



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

LIDIA GUAREZI MARCON

**CONHECIMENTO DAS NECESSIDADES E DA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES
DE PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL E PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL**

Tubarão

2020

LIDIA GUAREZI MARCON

**CONHECIMENTO DAS NECESSIDADES E DA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES
DE PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL E PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Medicina como requisito
parcial ao grau de Médico.
Universidade do Sul de Santa Catarina.

Orientadora: Prof. M.Sc. Karla Dal-Bó Michels
Co-autora: Lalucha Mazzucchetti

Tubarão
2020

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa intitulada “**Conhecimento das necessidades e da satisfação dos familiares de pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica de um Hospital do Sul do Brasil**” está estruturada conforme o periódico estabelecido para submissão (Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul – AMRIGS). Em anexo estão apresentadas as orientações repassadas para os autores (ANEXO A).

O parecer com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina está apresentado em anexo (ANEXO B).

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Número e porcentagem das variáveis sociodemográficas dos familiares das crianças internadas na UTI Neonatal e Pediátrica, nos meses de março, junho, julho e agosto de 2020.....Página 23
- Tabela 2 - Número e porcentagem das variáveis dos familiares e sua relação com a UTI Neonatal e Pediátrica nos meses de março, junho, julho e agosto de 2020.....Página 24
- Tabela 3 - Número e porcentagem das variáveis coletadas através do prontuário eletrônico dos pacientes admitidos na UTI Neonatal e Pediátrica, nos meses de março, junho, julho e agosto de 2020.....Página 25
- Tabela 4 - Média e porcentagem da importância e da satisfação das necessidades dos familiares em relação aos serviços oferecidos pela UTI Neonatal e Pediátrica nos meses de março, junho, julho e agosto de 2020.....Página 26

**CONHECIMENTO DAS NECESSIDADES E DA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES
DE PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL E PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL**

*KNOWLEDGE OF THE NEEDS AND SATISFACTION OF FAMILY MEMBERS OF
PATIENTS ADMITTED TO THE NEONATAL AND PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT
OF A HOSPITAL IN SOUTHERN BRAZIL*

AUTORES:

Lidia Guarezi Marcon¹, Karla Dal-Bó Michels², Lalucha Mazzucchetti³

1. Acadêmica do Curso de Medicina na Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul.
2. Professora do Curso de Medicina na Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul, Mestre em Ciências da Saúde, Pediatra Intensivista do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
3. Professora do Curso de Medicina na Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul, Doutora em Ciências.

INSTITUIÇÃO:

Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. Av. José Acácio Moreira, 787. Bairro Dehon – CEP: 88704-900 – Tubarão/SC. Telefone: (48) 3279-1000.

CORRESPONDÊNCIA:

Karla Dal-Bó
Rua Conselheiro Mafra, 711, apto 201
Tubarão – Santa Catarina – Brasil
CEP: 88705-710
E-mail: karla@pod1.com
Fone: (48) 99105-4500

Não há fontes de financiamento. Declaramos a inexistência de conflitos de interesse.

RESUMO

Introdução: A UTI Neonatal e Pediátrica é reservada para cuidados de alta complexidade, com o objetivo de melhorar a sobrevida dos neonatos e das crianças. As

necessidades que venham a surgir, quando não supridas satisfatoriamente, podem intensificar o sofrimento dos familiares e compreender essas necessidades e a satisfação de cada familiar pode ajudar a melhorar sua convivência com a UTI. O objetivo foi conhecer as necessidades em relação à conforto, segurança, proximidade, informação e suporte dos familiares de pacientes admitidos na UTI Neonatal e Pediátrica e a sua satisfação em relação a tais serviços prestados por ela. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional com delineamento descritivo. A população foi composta por familiares dos pacientes internados na unidade nos meses de março, junho, julho e agosto de 2020 e investigaram-se as suas necessidades por meio da aplicação do Inventário das Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI). **Resultados:** Dos 71 familiares participantes da pesquisa, 59,1% não possuía conhecimento sobre o diagnóstico clínico dos seus parentes. As necessidades consideradas mais importantes estão relacionadas à Segurança e à Informação. As menos importantes ao Suporte e ao Conforto. As necessidades de maior satisfação estão relacionadas à Segurança e Proximidade com o paciente. As menos satisfeitas ao Suporte e Conforto. **Conclusão:** O presente estudo sugere que a equipe médica seja acessível e compreensiva e que dê informações completas aos familiares sobre o diagnóstico de admissão dos pacientes, bem como as causas e consequências da doença.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Cuidados Críticos; Família; Conhecimento; Satisfação pessoal.

ABSTRACT

Introduction: The Neonatal and Pediatric ICU is reserved for highly complex care, with the aim of improving the survival of neonates and children. The needs that arise, when not satisfactorily met, can intensify the suffering of family members. Understanding the needs

and satisfaction of each family member, can help to improve their coexistence with the ICU. The objective is to know the needs regarding comfort, safety, proximity, information and support of the family members of patients admitted to the neonatal ICU and pediatric and their satisfaction with such services provided by them. **Methods:** An observational study was carried out with a descriptive cross-sectional design. The population consisted of family members of patients admitted to the unit in the months of March, June, July and August 2020 and their needs were investigated through the application of the Needs and Stressors Inventory of Family Members in Intensive Care (INEFTI). **Results:** Of the 71 family members participating in the research, 59.1% had no knowledge about the clinical diagnosis of their relatives. The most important needs are related to Security and Information. The least important to Support and Comfort. The needs for greater satisfaction are related to Safety and Proximity to the patient. Those less satisfied with Support and Comfort. **Conclusion:** The present study suggests that the medical team should be accessible and understanding and that they provide complete information to family members about the diagnosis of patients' admission, as well as the causes and consequences of the disease.

Keywords: Intensive Care Units, Neonatal; Intensive Care Units, Pediatric; Critical Care; Family; Knowledge; Personal satisfaction.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	2
LISTA DE TABELAS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	5
INTRODUÇÃO	7
MÉTODOS	8
RESULTADOS	10
DISCUSSÃO	13
CONCLUSÃO	18
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	19
REFERÊNCIAS	20
TABELAS	23
ANEXOS	29
Anexo A – Normas para publicação AMRIGS	30
Anexo B - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (Emenda) ..	36

INTRODUÇÃO

O conceito de humanização inclui a valorização tanto dos pacientes quanto dos trabalhadores no processo de produção de saúde. A criação de vínculos solidários entre profissionais, pacientes e familiares contribui para uma melhoria nesse processo(3). O ato humanizado de cuidar de outras pessoas é algo que precisa ser visto como um todo integrado que objetiva o cuidado com a pessoa doente e não somente com a doença em si(4).

As Unidades de Terapia Intensiva surgiram ao longo do último século e logo mostraram resultados na redução da morbimortalidade dos pacientes que requeriam um cuidado mais individual e especializado(5). A UTI Neonatal e Pediátrica também é reservada para cuidados de alta complexidade, contendo diversos equipamentos tecnológicos com o objetivo de melhorar a sobrevida do neonato e das crianças que eventualmente venham a ser internadas nela(1). No ambiente de cuidado intensivo, as internações deixam os familiares dos pacientes desamparados e fazem com que necessidades surjam, as quais, quando não supridas satisfatoriamente, podem intensificar o sofrimento dos familiares. Esses aspectos não podem ser ignorados por nenhum hospital e são de fundamental importância para o bom convívio no ambiente tão difícil para os familiares como é a UTI(2).

Uma assistência de qualidade envolve não só o atendimento às complexidades clínicas, mas também questões psicossociais, ambientais e o estabelecimento de relações interpessoais harmônicas com os familiares do paciente, os quais estão, em grande maioria, fragilizados psicologicamente. Devido ao fato de ser um ambiente com uma rotina intensa e corrida, é comum haver falta de interação e articulação entre as partes (profissionais e familiares). Os parentes, especialmente os pais, encontram-se fragilizados por conta da quebra do vínculo afetivo com os seus filhos, cabendo à equipe profissional da UTI acolher cada familiar nesse momento e auxiliá-los na aceitação da condição clínica da criança, buscando sempre uma assistência mais humanizada(6).

Todavia, nem sempre a o hospital consegue fornecer serviços que satisfaçam as necessidades de cada familiar. Muitas vezes, o objetivo é somente recuperar o paciente, deixando os familiares em segundo plano. Portanto, ressalta-se a relevância de discutir sobre essa temática no ambiente acadêmico e na sociedade em geral, uma vez que, compreendendo as necessidades dos familiares nesse momento tão difícil de suas vidas, pode-se ajudar a melhorar sua convivência com a UTI Neonatal e Pediátrica e também para que os futuros familiares que venham a internar seus parentes nesse ambiente tenham um atendimento mais humanizado. Baseado no exposto, o presente trabalho tem como objetivo geral conhecer as necessidades em relação à conforto, segurança, proximidade, informação e suporte dos familiares de pacientes admitidos na UTI Neonatal e Pediátrica nos meses de março, junho, julho e agosto de 2020 e a sua satisfação em relação a tais serviços prestados por ela.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional com delineamento descritivo com dados primários e secundários com familiares, de 18 anos de idade ou mais, de pacientes de 0 a 12 anos internados no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e Pediátrica de um hospital do Sul do Brasil, com no mínimo 12 horas de internação, nos meses de março, junho, julho e agosto de 2020.

