa entre os hospitais (Tabela 2).

Tabela 2 – Dados sócio demográficos dos familiares

Variáveis	Hospital A(n=34)	Hospital B(n=32)	P
	n (%)	n (%)	
Relação do informante com o paciente			0,585
Mãe	31 (91,2)	31 (96,9)	
Pai	1 (2,9)	0 (0,0)	
Avós	1 (2,9)	1 (3,1)	
Outros	1 (2,9)*	0 (0,0)	
Sexo			1,000
Feminino	33 (97,1)	32 (100)	
Masculino	1 (2,9)	0 (0,0)	
Idade			0,821
18 a 25 anos	19 (55,9)	20 (62,5)	
26 a 35 anos	12 (35,3)	9 (28,1)	
36 anos ou mais	3 (8,8)	3 (9,4)	
Nível educacional			0,582
1º grau incompleto	12 (35,3)	8 (25,0)	
1º grau completo	11 (32,4)	8 (25,0)	
2º grau incompleto	4 (11,8)	5 (15,6)	
2º grau completo	7 (20,6)	10 (31,3)	
Superior incompleto	0 (0,0)	1 (3,1)	
Estado civil			0,395
Solteiro	24 (70,6)	18 (56,3)	
Casado	10 (29,4)	12 (37,5)	
Separado	0 (0,0)	1 (3,1)	
Viúvo	0 (0,0)	1 (3,1)	
Religião			0,092
Católico	17 (50,0)	13 (40,6)	

Evangélico	5 (14,7)	13 (40,6)	
Espírita	4 (11,8)	3 (9,4)	
Outros	8 (23,5)**	3 (9,4)***	
Situação de trabalho			0,073
Empregado	6 (17,6)	8 (25,0)	
Desempregado	24 (70,6)	14 (43,8)	
Aposentado	0 (0,0)	1 (3,1)	
Do lar	0 (0,0)	6 (18,8)	
Autônomo	3 (8,8)	2 (6,3)	
Estudante	1 (2,9)	1 (3,1)	
Renda (1 a 3 s.m.)	34 (100)	32 (100)	-
Experiência anterior em UTI (Sim)	3 (8,8)	6 (18,8)	0,297
Sabe o nome do médico (sim)	17 (50,0)	22 (68,8)	0,194
Sabe o nome da enfermeira (sim)	17 (50,0)	22 (68,8)	0,194
Sabe o diagnóstico da doença (sim)	32 (94,1)	30 (93,8)	1,000

\* tio; \*\* nenhuma (n=3) e umbanda (n=5); \*\*\* nenhuma (n=2) e umbanda (n=1)

Na tabela 3 observou-se que a média dos scores dos itens de satisfação e importância variou de 3,94 a 2,41 para os familiares da instituição A e de 3,88 a 2,40 para os familiares da instituição B.

Para os familiares da instituição A apenas uma necessidade se destacou com a pontuação mais elevada em relação a importância (3,94): “Saber quais as chances de melhora do paciente”, e em relação a satisfação foi: “Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora” (3,82).

Já para os familiares da instituição B a necessidade de maior destaque de importância foi: “Poder conversar com os médicos todos os dias” (3,88) e de satisfação predominou a mesma do hospital A: “Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora” (3,78).

Quanto às necessidades menos importante, as duas instituições prevaleceram as questões: “Ter a visita de alguém da religião a qual pertença” (2,73 do hospital A e 2,87 do hospital B) e “Ser informado sobre serviços religiosos” (2,94 do hospital A e 2,46 do hospital B), e com menor satisfação dos familiares predominou: “Ter a visita de alguém da religião a qual pertença” (2,41 do hospital A e 2,40 do hospital B).

Houve diferença significativa entre os grupos quanto a importância de ter uma pessoa que possa dar informações pelo telefone ( $p=0,050$ ). No hospital A a média foi significativamente menor do que no hospital B.



Também houve diferença significativa na satisfação de sentir-se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital, sendo a satisfação média mais elevada no hospital A.

Por fim, os familiares de RNs do hospital A consideram mais importante ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros, quando comparados aos do hospital B.

