

# Qualidade e Humanização do Atendimento em Medicina Intensiva. Qual a Visão dos Familiares?

## *Quality and Humanization of the Attendance in Intensive Care Medicine. What the Parents Think's?*

Rodrigo Ambros Wallau<sup>1</sup>, Hélio Penna Guimarães<sup>2,3,5</sup>, Luiz Fernando dos Reis Falcão<sup>4</sup>, Renato Delascio Lopes<sup>2</sup>, Patrícia Helena da Rocha Leal<sup>6</sup>, Ana Paula Resque Senna<sup>6</sup>, Rosa Goldstein Alheira<sup>5,6</sup>, Flávia Ribeiro Machado<sup>5,6</sup>, José Luiz Gomes do Amaral<sup>5,6</sup>

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** Este estudo teve por objetivo descrever a avaliação pelos visitantes da qualidade de atendimento prestada em uma unidade de terapia intensiva geral de um hospital universitário de nível terciário.

**MÉTODO:** Foi elaborado um questionário para avaliação da qualidade de atendimento da Unidade de Terapia Intensiva. Foram incluídos familiares de pacientes que se encontravam internados há mais de 48 horas, e que já haviam visitado o paciente uma vez ou mais durante o período. Os critérios de exclusão foram familiares de pacientes internados há menos de 48 h, familiares que não haviam visitado o paciente pelo menos uma vez ou que não desejavam responder ao ques-

tionário por quaisquer motivos de ordem pessoal. Os familiares foram entrevistados de maneira pessoal e os entrevistadores não faziam parte da equipe de atendimento do paciente.

**RESULTADOS:** Foram entrevistados 100 familiares; a queixa mais freqüente e que, portanto gerou maior incômodo pela internação na UTI, referiu-se ao estado geral do paciente em 28% das entrevistas. Um total de 96% considerou a qualidade da equipe médica como ótima ou boa. No entanto, 15% declararam insatisfeitos com as informações médicas prestadas e outros 5%, apesar de afirmar satisfação, reclamaram por ter de conversar com diferentes médicos (plantonistas) a cada dia.

**CONCLUSÕES:** Falhas na comunicação surgiram como principal fator apontado para a qualidade insatisfatória do serviço pela visão do familiar. Embora não se possa comparar o grau de satisfação entre trabalhos distintos publicados, devido a diferenças nos métodos, considera-se que na casuística apresentada, o reconhecimento dos mais freqüentes fatores de descontentamento ou crítica, pode apontar melhorias na qualidade do atendimento prestado.

**Unitermos:** humanização, qualidade em Medicina Intensiva; satisfação em Medicina Intensiva

1. Médico Residente da Disciplina de Clínica Médica da UNIFESP-EPM; Ex-membro da Liga Acadêmica de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva-LAADTI-UNIFESP – EPM.

2. Médico Assistente da Disciplina de Clínica Médica da UNIFESP – EPM.

3. Médico da Divisão de Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

4. Acadêmico de Medicina e Presidente Liga Acadêmica de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva-LAADTI-UNIFESP – EPM.

5. Médico Titulado em Medicina Intensiva pela AMIB-AMB.

6. Médico Assistente da Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina Intensiva da UNIFESP – EPM.

\*Recebido da Unidade de Terapia Intensiva da Disciplina de Clínica Médica - Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – EPM, São Paulo, SP

Apresentado em 17 de outubro de 2005

Aceito para publicação em 01 de fevereiro de 2006

Endereço para correspondência:

Dr. Hélio Penna Guimarães

UTI- Disciplina de Clínica Médica - UNIFESP-EPM

Rua Napoleão de Barros, 715, 3º Andar.

04024-002 São Paulo, SP

E-mail: heliopg@yahoo.com.br

### SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** This study aims to describe the view of family members about the quality of care given in a general intensive care unit of a university hospital.