A unidade estudada conta com treze leitos, sendo nove neonatais e quatro pediátricos e atende desde prematuros até crianças de doze anos de vida(7). Devido à pandemia e às restrições de visitação, somente 82 pacientes permaneceram na unidade estudada durante o período de coleta (86 pacientes a menos que em relação ao mesmo período de 2019, segundo dados do setor de Tecnologia da Informação do hospital em que se encontra a unidade estudada). Apenas um familiar por paciente foi abordado e, desses 82, 11 familiares não participaram da pesquisa (2 por não se encaixarem nos critérios de inclusão, 3 não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o restante não

respondeu ao menos 40% dos questionários). Sendo assim, foram, ao todo, 71 familiares participantes da pesquisa.

Inicialmente, o projeto aprovado com parecer número 3.855.485 de 24 de fevereiro de 2020 previa a coleta dos dados para março a junho de 2020. Porém, devido à pandemia, não houve coleta nos meses de abril e maio. Então, foi solicitada uma emenda ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul, para que a coleta ocorresse ainda nos meses de julho e agosto de 2020, a qual também foi aprovada pelo mesmo (Parecer número 4.158.804) (Anexo B) de 16 de julho de 2020.

Os dados foram coletados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos familiares, presencialmente e em um único momento durante uma de suas visitas na UTI Neonatal e Pediátrica. Um dos questionários foi elaborado pelos pesquisadores, composto por questões relacionadas às informações sociodemográficas, dados do familiar em relação ao paciente e em relação à UTI. Caso o seu parente internado fosse recém-nascido, o familiar deveria responder ainda informações sobre dados gestacionais e dados do bebê, inclusos no questionário.

Após isso, foi aplicado o segundo questionário, validado para o Brasil desde 1999 por Castro(8), denominado INEFTI (Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva), o qual é constituído por 43 itens intitulados de “necessidades” e, para cada necessidade, há a avaliação individual da importância e da satisfação que o familiar atribui a esse item. Essa avaliação é feita em uma escala tipo Likert de 1 a 4, em que 1 quer dizer “não importante” na escala de importância e “insatisfeito” na escala de satisfação, por exemplo.

O questionário INEFTI adaptado para o Brasil por Castro em 1999 é derivado do CCFNI (*Critical Care Family Needs Inventory*), mundialmente aplicado e realizado pela primeira vez em 1986 por Jane Leske. A versão disponível em português é composta por 43 itens divididos em cinco subescalas: informação (oito itens: 3, 4, 11, 13, 15, 16, 19, 36), segurança (sete itens: 1, 5, 14, 17, 33, 40, 41), proximidade (nove itens: 6, 10, 29, 34, 37, 38,

39, 42, 43), suporte (13 itens: 2, 7, 9, 12, 18, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 35) e conforto (seis itens: 8, 20, 21, 23, 28, 32). Considerando-se o total de itens e a escala de pontuação, o escore total do instrumento pode variar de 43 a 172. Nesse caso, as necessidades com média > ou igual a 3 são definidas como aquelas consideradas de maior importância e de maior satisfação(9).

Como no questionário sociodemográfico há questões a respeito do conhecimento dos dados diagnósticos do paciente, o prontuário eletrônico do paciente no Philips Tasy foi acessado para confirmar ou refutar as informações prestadas pelo familiar como forma de saber se ele está sendo bem informado pela equipe da UTI Neonatal e Pediátrica. Além disso, caso o paciente seja recém-nascido, informações sobre peso ao nascer, Apgar e dados gestacionais também foram coletados por meio do prontuário eletrônico.

Na descrição dos dados foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas e medidas de tendência central e dispersão para as quantitativas. A normalidade foi identificada pelo teste de Shapiro-Wilk. O programa Excel foi empregado para elaboração do banco de dados e o *software* Stata 16.1(10), para análise dos dados.

RESULTADOS

Dos 71 pacientes cujos familiares participaram da pesquisa, apenas 6 não eram recém-nascidos. A Tabela 1 mostra as características dos participantes da pesquisa (familiares).

Verificou-se, dentre os 71 avaliados, a média de idade de 30,82 anos (DP \pm 6,52 anos) e variou entre 18 e 47 anos. Em relação ao município, dos que não eram de Tubarão (47%), houve uma variação grande entre os municípios vizinhos, sendo as cidades de Laguna, Imbituba, Capivari de Baixo, Armazém e Araranguá as que mais apareceram.

A mediana de internação das crianças foi de 9 dias (P25: 4; P75: 20 dias), e variou entre um e 240 dias.

A Tabela 2 mostra a relação dos parentes com a UTI. Após ser consultado o Prontuário Eletrônico do Paciente pelos pesquisadores, foi visto que, dos 67 familiares que relataram conhecer o diagnóstico dos seus parentes, apenas 43,28% (n = 29) realmente sabiam o diagnóstico clínico, 38,81% (n = 26) sabiam parcialmente e 17,91% (n = 12) não sabiam o diagnóstico. Com isso, podemos verificar que a maioria dos familiares (59,1%) não possui conhecimento pleno sobre o diagnóstico clínico dos seus parentes internados.

A Tabela 3 contém os dados extraídos dos prontuários eletrônicos. Como 66 eram familiares de recém-nascidos, foram vistos em 66 prontuários, além dos dados contidos na Tabela 3, dados também em relação à idade gestacional (IG), Apgar no 1º e no 5º minuto e peso ao nascer.

Dentre os 71 pacientes avaliados, 42,86% tinham o diagnóstico de prematuridade na internação da UTI juntamente com outras comorbidades, que incluem pneumonia congênita e síndrome do desconforto respiratório agudo como as principais. Em relação aos distúrbios respiratórios, além da pneumonia e da síndrome do desconforto respiratório agudo, também se fazem inclusos nessa categoria, em ordem decrescente de aparecimento, a taquipneia transitória, aspiração meconial, anoxia fetal grave, laringomalácia e atresia de coanas. Os casos de distúrbios do Sistema Nervoso Central (SNC) se distribuíram em traumatismo crânioencefálico (TCE), crise convulsiva focal, epilepsia, ânus imperfurado e complicações de Atrofia Muscular Espinhal. Os casos de distúrbios cardiovasculares dizem respeito à bradicardia fetal. Em relação aos distúrbios metabólicos, aparecem a hipoglicemia neonatal e a cetoacidose diabética.

Verificou-se, dentre os 66 prontuários de recém-nascidos avaliados, a média de idade gestacional de 33,5 semanas (Desvio-Padrão – DP: 4,3 semanas) e variou entre 21 e 41 semanas. A mediana de peso ao nascimento de 2255 gramas (P25: 1410; P75: 2937,5 gramas), que variou entre 300 e 7100 gramas. Dos 9,09% casos de uso de drogas na gestação, 66,67% fizeram uso de álcool e 33,33% fizeram uso de álcool juntamente com drogas ilícitas.

Em relação ao Apgar, 60 recém-nascidos possuíam os dados no 1º e 5º minuto descritos no Prontuário Eletrônico. Desses 60 pacientes, 81,67% tinham Apgar de 7 a 10 (boa vitalidade), 10% Apgar de 0 a 3 (asfixia grave) e 8,33% Apgar de 4 a 6 (asfixia moderada).

Em relação aos dados gestacionais, os distúrbios uterinos mais frequentes foram o descolamento prematuro de placenta, bolsa rota, oligodrâmnio e restrição de crescimento intrauterino (CIUR). Dentre os distúrbios cardiovasculares, se fizeram presentes a pré-eclâmpsia com maior frequência e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Em relação aos distúrbios metabólicos, os que apareceram com maior frequência foram o diabetes mellitus gestacional (DMG) e o hipotireoidismo. Os casos de infecção materna se distribuíram em infecção do trato urinário (ITU) e sífilis. Foi verificado que 32,39% das mães não tiveram complicações gestacionais.

A Tabela 4 evidencia os dados do questionário validado INEFTI. Nela é possível verificar que as necessidades de maior importância estão relacionadas principalmente à Segurança, com quatro itens. Todas as quatro necessidades relacionadas à Segurança foram consideradas importantes (escore > ou igual a 3) por 100% dos familiares participantes da pesquisa e contribuíram igualmente para o grau de importância.

As necessidades consideradas não importantes, evidenciadas na Tabela 4, estão relacionadas principalmente ao Suporte, com dois itens, e ao Conforto. A necessidade menos importante, dentre essas, para os familiares, é “ser informado sobre os serviços religiosos”.

Em relação à satisfação, a Tabela 4 mostra que as necessidades em que os familiares estão mais satisfeitos estão relacionadas principalmente à Segurança, com dois itens, e à Proximidade. A necessidade que mais contribuiu para a satisfação dos familiares foi “saber as chances de melhora do paciente”, em que 100% se disse satisfeito com esse serviço.