A seguir segue a tabela 3:

Tabela 3 – Dados do INEFTI

Necessidades	Hospital A(n=34)	Hospital B(n=32)	Pp
	Média ± DP	Média ± DP	
1. Saber quais as chances de melhora do paciente			
Importância	3,94 ± 0,24	3,75 ± 0,67	0,136
Satisfação	3,44 ± 0,79	3,59 ± 0,66	0,399
2. Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita			
Importância	3,77 ± 0,50	3,56 ± 0,76	0,209
Satisfação	3,18 ± 0,97	3,22 ± 0,91	0,855
3. Poder conversar com os médicos todos os dias			
Importância	3,68 ± 0,64	3,88 ± 0,42	0,139
Satisfação	3,32 ± 0,81	3,50 ± 0,76	0,365
4. Ter uma pessoa que possa dar informações pelo telefone			
Importância	3,38 ± 0,78	3,71 ± 0,59	0,050
Satisfação	2,88 ± 0,98	3,06 ± 0,80	0,415
5. Ter perguntas respondidas com franqueza			
Importância	3,73 ± 0,62	3,68 ± 0,78	0,783
Satisfação	3,38 ± 0,82	3,31 ± 0,89	0,742
6. Ter horários de visita modificados em horários especiais			
Importância	3,50 ± 0,82	3,50 ± 0,84	1,000
Satisfação	3,05 ± 1,09	2,96 ± 0,97	0,726
7. Falar sobre sentimentos negativos relacionados ao que está acontecendo			
Importância	3,38 ± 0,95	3,21 ± 0,94	0,486

Satisfação	3,05 ± 1,07	2,87 ± 1,09	0,494
8. Ter uma boa lanchonete no hospital			
Importância	3,29 ± 0,90	3,53 ± 0,76	0,255
Satisfação	2,73 ± 1,16	2,71 ± 1,14	0,954
9. Ser informado sobre o que fazer quando estiver ao lado do paciente			
Importância	3,82 ± 0,46	3,68 ± 0,47	0,239
Satisfação	3,32 ± 0,77	3,22 ± 0,81	0,829
10. Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora			
Importância	3,61 ± 0,85	3,59 ± 0,76	0,905
Satisfação	<b>3,82 ± 0,46</b>	<b>3,78 ± 0,55</b>	0,736
11. Saber quem pode dar a informação que necessito			
Importância	3,67 ± 0,68	3,78 ± 0,49	0,480
Satisfação	3,29 ± 0,87	3,28 ± 0,89	0,953
12. Ter amigos por perto para apoiá-lo			
Importância	3,23 ± 0,95	3,53 ± 0,67	0,149
Satisfação	2,88 ± 1,06	2,68 ± 0,96	0,440
13. Saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente			
Importância	3,73 ± 0,57	3,75 ± 0,44	0,907
Satisfação	3,14 ± 0,96	3,21 ± 0,83	0,747
14. Sentir que há esperança de melhora do paciente			
Importância	3,73 ± 0,57	3,71 ± 0,58	0,907
Satisfação	3,64 ± 0,69	3,65 ± 0,60	0,954
15. Saber quais os profissionais que estão cuidando do paciente			
Importância	3,76 ± 0,50	3,56 ± 0,54	0,401
Satisfação	3,41 ± 0,82	3,46 ± 0,72	0,766
16. Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente			
Importância	3,70 ± 0,76	3,46 ± 0,80	0,222
Satisfação	3,35 ± 0,92	3,62 ± 0,61	0,159
17. Estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente			