**METHODS:** A questionnaire to evaluate the level of satisfaction with the care was elaborated. The study included family members of patients with a length of stay more than 48h who already had visited the patient one time or more during the period. The exclusion criterion was family of admitted patients with less than 48h

of ICU stay, family members who had not visited the patient at all or family members who did not desire to answer the questionnaire for any personal reason.

**RESULTS:** There were 100 relatives interviewed face to face. The most frequent complaint that had generated the greatest concern was the general status of the patient, present in 28% of the interviews. A total of 96% considered the quality of the medical team as excellent or good. However, 15% declared to be unsatisfied with the medical information given and the other 5%, although admitting satisfaction, complained about having to talk with different doctors each day.

**CONCLUSIONS:** Imperfections in the communication appears as the main predictor of unsatisfactory quality of the service in the view of the family members. Although one cannot directly compare the degree of satisfaction between distinct studies due to different methodologies, we considered that in the presented sample the recognition of the most frequent factors of dissatisfaction can point out areas for improvement in the quality of care offered in the ICU.

**Key Words:** quality in Intensive Care Medicine; humanization; satisfaction in ICU.

## INTRODUÇÃO

A preocupação em se avaliar a qualidade do atendimento prestado ao paciente não é um tema novo, apesar de contemporâneo, considerando as primeiras metanálises sobre o assunto publicado há mais de 15 anos<sup>1</sup>. Os modelos tradicionalmente aplicados, em geral nas enfermarias e clínicas, consideram a opinião pessoal de cada paciente, em entrevistas diretas ou através de questionários respondidos de maneira sigilosa. No entanto, a avaliação da satisfação do atendimento em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) deve assumir um enfoque diferente: o alterado nível de consciência e a disfunção orgânica freqüentemente implicam na impossibilidade de acesso direto às avaliações convencionais de qualidade aplicadas ao paciente, transferindo para os familiares o papel central na avaliação da satisfação de atendimento e humanização dos cuidados empregados.

O familiar, na Medicina Intensiva, é quem acompanha diretamente a evolução do paciente e é, sobre ele, que pesará o processo de tomada de decisões, em conjunto com a equipe multidisciplinar, frente às diferentes possibilidades terapêuticas, além da ansiedade e do estresse que o impacto destes caminhos trará ao paciente criticamente enfermo. Esses fatores fazem da

avaliação “do nível de satisfação” dos familiares um “critério maior” a ser analisado na qualidade de cuidado oferecida pelo serviço de Medicina Intensiva<sup>2,3</sup>.

Este estudo teve por objetivo descrever a avaliação da qualidade de atendimento prestado em Unidade de Terapia Intensiva geral de um hospital universitário terciário, sob a ótica de seu visitante.

## MÉTODO

O estudo foi realizado em uma UTI geral de hospital terciário e universitário, ligado a Universidade Federal de São Paulo. A UTI atende pacientes clínicos e cirúrgicos, com um total de 16 leitos. O questionário foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição para sua adequada aprovação de acordo com a Norma 196/96.

Os critérios de inclusão foram familiares de pacientes internados há mais de 48 horas e que já haviam visitado o paciente uma vez ou mais durante o período; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram familiares de pacientes internados há menos de 48 horas; familiares que não haviam visitado o paciente pelo menos uma vez; familiares de pacientes internados que não desejavam responder ao questionário por quaisquer motivos de ordem pessoal e recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Foi elaborado um questionário visando avaliar o perfil de qualidade do atendimento aos pacientes sobre a visão de seus familiares; as questões foram desenvolvidas, com base na experiência clínica dos profissionais envolvidos e possíveis problemas evidentes, além das referências de ensaios já publicados, avaliando causas de insatisfação ou menor qualidade de atendimento; este questionário permite uma avaliação indireta, com base nas possíveis reclamações dos pacientes internados ao familiar, e uma avaliação direta considerando as opiniões e críticas do familiar a respeito das equipes médica e de enfermagem, e do serviço como um todo. O modelo original de questionário utilizado, contendo 12 questões, está disposto no anexo 1. Os familiares foram entrevistados de maneira pessoal e os entrevistados não faziam parte da equipe de atendimento do paciente; apenas um familiar de cada paciente foi entrevistado; a opinião dos pacientes foi obtida através de seus familiares sem a submissão direta do questionário dos pacientes.