As necessidades de menor satisfação estão relacionadas principalmente ao Suporte, com seis itens, e ao conforto. Destas, a necessidade que mais contribuiu para o grau de

insatisfação foi “ser acompanhado por alguém durante a visita”, em que 54,93% dos familiares se disse insatisfeito com esse serviço.

Podemos também verificar através da Tabela 4 que apenas 1,3% das necessidades foram consideradas não importantes e apenas 3% das 43 necessidades foram consideradas insatisfeitas pelos familiares.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar as necessidades familiares em relação aos serviços prestados pela UTI Neonatal e Pediátrica de um hospital do Sul do Brasil, de acordo com o seu grau de importância e grau de satisfação com esses serviços. Ainda que não fosse o objetivo do trabalho relatar sobre o perfil dos familiares, fez-se necessário comentar sobre suas respectivas caracterizações e resultados, e confrontar esses dados com a literatura, uma vez que estes são os principais sujeitos do estudo.

Verificou-se que a grande maioria dos familiares era do sexo feminino (95,77%). Tal característica foi maioria dentre os familiares também nos estudos encontrados, sendo de predominância as mães dos pacientes, ressaltando os achados do presente trabalho(11-16).

Em relação à idade, a faixa etária mais prevalente no estudo foi de 24 a 40 anos (53,52%), o que divergiu de um estudo feito em 2019 na cidade de Campinas(13), em que a faixa etária foi de 20 a 29 anos e de outro estudo realizado também em 2019 na cidade de Porto Alegre(15), que foi de 18 a 25 anos, sendo assim, ambos os estudos tiveram uma população um pouco mais jovem que a do presente estudo. A grande maioria dos familiares é casada ou vive uma união estável, somando um total de 70,53%, O mesmo padrão foi visto em outros estudos encontrados(13,17). Todavia no estudo realizado em Porto Alegre em 2019(15), verificou-se que a maior parte dos seus pesquisados era solteira, correspondendo a um total de 70,6% de sua amostra.

Dos 71 participantes, 42,25% possuem emprego, o que divergiu da maioria dos estudos encontrados, em que grande parte dos participantes desempenha atividades somente do seu próprio lar(16-18).

A maioria dos familiares possui ensino médio completo, como constatou o estudo feito em Campinas em 2019(13). No entanto, houve outros estudos encontrados que apontaram o ensino fundamental incompleto como escolaridade mais prevalente dentre os familiares(18,15).

A renda mensal verificada no presente estudo mais prevalente foi de 1 a 3 salários-mínimos, o que concordou com o obtido pelo estudo de 2019 realizado em Porto Alegre em dois hospitais públicos(15), em que 100% dos participantes possuíam essa mesma faixa de renda. Resultados parecidos também foram encontrados por outros estudos, em que a faixa de renda ficou entre 1 a 2 salários-mínimos(14,16).

Foi verificado que a maior parte dos familiares possui alguma religião e em grande parte dos estudos encontrados também foi verificado que a maioria é religiosa, concordando com os achados do presente estudo(9,13,15,16).

A grande maioria dos familiares estava vivenciando a experiência de estar numa UTI pela primeira vez, o que vai ao encontro dos achados de um estudo publicado em 2009 realizado em Maringá entre 2004 a 2006(18) e do estudo de Porto Alegre realizado por Matos, Cecchetto e Mariot(15), onde a maioria também nunca havia entrado numa UTI antes.

Em relação aos pacientes admitidos na UTI Neonatal e Pediátrica, a mediana de internação foi de 9 dias, que variou entre 1 e 240 dias. Resultado parecido foi encontrado pelo estudo realizado em Maringá(18), em que o tempo de internação foi de 1 a 196 dias, numa média de 7,3 dias. Ao passo que no estudo realizado em Porto Alegre(15), 85,3% dos pacientes tiveram tempo de internação menor que 15 dias.

O maior contato de 56% dos familiares foi com a equipe de enfermagem, resultado esse que concorda com a pesquisa realizada em Maringá por Molina, Marcon, Uchimura e

Lopes(18), mas diverge com o encontrado no trabalho de Taurisano realizado em Campinas em 2019(13), em que os familiares tiveram maior satisfação com a equipe médica.

No que diz respeito ao diagnóstico clínico dos pacientes, 43,28% dos familiares possuíam conhecimento pleno sobre ele. Esse resultado não foi visto no estudo de Matos, Cecchetto e Mariot(15), em que 94,1% da amostra sabia o diagnóstico, apesar de terem menor escolaridade (ensino fundamental incompleto) do que os familiares do presente estudo. Já num estudo feito em São Paulo em 2019(19) observou-se que apenas 2,9% da sua amostra não possuía conhecimento a respeito do diagnóstico dos seus parentes internados, mesmo a maioria tendo apenas o ensino fundamental e nunca tendo entrado numa UTI antes. Verificou-se que, apesar dos familiares do presente trabalho terem uma maior escolaridade em relação aos estudos citados, a porcentagem de conhecimento diagnóstico foi inferior. É importante ressaltar que o momento da internação é o período mais crítico para o familiar e isso pode causar interferências no entendimento adequado das informações passadas pelos médicos, impedindo a total compreensão do diagnóstico por parte dos familiares(20).

Os principais motivos de admissão da unidade estudada estão relacionados à prematuridade, juntamente ou não a outras comorbidades, totalizando uma amostra total de 71,43% dos casos. O estudo de Taurisano realizado em Campinas em 2019(13) foi o que mais concordou com tais resultados, apresentando como a maior causa de internações na sua respectiva unidade estudada a prematuridade, seguida de síndrome do desconforto respiratório e baixo peso ao nascer, que são comorbidades relacionadas à prematuridade. Todavia, muitas divergências foram encontradas na literatura. Foram verificados como principais motivos de internação em outras unidades estudadas a sepse e sífilis congênita(15), doenças cardiovasculares(21) e o TCE (traumatismo cranioencefálico) e envenenamentos(22).

No presente estudo, as necessidades de maior importância foram as relacionadas à Segurança (“saber as chances de melhora do paciente”, “ter perguntas respondidas com franqueza”, “sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente” e “ser informado a

respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente”) e à Informação (“saber quem pode dar a informação que necessito”). Esses dados concordam com o que foi obtido no estudo de Matos, Cecchetto e Mariot(15), em que os familiares classificaram a necessidade “saber as chances de melhora do paciente” como a mais importante dentre todas. Esse estudo foi composto por familiares em sua maioria entre 18 e 25 anos, com ensino fundamental incompleto, solteiros e desempregados, divergindo da população do presente trabalho. Isso reforça que a importância atribuída a essas necessidades pode independe de sexo, faixa etária, grau de escolaridade ou empregabilidade. Outros estudos também mostraram concordância em relação aos dados obtidos pelo presente trabalho(2,9). Já uma pesquisa realizada em 2008 num hospital público do interior de São Paulo(23) demonstrou que a necessidade mais importante está relacionada ao Conforto, o que difere dos resultados encontrados. A população desse estudo também é composta em sua maioria por mulheres, mas de faixa etária entre 18 e 73 anos, e talvez pelo fato de ter abrangido uma população com mais idade que o presente trabalho, a necessidade Conforto tenha sido considerada mais importante.

Ao todo, 98,7% das necessidades foram consideradas importantes pelos familiares. No estudo feito em 2007 na cidade de São Paulo por Freitas(9), também houve consideração de importância para maioria das necessidades (89%), ainda que em número um pouco inferior ao encontrado.

Foi verificado que a necessidade menos importante está relacionada ao campo de Suporte com destaque para “ser informado sobre os serviços religiosos”, apesar da maioria dos familiares ter uma religião, seguida de Conforto, em que “ter um telefone perto da sala de espera” foi a necessidade de menor importância. Outros estudos encontrados também verificaram a atribuição de menor importância para “ser informado sobre os serviços religiosos”, obtendo um resultado parecido com o apresentado no presente estudo e reforçando a menor importância atribuída a esse campo(9,15). Ao passo que Silva, Barbosa e

Ferreira em São Paulo no ano de 2008(23) verificaram em sua pesquisa que a necessidade menos importante estava atribuída ao campo de Proximidade com o paciente, com destaque para “conversar sobre a possibilidade de morte do paciente”, o que difere dos resultados obtidos pelo presente trabalho. A sua amostra foi constituída por 72 familiares com as mesmas características sociodemográficas do presente estudo, exceto pelo fato de ser constituída em maior parte pelos pais dos pacientes.

Em relação à satisfação, a necessidade que mais contribuiu para a satisfação dos familiares está relacionada ao campo de Segurança (“saber as chances de melhora do paciente”), em que 100% se disse satisfeito com esse serviço. Proximidade com o paciente também foi outro campo bastante satisfeito dentre os familiares do presente estudo, com destaque para “ver o paciente frequentemente”, apesar das restrições de visitação no local. Estudos concordaram em relação a isso. Em Salvador-Bahia, no período de 2007 a 2008(24) e no Maranhão em 2011(12), se verificou maior satisfação no campo de Segurança. Em Porto Alegre no ano de 2019(15) a maior satisfação foi no campo de Proximidade com o paciente. Um estudo internacional realizado em Portugal em 2013(25) verificou maior satisfação tanto em Segurança quanto Proximidade igualmente.