Importância	3,58 ± 0,89	3,46 ± 0,80	0,570
Satisfação	3,64 ± 0,69	3,59 ± 0,61	0,742
18. Ter um lugar em que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital			
Importância	3,05 ± 1,04	2,93 ± 1,04	0,639
Satisfação	3,11 ± 1,03	2,93 ± 0,88	0,451
19. Saber exatamente o que está sendo feito para o paciente			
Importância	3,67 ± 0,64	3,31 ± 0,86	0,057
Satisfação	3,47 ± 0,75	3,21 ± 0,79	0,189
20. Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI			
Importância	3,20 ± 1,07	3,40 ± 0,84	0,401
Satisfação	2,88 ± 1,12	2,65 ± 0,97	0,386
21. Sentir se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital			
Importância	3,61 ± 0,70	3,28 ± 0,89	0,091
Satisfação	3,55 ± 0,66	3,15 ± 0,85	<b>0,034</b>
22. Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros			
Importância	3,47 ± 0,61	3,00 ± 1,01	<b>0,028</b>
Satisfação	3,02 ± 1,09	2,93 ± 1,01	0,724
23. Ter um telefone perto da sala de espera			
Importância	3,26 ± 0,79	2,84 ± 1,01	0,065
Satisfação	<b>2,47</b> ± 1,21	2,62 ± 1,07	0,586
24. Ter a visita de alguém da religião a qual pertença			
Importância	<b>2,73</b> ± 1,19	<b>2,87</b> ± 1,07	0,618
Satisfação	<b>2,41</b> ± 1,33	<b>2,40</b> ± 1,07	0,985
25. Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente			
Importância	3,58 ± 0,74	3,31 ± 0,78	0,146
Satisfação	3,23 ± 0,99	2,75 ± 1,05	0,057
26. Ser acompanhado por profissional, amigo ou familiar durante a visita			
Importância	3,23 ± 0,89	3,21 ± 0,87	0,939

Satisfação	2,70 ± 1,14	2,50 ± 1,01	0,443
<hr/>			
27. Ter alguém que se preocupa com a minha saúde			
Importância	3,52 ± 0,82	3,28 ± 0,73	0,201
Satisfação	3,38 ± 0,70	3,15 ± 0,81	0,227
28. Ter certeza que tudo está bem para deixar o hospital por algum tempo			
Importância	3,55 ± 0,75	3,34 ± 0,79	0,259
Satisfação	3,47 ± 0,61	3,28 ± 0,89	0,321
29. Conversar com a mesma enfermeira todos os dias			
Importância	3,44 ± 0,86	3,34 ± 0,79	0,633
Satisfação	3,38 ± 0,65	3,21 ± 0,87	0,389
30. Sentir-se a vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções			
Importância	3,29 ± 0,80	3,31 ± 0,74	0,923
Satisfação	3,17 ± 0,72	3,09 ± 0,78	0,654
31. Saber quais os outros profissionais podem me ajudar			
Importância	3,50 ± 0,86	3,28 ± 0,89	0,314
Satisfação	3,14 ± 0,74	2,90 ± 0,93	0,248
32. Ter um banheiro perto da sala de espera			
Importância	3,47 ± 0,86	3,25 ± 0,95	0,326
Satisfação	2,79 ± 1,00	2,62 ± 1,10	0,517
33. Receber explicações que possam ser compreendidas			
Importância	3,41 ± 0,89	3,28 ± 0,89	0,554
Satisfação	3,02 ± 0,90	3,12 ± 1,00	0,686
34. Começar a visita na hora marcada			
Importância	3,32 ± 0,94	3,21 ± 0,97	0,659
Satisfação	2,85 ± 1,02	2,81 ± 1,02	0,873
35. Ser informado sobre serviços religiosos			
Importância	<b>2,94 ± 1,04</b>	<b>2,56 ± 1,10</b>	0,157

Satisfação	2,58 ± 1,16	2,68 ± 1,06	0,718
36. Ajudar a cuidar do paciente na UTI			
Importância	3,32 ± 1,04	3,40 ± 0,87	0,728
Satisfação	3,20 ± 0,95	3,00 ± 0,91	0,373
37. Ser comunicado sobre possíveis transferências			
Importância	3,55 ± 0,86	3,30 ± 0,91	0,789
Satisfação	3,08 ± 0,86	2,96 ± 1,12	0,628
38. Ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente			
Importância	3,55 ± 0,82	3,50 ± 0,84	0,775
Satisfação	3,15 ± 1,10	2,84 ± 1,08	0,264
39. Receber informações sobre o paciente no mínimo uma vez ao dia			
Importância	3,73 ± 0,66	3,46 ± 0,91	0,179
Satisfação	3,32 ± 0,88	3,06 ± 1,04	0,275
40. Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente			
Importância	3,55 ± 0,89	3,56 ± 0,84	0,986
Satisfação	3,41 ± 0,78	3,25 ± 0,91	0,443
41. Ser informado a respeito de tudo que se relacione a evolução do paciente			
Importância	3,73 ± 0,62	3,56 ± 0,91	0,369
Satisfação	3,38 ± 0,74	3,31 ± 0,86	0,724
42. Ver o paciente frequentemente			
Importância	3,73 ± 0,71	3,46 ± 0,91	0,189
Satisfação	3,73 ± 0,62	3,46 ± 0,80	0,138
43. Ter sala de espera perto do paciente			
Importância	3,52 ± 0,86	3,37 ± 1,00	0,505
Satisfação	3,14 ± 0,99	3,21 ± 0,97	0,768