As necessidades com menor grau de satisfação foram as relacionadas ao campo de Suporte e Conforto, sendo “ser acompanhado por alguém durante a visita” a necessidade de maior insatisfação dentre os familiares. Essas necessidades foram as que mais divergiram em comparação a outros estudos, em que foi verificado necessidades mais insatisfeitas no campo de Proximidade com o paciente (“conversar sobre a possibilidade de morte do paciente”)(23) e no campo de Segurança (“sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente”)(24). Ao passo que no estudo feito por Matos, Cecchetto e Mariot(15), em Porto Alegre, o campo de Suporte foi o mais insatisfeito, resultado semelhante ao encontrado no presente estudo, porém, a necessidade que mais contribuiu para o grau de insatisfação desse estudo foi “ter a visita de alguém da religião a qual pertença”.

Ao todo, 97% das necessidades foram consideradas satisfeitas pelos 71 familiares. Estudos mostraram que a maioria das necessidades são consideradas satisfeitas pelos familiares, porém, não com uma porcentagem tão elevada quanto a do presente estudo(12,15). Esperava-se encontrar uma menor porcentagem de satisfação dentre os familiares, uma vez que, comparando com a maior parte dos estudos citados, o grau de escolaridade da amostra do presente trabalho foi superior e uma maior escolaridade contribui para uma menor satisfação das necessidades(26).

É importante ressaltar que, as restrições de visita impostas na unidade estudada por conta da pandemia podem ter refletido na insatisfação que a maioria dos pais demonstrou com a necessidade de “ser acompanhado por alguém durante a visita”. Talvez também devido a essas restrições, a necessidade de “ter a visita de alguém da religião a qual pertença” foi considerada não importante, apesar de a maioria dos familiares possuírem religião.

A maior parte dos familiares disse ter maior contato com os enfermeiros do que com os médicos na unidade estudada, porém, relataram que os médicos da UTI são de fácil acesso. Apesar disso, as necessidades de maior satisfação mostram que eles estavam seguros de que os médicos estavam cuidando bem dos seus parentes internados.

Outro fator importante a ser considerado é a alta prevalência do sexo feminino na amostragem desse estudo, que é considerado um grande fator de risco para o desenvolvimento de ansiedade e depressão(27). Com isso, ressaltamos ainda mais a importância de se oferecer um serviço que satisfaça as necessidades dessa população.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que os familiares atribuem maior importância a questões relacionadas à Segurança e à Informação que o hospital e a equipe profissional devem passar a eles. Além disso, demonstrou que existe uma alta prevalência de familiares que não sabem ao certo o diagnóstico clínico dos seus parentes. Portanto, sugerimos que a

equipe médica e os outros profissionais da UTI Neonatal e Pediátrica sejam acolhedores, acessíveis, compreensíveis, e que saibam dar informações completas aos familiares. Estes, além de serem os fatores considerados mais importantes para aqueles que acompanham seu ente querido na UTI, também estão associados à maior satisfação. Uma equipe profissional que acolha e saiba lidar com as emoções dos familiares talvez possa influenciar na compreensão das informações diagnósticas por parte dos familiares, uma vez que estarão mais seguros emocionalmente. É importante também que os médicos não utilizem termos técnicos e sofisticados nas conversas com a família. Pode-se dizer que uma boa relação entre os profissionais e familiares pode garantir o menor estresse possível para a família nesse momento tão difícil e é fundamental.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo tem algumas limitações. Ele incluiu um número pequeno de familiares e, portanto, suas conclusões precisam ser vistas com muita cautela. Além disso, os questionários foram aplicados em diferentes períodos de internação (uns com mais dias, outros com menos dias de internação), e não sabemos se o grau de importância das necessidades ou a satisfação diminuiu com o decorrer do tempo. Outra questão que também limitou o estudo foi a pandemia de COVID-19, a qual impediu que a coleta se realizasse nos meses de abril e maio, inicialmente previstos. Somado a isso, também foram impostas restrições de visitação na unidade estudada, em que apenas os pais podiam visitar as crianças e em horário previamente estipulado (e não mais 24 horas por dia). Também devido à pandemia, houve redução no número de internações da unidade em relação ao mesmo período de 2019, diminuindo o total da amostra prevista para o estudo em questão.

REFERÊNCIAS

1. Santos MSN, Rolim KMC, Albuquerque MF, Pinheiro CW, Magalhães FJ, Fernandes HIVM, Albuquerque FHS. Relação Familiar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Revisão Integrativa. *Rev. Enferm. Foco* [Internet]. 2018 Out [acesso 2019 Ago 13];9(1):54-60. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1417/428>.
2. Batista VC, Monteschio LVC, Godoy FJ, Góes HLF, Matsuda LM, Marcon SS. Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. *J. res.: fundam. care. online* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Ago 13];11(n. esp):540-6. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7110>.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS [Internet]. Brasília: DF, c 2019. [acesso 2019 Set 10]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>.
4. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 Mai-Jun [acesso 2019 Set 10];23(3):411-8. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf.
5. Berthelsen PG, Cronqvist M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. *Acta Anaesthesiol Scand.* [Internet]. 2003 [acesso 2019 Set 15];47(10):1190-5. Disponível em: <http://doi.org/10.1046/j.1399-6576.2003.00256.x>.
6. Coelho AS, Custódio DSGG, Rosso G, Silva R, Silva GSC, Carniel F. Equipe de enfermagem e a assistência humanizada na UTI neonatal. *Re. on. Facema* [Internet]. 2018 Jan-Mar [acesso 2019 Set 10];4(1):873-7. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/381/176>.
7. Hospital Nossa Senhora da Conceição. UTI Neonatal e Pediátrica [Internet]. Tubarão: HNSC; [acesso 2019 Set 10]. Disponível em: <https://hnscc.org.br/maternidade/uti-neonatal-e-pediatria/>.
8. Castro DS. Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio-encefálico em terapia intensiva. Tese de Doutorado (1999). Rio de Janeiro, UFRJ.
9. Freitas KS, Kimura M, Ferreira KASL. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2007 Jan.-Fev [acesso 2019 Ago 20];15(1):84-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100013>.
10. StataCorp. 2019. Stata: Release 16. Statistical Software. College Station, TX: StataCorp LLC.
11. Molina RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. *Rev. Esc.*

- Enferm. USP [Internet]. 2009 Set [acesso 2020Out08];43(3):630-8. Disponível em:<http://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300019>.
12. Ribeiro FSP, Santos MH, Sousa FGM, Santana EEC, Araújo SFC, Viegas CGC, Braga LC. Descrevendo necessidades de familiares de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev. Enf. em foco. [Internet]. 2012 Set [acesso 2020 Out 10];3(4):186-9. Disponível em:
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/381/172>.
 13. Taurisano AAA. Pais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estresse e satisfação. Tese de Mestrado (2019). Campinas, PUC.
 14. Vital DRCL. Perfil sociodemográfico e autoficacia de mães de prematuros internados em unidade neonatal. Monografia (2019). Fortaleza, UFC.
 15. Matos MM, Cecchetto FH, Mariot MDM. Satisfação dos familiares de neonatos internados em unidades de terapia intensiva neonatal. Rev. Rede cuid. saúde [Internet]. 2019 Dez. [acesso 2020 Out 20];2(13):44-59. Disponível em:
<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/5621>.
 16. Silva BAAd. Apoio social e necessidades de mães de neonatos hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estresse e satisfação. Tese de Mestrado (2020). Natal, UFRN.
 17. Ferreira NA, Sales JKD, Coelho HP, Marçal FA, Melo CS, Souza DR, et al. Hospitalização Infantil: impacto emocional indexado a figura dos pais. Rev. Interfaces [Internet]. 2020 Fev [acesso 2020 Out 10];8(1):402-8. Disponível em:
<https://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/681>.
 18. Molina RCM, Marcon SS, Uchimura TT, Lopes EP. Caracterização das internações em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, de um hospital-escola da região sul do Brasil. Cienc Cuid Saúde [Internet] 2008 [acesso 2020 Out 10];7(1):112-120. Disponível em:
<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6581/3894>.
 19. Midega TD, Oliveira HSB, Fumis RRL. Satisfação dos familiares de pacientes críticos admitidos em unidade de terapia intensiva de hospital público e fatores correlacionados. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2019 Jun [acesso 2020 Out 20];31(2):147-155. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2019000200147&lng=en.
 20. Pozzatti R, Diaz CMG, Backes DS, Freitas HMB, Costenaro RGS, Zamberlan C. Enfrentamento da internação da criança em UTI-Ped pelo familiar/cuidador. Disciplinarum Scientia. Série: cienc da saúde [Internet]. 2017 Ago [acesso 2020 Nov 5];1(18):157-168. Disponível em:
<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2259/2023>.
 21. Quintino JC. Perfil epidemiológico de crianças internadas em UTI Neonatal e Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão (SC). Monografia (2015). Florianópolis, UFSC.

22. Lanetzki CS, Oliveira CAC, Bass LM, Abramovici S, Troster EJ. O perfil epidemiológico do Centro de Terapia Intensiva Pediátrico do Hospital Israelita Albert Einstein. *einstein* [Internet]. 2012. [acesso 2020 Out 10];10(1):16-21. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt_v10n1a05.pdf.
23. Silva KAS, Barbosa HA, Ferreira TN. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Digital EFDeportes* [Internet]. 2014 Jul. [acesso 2020 Out 10];194(19). Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd194/necessidades-de-familiares-de-pacientes-internados.htm>.
24. Neves FBCS, Dantas MP, Bitencourt AGV, Vieira PS, Magalhães LT, Teles JMM, et al. Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2009 Mar [acesso 2020 Out 08];21(1):32-7. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0103-507X2009000100005>.
25. Baía I, Alves E, Amorim M, Fraga S, Silva S. Parental needs and stress in neonatal intensive care units: effect of data collection period. *Arq Med.* [Internet]. 2015 Dez. [acesso 2020 Out 10];29(6):160-2. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132015000600004&lng=pt.
26. Oliveira HSB, Fumis RRL. Influência do sexo e condição de cônjuge nos sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático em pacientes admitidos à unidade de terapia intensiva e em seus respectivos cônjuges. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2018 Mar [acesso 2020 Out 15];30(1):35-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2018000100035&lng=en.
27. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, Dhainaut JF, Schlemmer B. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med.* [Internet] 2001 Jan [acesso 2020 Out 15];163(1):135-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11208638/>.

TABELAS

Tabela 1 – Número e porcentagem das variáveis sociodemográficas dos familiares das crianças internadas na UTI Neonatal e Pediátrica, nos meses de março, junho, julho e agosto de 2020. Tubarão, 2020.

Variáveis	Número	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	68	95,77
Masculino	03	4,23
Situação de trabalho		
Empregado	23	32,39
Dona de casa	21	29,58
Desempregado	15	21,13
Autônomo	07	9,86
Licença médica	04	5,63
Estudante	01	1,41
Estado civil		
Casado	34	47,89
Solteiro	21	29,58
União estável	16	22,54
Escolaridade		
Médio completo	31	43,66
Fundamental completo	13	18,31
Médio incompleto	10	14,08
Superior completo	09	12,68
Superior incompleto	05	7,04
Fundamental incompleto	03	4,23
Religião		
Católica	46	64,79
Evangélica	16	22,54
Nenhuma	05	7,04
Outra	04	5,63
Renda mensal familiar (salário-mínimo)		
1 a 3	56	78,87
4 a 5	14	19,72
Mais de 10	01	1,41
Município de origem		
Tubarão	24	33,80
Outros municípios	47	66,20
Etnia		
Branca	59	83,10
Parda	10	14,08
Negra	02	2,82

Tabela 2 – Número e porcentagem das variáveis dos familiares e sua relação com a UTI Neonatal e Pediátrica nos meses de março, junho, julho e agosto de 2020. Tubarão, 2020.

Variáveis	Número	Porcentagem (%)
Experiência anterior com UTI		
Não	48	67,61
Sim	23	32,39
Vezes de experiência com UTI		
1 vez	08	42,11
2 vezes	08	42,11
3 ou mais vezes	03	15,78
Número de visitas por semana		
Todos os dias	55	77,46
5 a 6 vezes	06	8,45
1 a 2 vezes	06	8,45
3 a 4 vezes	04	5,63
Meio de transporte que usa para ir até à UTI		
Carro	58	81,69
A pé	04	5,63
Ônibus	03	4,23
Carona	03	4,23
Táxi	02	2,82
Outro meio	01	1,41
Profissional que mais encontra na UTI		
Enfermeiro	56	78,87
Médico	14	19,72
Outro	01	1,41
Facilidade de acesso aos médicos		
Sim	65	91,55
Não	06	8,45
Grau de parentesco com o paciente internado na UTI		
Mãe	68	95,77
Pai	03	4,23
Conhecimento do motivo da internação		
Sim	67	94,37
Não	04	5,63

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Fonte: elaboração dos autores, 2020.

Tabela 3 – Número e porcentagem das variáveis coletadas através do Prontuário Eletrônico dos pacientes admitidos na UTI Neonatal e Pediátrica, nos meses de março, junho, julho e agosto de 2020. Tubarão, 2020.

Variáveis	Número	Porcentagem (%)
Diagnóstico clínico do paciente		
Prematuridade com outras comorbidades	30	42,86
Prematuridade	20	28,57
Distúrbios respiratórios	08	11,43
Distúrbios do SNC	06	8,57
Distúrbios cardiovasculares	03	4,29
Distúrbios metabólicos	03	4,29
Tipo de parto		
Cesárea	50	75,76
Normal	16	24,24
Complicações gestacionais		
Distúrbios uterinos	12	30,00
Distúrbios cardiovasculares	10	25,00
Distúrbios em 2 ou mais sistemas	10	25,00
Distúrbios metabólicos	04	10,00
Infecção materna	04	10,00
Uso de drogas na gestação		
Não	60	90,91
Sim	06	9,09

Legenda: SNC – Sistema Nervoso Central.

Fonte: elaboração dos autores, 2020.

Tabela 4 – Média e porcentagem da importância e da satisfação das variáveis do questionário INEFTI em relação à UTI Neonatal e Pediátrica de um hospital do Sul do Brasil nos meses de março, junho, julho e agosto de 2020. Tubarão, 2020.

Variável	Importância			Satisfação		
	Média (DP)	Importante N (%)	Não Importante N (%)	Média (DP)	Satisfeito N (%)	Não satisfeito N (%)
1. Saber as chances de melhora do paciente	3,91 (0,30)	71 (100,00)	00 (0,00)	3,83 (0,40)	71 (100,00)	00 (00,00)
2. Ter orientações gerais sobre a UTI	3,73 (0,53)	70 (98,60)	01 (1,40)	3,63 (0,40)	68 (95,80)	3 (4,20)
3. Poder conversar com o médico todos os dias	3,9 (0,40)	67 (97,10)	02 (2,90)	3,33 (0,95)	57 (80,30)	14 (19,70)
4. Ter uma pessoa que possa dar informações por tel.	3,73 (0,60)	66 (92,96)	05 (7,04)	3,6 (0,80)	63 (88,73)	08 (11,27)
5. Ter perguntas respondidas com franqueza	3,94 (0,23)	71 (100,00)	00 (00,00)	3,63 (0,80)	65 (91,55)	06 (8,45)
6. Ter horário de visita modificado em casos especiais	3,8 (0,51)	68 (95,77)	03 (4,23)	3,63 (0,63)	65 (91,55)	06 (8,45)
7. Falar sobre sentimentos negativos	3,5 (0,82)	62 (87,32)	09 (12,68)	3,3 (0,90)	53 (74,65)	18 (25,35)
8. Ter uma boa lanchonete no hospital	3,21 (1,02)	54 (76,06)	17 (23,94)	3,33 (0,80)	62 (87,32)	09 (12,68)
9. Ser informado sobre o que fazer quando estiver na UTI	3,9 (0,40)	70 (98,59)	01 (1,41)	3,61 (0,61)	66 (92,96)	05 (7,04)
10. Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora	3,7 (0,70)	62 (87,32)	09 (12,68)	3,6 (0,74)	60 (84,51)	11 (15,49)
11. Saber quem pode dar a informação que necessito	3,9 (0,35)	71 (100,00)	00 (00,00)	3,63 (0,60)	68 (95,77)	03 (4,23)
12. Ter amigos por perto para me apoiar	3,6 (0,85)	62 (87,32)	09 (12,68)	2,8 (1,9)	37 (52,11)	34 (47,89)
13. Saber por que determinados tratamentos foram realizados	3,9 (0,32)	70 (98,59)	01 (1,41)	3,6 (0,70)	64 (90,14)	07 (9,86)
14. Sentir que há esperança de melhora do paciente	3,9 (0,50)	70 (98,59)	01 (1,41)	3,7 (0,60)	69 (97,18)	02 (2,82)