## DISCUSSÃO

Quanto à caracterização das unidades de terapia intensiva neonatal não diferiram quanto aos achados literários. Quanto a sua estrutura, a RDC nº 50 institui que a UTIN tenha no mínimo 5 leitos, sendo 1 berço para cada 80 recém-nascido por ano de baixo peso (-2500g) e cada berço esteja a pelo menos 1 metro de distância um do outro, devendo dispor de saída de oxigênio, ar comprimido e vácuo em cada berço (SIQUEIRA, 2017).

Mesmo não sendo a proposta deste estudo traçar o perfil dos recém-nascidos e dos seus familiares, julgou-se importante comentar, suas respectivas caracterizações e resultados, comparando os resultados com a literatura. Por serem os familiares os principais sujeitos deste estudo, os dados a eles relacionados serão discutidos de forma mais detalhada.

Nas duas Instituições analisadas a visita dos pais na UTIN é liberada 24 horas por dia, porém, a visita dos demais membros da família como os avós, por exemplo, é liberada somente um dia na semana fora das épocas sazonais de gripes e inverno. Isto pode ter refletido na proporção de idade dos entrevistados na pesquisa de ser inferior à de outros estudos nacionais, que abordaram as necessidades de familiares de pacientes neonatais e pediátricos internados em UTI, pois a abordagem acontece muitas vezes com tios, avós e até mesmo pais dos pacientes (SILVA, et al, 2017).

No que se refere aos dados sócio demográficos do presente estudo, diversos autores também encontraram a predominância do sexo feminino entre os visitantes dos pacientes das UTINs (SILVA, et al, 2017). Quanto a renda e escolaridade, a maioria dos familiares possuía baixa renda e ao baixo nível educacional, fato este, que pode estar relacionado ao ato de ambas coletas terem sido realizadas em instituições públicas. A avaliação do grau de escolaridade dos pais é de suma importância, uma vez que, é ela quem permitirá ao profissional adequar a linguagem para que todas as orientações fornecidas sejam compreendidas (LIMA, et al, 2015).

A grande parte dos familiares relatou ser católico, o que também foi presenciado em outros estudos. Tal ocorrência decorre do fato de o catolicismo ser a religião predominante no Brasil e, uma vez que foram batizadas, tais pessoas consideram-se católicas mesmo não sendo praticantes de sua religião (SILVA, et al, 2017).

A maioria dos familiares não possuía experiência anterior em UTIN, no entanto, de acordo com estudos realizados nesse âmbito, sentimentos como ansiedade, angústia, impotência, medos, desejo de fuga, são frequentes. Mesmo para os familiares que não possuem vivências anteriores em UTIN a internação do neonato pode ocasionar importantes repercussões psicológicas e sociais (CARVALHO, PEREIRA, 2017).

Quanto a avaliação dos dados do INEFT, a necessidade “sentir-se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital” com média de 0,034 na satisfação demonstrou que o acolhimento e o atendimento humanizado dos funcionários das instituições (em particular na instituição A), em especial dos técnicos de enfermagem, obteve uma resposta positiva perante aos problemas gerados pela internação dos RNs. Algumas atitudes como diálogo, explicações e informações básicas tornam o familiar mais valorizado e auxiliam, até mesmo, na segurança do paciente (SOUSA, et al, 2017).

Os familiares do Hospital A consideraram “ter uma pessoa que possa orientar em caso de problemas financeiros” o item mais importante devido ao nível educacional baixo

e conseqüentemente, o desemprego geram o medo e o pavor em torno do agravo da patologia do seu RN (PROENÇA, et al, 2017).

Quanto a importância de ter uma pessoa que possa dar informações pelo telefone ( $p=0,050$ ) a média no hospital A foi significativamente menor do que no hospital B querendo dizer que mesmo com dificuldades financeiras por muitas vezes, os familiares se preocupam em ir pessoalmente até o hospital, frisando ver seu filho(a) e não em somente pegar informações pelo telefone. Um viés também nesta necessidade é saber se o familiar sabe se pode ou não ligar para a Instituição para saber informações sobre o quadro clínico do paciente.