15. Saber quais profissionais estão cuidando do paciente	3,9 (0,44)	70 (98,59)	01 (1,41)	3,6 (0,64)	67 (94,37)	04 (5,63)
16. Saber que tratamento está sendo dado	3,8 (0,50)	70 (98,59)	01 (1,41)	3,7 (0,55)	69 (97,18)	02 (2,82)
17. Estar seguro que o melhor tratamento está sendo dado	3,9 (0,41)	70 (98,59)	01 (1,41)	3,8 (0,50)	70 (98,59)	01 (1,41)
18. Ter um lugar em que possa ficar sozinho no hospital	3,0 (1,0)	46 (64,79)	25 (35,21)	2,8 (1,0)	43 (60,56)	28 (39,44)
19. Saber exatamente o que está sendo feito para o paciente	3,85 (0,40)	70 (98,59)	01 (1,41)	3,6 (0,62)	66 (92,96)	05 (7,04)
20. Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI	3,2 (1,0)	51 (71,83)	20 (28,17)	3,3 (0,80)	59 (83,10)	12 (16,90)
21. Sentir-se aceito pelos funcionários do hospital	3,7 (0,55)	67 (94,37)	04 (5,63)	3,7 (0,53)	68 (95,77)	03 (4,23)
22. Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros	3,4 (0,93)	58 (81,69)	13 (18,31)	2,7 (1,0)	39 (54,93)	32 (45,07)
23. Ter um telefone perto da sala de espera	2,6 (1,13)	39 (54,93)	32 (45,07)	2,8 (0,90)	43 (60,56)	28 (39,44)
24. Ter a visita de alguém da sua religião	2,6 (1,13)	35 (49,3)	36 (50,70)	2,9 (0,94)	43 (60,56)	28 (39,44)
25. Conversar sobre possibilidade de morte do paciente	3,5 (0,85)	62 (87,32)	09 (12,68)	3,4 (0,62)	66 (92,96)	05 (7,04)
26. Ser acompanhado por alguém durante a visita	3,5 (0,82)	62 (87,32)	09 (12,68)	2,6 (1,0)	32 (45,07)	39 (54,93)
27. Ter alguém que se preocupa com a minha saúde	3,8 (0,53)	68 (95,77)	03 (4,23)	3,4 (0,82)	64 (90,14)	07 (9,86)
28. Ter certeza que está tudo bem para deixar o hospital	3,8 (0,40)	70 (98,59)	01 (1,41)	3,6 (0,70)	66 (92,96)	05 (7,04)
29. Conversar com a mesma enfermeira todos os dias	3,3 (0,91)	55 (77,46)	16 (22,54)	3,2 (0,80)	60 (84,51)	11 (15,49)
30. Sentir-se à vontade para demonstrar sentimentos	3,7	66	05	3,3	61	10

	(0,60)	(92,96)	(7,04)	(0,83)	(85,92)	(14,08)
31. Saber quais outros profissionais podem me ajudar	3,8	69	02	3,5	63	08
	(0,50)	(97,18)	(2,82)	(0,90)	(88,73)	(11,27)
32. Ter um banheiro perto da sala de espera	3,5	61	10	3,0	45	26
	(0,80)	(85,92)	(14,08)	(0,93)	(63,38)	(36,62)
33. Receber explicações que possam ser compreendidas	3,8	70	01	3,6	67	04
	(0,41)	(98,59)	(1,41)	(0,73)	(94,37)	(5,63)
34. Começar a visita na hora marcada	3,5	61	10	3,6	68	03
	(0,80)	(85,92)	(14,08)	(0,60)	(95,77)	(4,23)
35. Ser informado sobre serviços religiosos	2,3	25	46	2,6	37	34
	(1,13)	(35,21)	(64,79)	(1,0)	(52,11)	(47,89)
36. Ajudar a cuidar do paciente na UTI	3,7	69	02	3,6	67	04
	(0,50)	(97,18)	(2,82)	(0,63)	(94,37)	(5,63)
37. Ser comunicado sobre possíveis transferências	3,8	68	03	3,7	69	02
	(0,55)	(95,77)	(4,23)	(0,50)	(97,18)	(2,82)
38. Ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente	3,9	70	01	3,8	68	03
	(0,40)	(98,59)	(1,41)	(0,51)	(95,77)	(4,23)
39. Receber informações sobre o paciente no mínimo uma vez por dia	3,8	70	01	3,5	64	07
	(0,40)	(98,59)	(1,41)	(0,85)	(90,14)	(9,86)
40. Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente	3,9	71	00	3,8	69	02
	(0,25)	(100,00)	(00,00)	(0,45)	(97,18)	(2,82)
41. Ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente	3,9	71	00	3,7	66	05
	(0,23)	(100,00)	(00,00)	(0,60)	(92,96)	(7,04)
42. Ver o paciente frequentemente	3,9	70	01	3,8	70	01
	(0,34)	(98,59)	(1,41)	(0,41)	(98,59)	(1,41)
43. Ter sala de espera perto do paciente	3,3	54	17	3,5	66	05
	(1,0)	(76,06)	(23,94)	(0,70)	(92,96)	(7,04)

ANEXOS

Anexo A – Normas para publicação AMRIGS

A) SUBMISSÃO ON-LINE

A submissão deverá ser feita através do seguinte endereço na internet:
http://www.revistadaamrigs.org.br/sgp/.

Quando entrar neste link, o sistema irá pedir seu nome de usuário e senha, caso já esteja cadastrado. Caso contrário clique no botão "Quero me cadastrar" e faça seu cadastro. Ou ainda, caso tenha esquecido sua senha, use o mecanismo para lembrar sua senha, que gerará automaticamente um e-mail contendo a mesma.

O(s) autor(es) deve(m) manter uma cópia de todo o material enviado para publicação, pois os editores não se responsabilizam pelo extravio do material.

O processo de submissão é composto de oito passos, listados abaixo:

- 1. Informar Classificação**
- 2. Envio de Imagens para o seu Artigo**
- 3. Cadastrar co-autores**
- 4. Informar Título e Palavras-chave**
- 5. Informar Resumo e Comentários**
- 6. Montar Manuscrito**
- 7. Transferência de Copyright (Cessão de Direitos) e Declaração de Conflitos de Interesse**
- 8. Aprovação do (s) Autor (es)**

Os autores devem submeter eletronicamente manuscritos preparados no Microsoft Word ou similar, pois no passo "Montar Manuscrito", será exibida uma tela que simula o Word, onde é possível "copiar e colar" de qualquer editor de texto, inclusive as tabelas. O texto deverá ser digitado em espaço duplo, sendo que as margens não devem ser definidas, pois o sistema SGP as definirá automaticamente. Regras para imagens e gráficos estão descritas abaixo.

Submissão on-line passo a passo:

1º Passo: Informar Classificação

Escolha uma das quatro opções: Artigo Original, Artigo de Revisão, Relato de Caso ou Carta ao Editor.

2º Passo: Envio de imagens para o seu artigo:

As imagens deverão obrigatoriamente estar em formato JPG. O sistema envia grupos de até cinco imagens por vez. Para submeter mais de cinco imagens, basta clicar no botão "Enviar mais imagens". Logo após serão exibidas miniaturas das imagens, onde há um ícone (), que deverá ser clicado para editar o título e a legenda de cada imagem submetida.

3º Passo: Cadastrar Co-autor(es)

Cadastre cada co-autor, informando nome completo, cargo e titulação obrigatoriamente. O CPF poderá ser informado posteriormente. A ordem dos co-autores pode ser alterada facilmente usando as "setas" exibidas na tela.

4º Passo: Informar Título e Palavras-chave

Informe o título do trabalho, em português e inglês, e as Palavras-chave (Português) e Keywords (Inglês), 2 a 6 palavras chaves pertinentes. ESTAS PALAVRAS DEVERÃO ESTAR CONTIDAS NO DECS E NO MESH (em todas as telas no SGP).

5º Passo: Informar Resumo e Comentários

O Resumo deverá obrigatoriamente conter no máximo 250 palavras que é o limite máximo aceito pelo sistema. O excedente será cortado automaticamente pelo mesmo. O autor deverá preencher os campos: Instituição, Nome e endereço para correspondência, suporte financeiro (deverá ser provida qualquer informação sobre concessões ou outro apoio financeiro) e a carta ao editor (opcional). O Abstract será redigido pelo Tradutor com base no resumo.

6º Passo: Montar Manuscrito

Nesta tela é exibido um simulador do Word com todas as funcionalidades de formatação de texto necessárias. Para inserir seu texto neste campo, simplesmente selecione todo seu trabalho e copie e cole no campo de montagem do manuscrito. Somente selecione textos e tabelas, pois as imagens já deverão ter sido enviadas no 1º passo e serão inseridas no final do trabalho automaticamente. Importante: Nunca coloque neste campo os nomes de autores, co-autores, ou qualquer outra informação que possa identificar onde o trabalho foi realizado. Tal exigência se deve ao fato de o processo de revisão transcorrer sem o conhecimento destes dados pelo (s) revisor (es). A não observância deste detalhe fará com que o trabalho seja devolvido como FORA DE PADRÃO para correções.

7º Passo: Copyright (Cessão de Direitos) e Declaração de Conflitos de Interesse

Neste passo é exibida a tela com o termo de Copyright e outra com a Declaração de conflitos de Interesse, que devem ser impressas, para que o autor colha as assinaturas e informe os dados dele e de cada co-autor. A revisão do artigo será feita por pares, sendo avaliado potencial conflito de interesse que impossibilite a mesma, baseado em relação comercial, familiar, científica, institucional ou qualquer outra com o autor ou co-autores e com o conteúdo do trabalho. Em caso de material já publicado ou em caso de material que possa identificar o paciente, imprima os formulários adequados e colha as assinaturas e dados conforme indicado. O SGP oferece a opção de impressão destes termos clicando nos links apropriados.

8º Passo (Último passo): Aprovação do Autor

Este é o último passo para completar a submissão do artigo. Nesta tela o autor terá a opção de visualizar seu trabalho no sistema e também pode salvar uma versão em PDF de seu trabalho recém submetido. Importante: O autor deverá clicar no link " APROVAR MANUSCRITO" para que seu trabalho seja encaminhado à Secretaria da Revista da AMRIGS para conferência e confirmação.

Procedimentos após a submissão (Notificações via e-mail):

Ao terminar a submissão de seu trabalho, será gerado um e-mail informando se a submissão foi efetuada corretamente. Quando o trabalho for recebido e conferido será gerado outro e-mail informando se o mesmo está dentro dos padrões solicitados. Caso o artigo esteja "Fora de padrão" o autor será avisado por e-mail e poderá corrigi-lo entrando no site <http://www.revistadaamrigs.org.br/sgp/>

O autor que submeteu o trabalho poderá acompanhar a sua tramitação a qualquer momento pelo SGP da revista, através do código de fluxo gerado automaticamente pelo SGP ou ainda pelo título de seu trabalho.

Como o sistema gera e-mails automaticamente conforme seu artigo estiver tramitando é imprescindível que o autor DESABILITE SEUS FILTROS DE SPAM em seus respectivos provedores ou que CONFIGURE SUAS CONTAS DE E-MAIL PARA ACEITAR qualquer mensagem do domínio REVISTADAAMRIGS.ORG.BR.

B) REGRAS PARA REDAÇÃO DOS ARTIGOS

A revista da AMRIGS (ISSN 0102-2105) aceita para publicação artigos da comunidade científica Nacional e Internacional. Publica regularmente artigos originais de pesquisa clínica e experimental, artigos de revisão sistemática de literatura, metanálises, artigos de opinião, relatos de caso e cartas ao editor. A revista da AMRIGS apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (<http://www.icmje.org>). O número de identificação deverá ser informado no final do resumo.

Regras do artigo:

O artigo pode ser enviado nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês (sempre com resumo na língua em que foi escrito). O tamanho do artigo completo não deverá exceder 24 páginas (laudas do Word) para artigos originais e de revisão, 15 páginas para relatos de caso e artigos de opinião e 2 páginas para as cartas ao editor. As margens não precisam ser definidas, pois o sistema SGP as definirá. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares (peer review). Os trabalhos são encaminhados aos Editores Associados que selecionarão os relatores de reconhecida competência na temática abordada. Os trabalhos publicados são propriedades da Revista, sendo vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas sem a autorização da mesma. Os trabalhos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais e Declaração de Conflitos de Interesses assinadas pelos autores. Os conceitos emitidos nos trabalhos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Conteúdo do artigo:

O título do artigo: em português e inglês, curtos e objetivos; nome dos autores com titulação mais importante de cada um; instituição à qual o trabalho está vinculado; nome, endereço, telefone, e-mail e fax do autor responsável pela correspondência; se o trabalho foi apresentado em congresso, especificar nome do evento, data e cidade; fonte de suporte ou financiamento se houver e se há alguma espécie de conflito de interesses.

- **Resumo:** O resumo dos artigos originais deve ser estruturado, isto é, apresentando as seguintes seções: a) Introdução (com objetivo); b) Métodos; c) Resultados; d) Conclusões. O resumo deve ter no máximo de 250 palavras. O resumo dos artigos de revisão não deve ser estruturado, porém deve incluir introdução com objetivos, síntese dos dados e conclusões. Para relatos de caso o resumo também não deve ser estruturado, porém deve incluir introdução, e o relato resumido e conclusões. Abaixo do resumo, fornecer dois a seis descritores em português e inglês, selecionados da lista de "Descritores em Ciências da Saúde" da BIREME, disponível no site <http://decs.bvs.br>. O Abstract será redigido pelo Tradutor com base no resumo.

- **Artigos Originais:** a) Introdução (com objetivo); b) Metodos; c) Resultados; d) Discussão; e) Conclusões; f) Referências Bibliográficas. As informações contidas em tabelas e figuras não devem ser repetidas no texto. Estudos envolvendo seres humanos e animais devem fazer referência ao número do protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição à qual está vinculada a pesquisa. Artigos originais são definidos como relatórios de trabalho de pesquisa científica com contribuições significativas e válidas. Os leitores devem extrair de um artigo geral conclusões objetivas que vão ao encontro dos objetivos propostos.

- **Artigos de Revisão da Literatura:** Deverão ser feitos sob convite do Editor e conter na sua estrutura os seguintes itens: a) Introdução; b) Revisão de literatura; c) Comentários Finais; e) Referências Bibliográficas. Artigos de revisão devem abranger a literatura existente e atual sobre um tópico específico. A revisão deve identificar, confrontar e discutir as diferenças de interpretação ou opinião.

- **Relato de Caso:** a) Introdução; b) Apresentação do Caso; c) Discussão com revisão de literatura; e) Comentários finais; f) Referências Bibliográficas. Relatos de caso deverão apresentar características inusitadas ou cientificamente relevantes.

- **Cartas ao Editor** - Deve expressar de forma sucinta a opinião do autor sobre diferentes assuntos de interesse médico/profissional, com um número máximo de 350 palavras (aproximadamente uma página e meia de texto) e com número de referências bibliográficas não superiores a 10.

- **Artigos de Opinião:** deverão ser feitos sob convite do Editor.

Referências bibliográficas - as referências devem ser apresentadas em ordem de aparecimento no texto e identificadas no texto em numerais arábicos entre parênteses. As abreviaturas dos periódicos devem ser baseadas no "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", disponível pelo site <http://www.icmje.org>. Todos os autores deverão ser incluídos quando houver até seis; quando houver sete ou mais, os primeiros seis devem ser

listados seguidos de 'et al.' para os subsequentes. Serão aceitas no máximo 30 referências para artigos originais, 60 para artigos de revisão e 15 para relatos de casos.

Exemplos:

- Periódicos: Sobrenome do(s) Autor(es) e Iniciais. Título do Artigo. Abreviaturas do Periódico, ano, volume: página inicial - página final. Ex: Prolla JC, Dietz J, da Costa LA. Geographical differences in esophageal neoplasm mortality in Rio Grande do Sul. Rev Assoc Med Bras. 1993;39(4):217-20.

- Teses: Sobrenome do Autor e Iniciais. Título da Tese. Cidade, ano, página (Tese de Mestrado ou Doutorado - Nome da Faculdade). Ex: Barros SGS. Detecção de lesões precursoras em indivíduos sob risco para o carcinoma epidermóide do esôfago. Tese de doutorado (1992). Porto Alegre, UFRGS.

- Livros: Sobrenome do(s) Autor(es) e Iniciais. Título do Livro, no da edição. Cidade: Editora; ano. Ex: Corrêa da Silva, LC. Condutas em Pneumologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

- Capítulos de Livros: Sobrenome do(s) Autor(es) do capítulo e Iniciais. Nome do capítulo. In: Sobrenome do(s) Autor(es) do Livro e Iniciais. Título do Livro. Número da edição. Cidade: Editora; ano, página inicial - página final. Ex: Silveira TR, Krebs S, Vieira SMG. Fibrose Cística. In Gayotto LC e Strauss EO. Hepatologia, 1ª ed. São Paulo: Ed. Rocca; 2000, 353-364.

- Material eletrônico: Para artigos na íntegra retirados da internet, seguir as regras prévias, acrescentando no final "disponível em: endereço do site" e data do acesso.

Abreviaturas e Unidades: a revista reconhece o Sistema Internacional (SI) de unidades. As abreviaturas devem ser usadas apenas para palavras muito freqüentes no texto.

Tabelas e Gráficos: cada tabela deve ser apresentada com números arábicos, por ordem de aparecimento no texto, em página separada com um título sucinto, porém explicativo, não sublinhando ou desenhando linhas dentro das tabelas. Quando houver tabelas com grande número de dados, preferir os gráficos (em preto e branco). Se houver abreviaturas, providenciar um texto explicativo na borda inferior da tabela ou gráfico.

Ilustrações: Enviar as imagens e legendas conforme instruções de envio do Sistema de Gestão de Publicações (SGP) no site www.revistadaamrigrs.org.br. Até um total de 8 figuras será publicado sem custos para os autores; fotos coloridas serão publicadas dependendo de decisão do editor e seu custo poderá ser por conta do autor. As imagens deverão ser enviadas em 300dpi, em formato JPG sem compactação. As tabelas deverão ser colocadas no final do artigo e coladas juntamente com o conteúdo no respectivo passo. Os gráficos deverão ser convertidos em formato de imagem, jpg.