Os profissionais da saúde e gestores devem atentar para os resultados aqui mostrados, pois eles apontam principais necessidades capazes de contribuir o aumento do grau de satisfação e de importância dos familiares investigados. Deste modo, as instituições deveriam manter ou oferecer serviços que qualifiquem estas necessidades no modelo de cada instituição.

De acordo com os resultados do presente estudo, uma reunião de familiares a cada dois ou três dias para demonstrar aos familiares a rotina, os direitos e os deveres de cada familiar contribuiria para a uma melhoria no cuidado do paciente e futuro promissor no cuidado humanizado assistencial da instituição não somente para o paciente, mas também para os familiares.<sup>(12)</sup> Outro estudo realizado recentemente sugere, também, que sejam ampliadas reuniões ou trabalhos com grupos de pais, com o objetivo de esclarecer dúvidas da família e proporcionar reflexão acerca da prática assistencial (CARVALHO, PEREIRA, 2017).

Quanto ao instrumento utilizado na pesquisa, o INEFTI- Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva, que visa avaliar a satisfação e a importância dos serviços prestados aos RNs e seus familiares em UTINs, acredita-se que o baixo nível de escolaridade de muitos familiares, de ambas instituições, possa ter influenciado nos resultados da aplicação, embora os mesmos não tenham demonstrado dúvidas durante a realização das coletas.

Considerando a pouca existência de estudos no Brasil que avaliem o enfoque por meio do INEFTI, a importância e a satisfação das necessidades de familiares de pacientes internados em UTINs, a realização desse trabalho contribui para compreensão do real impacto decorrente da internação do neonato aos familiares, especialmente os pais. Assim como, para a compreensão da importância do papel do enfermeiro no planejamento de uma assistência humanizada e que valorize as necessidades reais dos familiares, fornecendo-lhes informações claras e objetivas, que garantam à família do paciente que o melhor tratamento está sendo oferecido ao neonato internado.

Espera-se que o presente estudo possa contribuir para melhoria do cenário assistencial e acolhimento humanizado à família. Ademais, acredita-se que novos estudos devam ser realizados, pois existem diferentes variáveis que permeiam a hospitalização de recém-nascidos em UTINs e o ato de cuidar ultrapassa a criança hospitalizada, afinal envolve também o cuidado à sua família, neste ambiente de cuidados intensivos.

## Referências

- CARVALHO LS, PEREIRA, CMC. As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. Rev. SBPH vol.20 no. 2, Rio de Janeiro – Jul./Dez. – 2017.
- SILVA RMM, MENEZES CCS, CARDOSO LL, et al. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. Enferm. Cent. O. Min. 2016 mai/ago; 6(2):2258-2270 DOI: 10.19175/recom.v6i2.940
- BALBINO FS, MESCHINI GFG, BALIEIRO MMFG, et al. Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. Rev Enferm UFSM 2016 Jan./Mar.;6 (1): 84-92.
- CAMPOS CACA, SILVA LB, BERNARDE, et al. Desafios da comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para profissionais e usuários. Saúde debate | Rio de Janeiro, V. 41, N. especial, P. 165-174, Jun 2017.
- CASTRO DS. Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio encefálico em terapia intensiva [tese] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem da UFRJ; 1999, 144p.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Resolução 466/12). Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012. Disponível em < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 26 out 2017
- SIQUEIRA ACF. Perfil epidemiológico da unidade neonatal. Universidade Federal Fluminense, Esc. Enf. Aurora de Afonso Costa, Niterói. 2016.
- SILVA AL, et al. Relato de experiência: a observação dos impactos da visita dos/as avôs/ós na unidade neonatal. Gep news, maceió, v.1, n.4, p. 84-90, out./dez. 2017.
- LIMA SS, SILVA SM, AVILA PES, et al. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil. ABCS Health Sciences. v.40. n.2. 2015.
- SOUSA FCP, MONTENEGRO LC, GOVEIA VR, et al. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. Texto Contexto Enferm, 2017; 26(3):e1180016
- PROENÇA VM, et al. Humanização aos familiares de paciente em cuidados intensivos. Revista UNINGÁ. Vol.53n.1, pp.39-44. Jul-Set2017.