Se forem usadas fotografias de pessoas, os sujeitos não devem ser identificáveis ou suas fotografias devem estar acompanhadas por consentimento escrito para publicação (ver a seção de Proteção dos Direitos de Privacidade dos Pacientes). Se uma figura já foi publicada, agradecer à fonte original e enviar a autorização escrita do detentor dos direitos autorais para reproduzir o material. A autorização é requerida, seja do autor ou da companhia editora, com exceção de documentos de domínio público.

Legenda das ilustrações: Quando símbolos, setas, números ou letras forem usados para identificar as partes de uma ilustração, identificar e explicar cada uma claramente na legenda. Explicar a escala interna e identificar o método de coloração utilizado nas microfotografias.

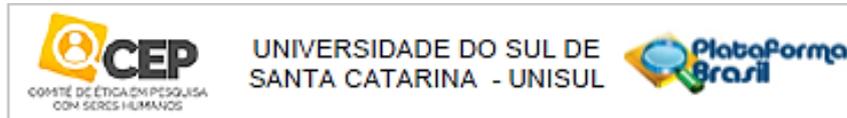
Declaração de conflitos de interesse: Além da declaração no Sistema de Gestão de Publicações, os autores devem informar no final do artigo a existência ou não de conflitos de interesses.

Provas - Os autores receberão as provas gráficas para revisão antes da publicação. Apenas modificações mínimas serão aceitas nesta fase, para correção de erros de impressão (05 dias úteis para revisar).

Check List

- √ **Título em português e inglês;**
- √ **Nome e titulação dos autores;**
- √ **Instituição;**
- √ **Endereço para correspondência;**
- √ **Apresentação em congresso; fonte de financiamento;**
- √ **Resumo e palavras-chave;**
- √ **Texto do manuscrito;**
- √ **Agradecimentos;**
- √ **Referências bibliográficas;**
- √ **Tabelas e gráficos;**
- √ **Ilustrações (fotos e desenhos);**
- √ **Legendas das ilustrações.**
- √ **Declaração por escrito de todos os autores que o material não foi publicado em outros locais, permissão por escrito para reproduzir fotos/figuras/gráficos/tabelas ou qualquer material já publicado ou declaração por escrito do paciente em casos de fotografias que permitam a sua identificação.**
- √ **Declaração por escrito sobre a "Transferência dos Direitos Autorais" e sobre a "Declaração de Conflitos de Interesse".**
- √ **Autorização da Comissão de Ética para estudos em humanos ou animais.**

Anexo B - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (Emenda)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Conhecimento das necessidades e da satisfação dos familiares de pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica de um hospital do Sul do Brasil.

Pesquisador: KARLA DAL BÓ

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25931219.5.0000.5369

Instituição Proponente: Fundação Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.153.604

Apresentação do Projeto:

O objetivo do estudo é conhecer as necessidades em relação a conforto, segurança, proximidade, informação e suporte dos familiares de pacientes admitidos na UTI neonatal e pediátrica e a sua satisfação em relação a tais serviços prestados por ela. Trata-se de um estudo observacional com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Os dados serão coletados nos meses de março, junho, julho e agosto de 2020, por meio da aplicação de dois questionários, um sociodemográfico elaborado pelos pesquisadores e outro validado, denominado INEFTI (Inventário das Necessidades e Estressores Familiares em Terapia Intensiva) a 118 familiares de neonatos e crianças internados na UTI Neonatal e Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Tubarão - SC.

Objetivo da Pesquisa:

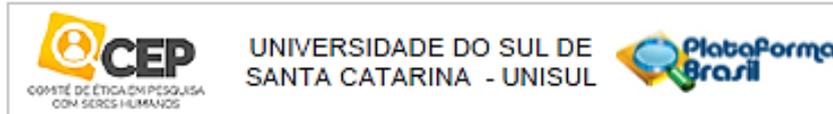
Objetivo Primário:

Conhecer as necessidades em relação a conforto, segurança, proximidade, informação e suporte dos familiares de pacientes admitidos na UTI neonatal e pediátrica nos meses de março, junho, julho e agosto de 2020 e a sua satisfação em relação a tais serviços prestados por ela.

Objetivo Secundário:

Conhecer os estressores do ambiente da UTI neonatal e pediátrica; Identificar se há humanização no atendimento e acolhimento dos familiares na unidade estudada; Conhecer os serviços

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
 Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270
 UF: SC Município: PALHOÇA
 Telefone: (48)3279-1038 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 4.158.804

oferecidos aos familiares na UTI neonatal e pediátrica; Saber se os familiares estão sendo bem informados por parte da equipe profissional da unidade em relação ao quadro clínico de seus parentes internados; Identificar se a UTI neonatal e pediátrica está carecendo em relação ao atendimento para com os familiares; Conhecer a infraestrutura oferecida pelo hospital e se ela supre as necessidades de cada familiar; Verificar as principais patologias que são motivos de internação na unidade; Identificar a relação dos fatores sociodemográficos com as necessidades e satisfação dos familiares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos inerentes à pesquisa serão mínimos, tanto para os pesquisadores quanto para os entrevistados, dentre eles estão a exposição de informações referentes ao prontuário de seus parentes internados e dos dados dos questionários (que será minimizada pela coleta exclusiva dos dados pelos pesquisadores e pelo sigilo, além da aplicação dos questionários num local reservado da UTI neonatal e pediátrica). Estresse e cansaço ao responder os questionários podem acontecer também, visando isso os pesquisadores darão todo o tempo que o familiar precisar para responder os questionários. Os familiares que por ventura se sentirem constrangidos em qualquer momento da pesquisa serão encaminhadas a qualquer serviço de psicologia de sua preferência, a partir do contato com os pesquisadores.

Benefícios:

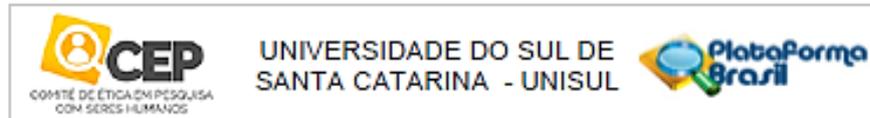
A presente pesquisa terá benefícios indiretos, pois com o estudo espera-se fornecer informações sobre as reais necessidades de cada familiar no ambiente da UTI Neonatal e Pediátrica e sua satisfação em relação aos serviços prestados por ela, abrangendo questões sobre segurança, informação, conforto, proximidade com o paciente internado e suporte da equipe profissional. Tais informações irão contribuir para a busca de melhorias contínuas nos serviços e no atendimento da UTI. Resultados desfavoráveis relacionados ao tema irão contribuir para direcionar e otimizar uma melhor prática e atendimento naquele ambiente, além de poder influir na qualidade de vida dos futuros familiares que venham a internar seus parentes na UTI Neonatal e Pediátrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto está em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12, com o cronograma de início da coleta de dados para após aprovação da emenda deste Comitê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25	CEP: 88.137-270
Bairro: Cid Universitária Pedra Branca	
UF: SC	Município: PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1038	Fax: (48)3279-1094
E-mail: cep.contato@unisul.br	



Continuação do Parecer: 4.158.804

Todos os termos se apresentam dentro da formatação exigida e com as referidas assinaturas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda apresentada foi elaborado de acordo com as exigências metodológicas e éticas para sua aprovação por este CEP.

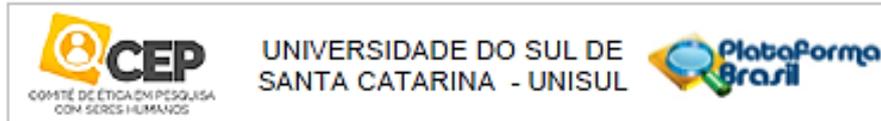
Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_1581895_É1.pdf	24/06/2020 13:34:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC_MODIFICADO.docx	24/06/2020 13:29:11	KARLA DAL BÓ	Aceito
Outros	CARTA_EMENDA.pdf	24/06/2020 13:25:55	KARLA DAL BÓ	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_MODIFICADO.docx	24/06/2020 13:25:23	KARLA DAL BÓ	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_MODIFICADA.pdf	24/06/2020 13:22:19	KARLA DAL BÓ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.doc	23/01/2020 16:38:19	KARLA DAL BÓ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_MODIFICADO.PDF	23/01/2020 16:37:47	KARLA DAL BÓ	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	20/11/2019 16:53:11	KARLA DAL BÓ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	FORMULARIO_IDENTIFICACAO.PDF	20/11/2019 16:52:27	KARLA DAL BÓ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_AUTORIZACAO_PESQUISA_EM_PRONTUARIOS.PDF	20/11/2019 16:51:51	KARLA DAL BÓ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_AUTORIZACAO_HOSPITAL.PDF	20/11/2019 16:51:26	KARLA DAL BÓ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_Ciencia_E_CONCORDANCIA.PDF	20/11/2019 16:51:02	KARLA DAL BÓ	Aceito

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
 Bairro: Cid Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270
 UF: SC Município: PALHOÇA
 Telefone: (48)3279-1058 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 4.159.004

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALHOCA, 16 de Julho de 2020

Assinado por:
Maria Inês Castilheira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270
UF: SC Município: PALHOCA
Telefone: (48)3279-1038 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br