Após a obtenção de TCLE, os alunos da graduação

**ANEXO 1: Questionário de Avaliação**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome (opcional): \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos Sexo: \_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Tempo de permanência: \_\_\_\_ dias

Paciente consegue ou conseguia se comunicar? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

- O que mais o incomodou durante a internação do seu familiar na UTI?

- Seu familiar referiu sentir dor durante a internação na UTI? \_\_\_\_\_

Que intensidade? \_\_\_\_\_

Que frequência? \_\_\_\_\_

- Foi solicitado atendimento devido à dor? \_\_\_\_\_

Foi atendido? \_\_\_\_\_

Obteve alívio da sua queixa? \_\_\_\_\_

- Referiu sentir frio ou calor durante sua internação da UTI?

- Referiu ter sentido dor durante a coleta de exames?

- Referiu incomodado durante exames de radiografias ou qualquer outra manipulação realizada pelos profissionais da UTI?

- Tratamento médico:

Qualidade: \_\_\_\_\_

Informações prestadas: \_\_\_\_\_

Educação e atenção: \_\_\_\_\_

- Tratamento da enfermagem:

Qualidade: \_\_\_\_\_

Informações prestadas: \_\_\_\_\_

Educação e atenção: \_\_\_\_\_

- O tempo de visita é suficiente?

- Expectativas quanto ao familiar?

- Que nota daria ao atendimento e funcionamento da UTI (0 a 10)? \_\_\_\_\_

- Sugestões: \_\_\_\_\_

médica pertencente a Liga Acadêmica de Medicina Intensiva da Disciplina de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva - LAADTI - UNIFESP-EPM, voluntários, faziam as perguntas do questionário diretamente ao familiar e preenchiam as respostas. Os familiares eram instruídos de que as informações fornecidas não interfeririam no tratamento do paciente e não seriam do conhecimento dos profissionais diretamente envolvidos no seu atendimento. Foi garantido sigilo sobre as informações prestadas. O método utilizado para a coleta de dados foi definido com uma medida para correção de um possível viés de coleta, caso ocorresse alguma postura de constrangimento por parte dos familiares ao serem abordados por um médico assistente da UTI.

As análises estatísticas foram descritivas em valores de percentagem, modas e medianas de valores e as frequências simples de todas as variáveis e suas associações pelo teste do qui-quadrado.

**RESULTADOS**

No total, foram realizadas 100 entrevistas de familiares de pacientes internados, em um total de 28 homens e 72 mulheres. O grau de parentesco mais prevalente foi o de filhos ou filhas (34%), seguido por cônjuges (25%), irmãos (16%) e pais (10%). A idade dos entrevistados variou entre 19 e 80 anos, com média de 45,5 anos e mediana de 50 anos.

A percentagem de pacientes com incapacidade para comunicação foi de 51%, no período de início da internação na UTI ao dia da entrevista. Dos 49% restantes, conscientes, em algum momento prévio da internação, apenas 29% tinham condições de se comunicar adequadamente (contactuantes) na última visita do entrevistado.

O tempo de internação dos pacientes, no dia da entrevista, oscilou de 3 a 120 dias, com mediana de 12,6 dias, para os que não foram contactados e 18,6 dias para os que foram.

As queixas mais freqüentes e que, portanto gerou maior incômodo pela internação na UTI, referiu-se ao estado geral do paciente e médicos diferentes fornecendo informações diárias em 28% das entrevistas. A falta de pontualidade para o início das visitas no horário pré-determinado foi relatada por 9% dos entrevistados. Não houve nenhuma queixa em 35% das entrevistas (Tabela 1). A política de visitas da unidade, na época da avaliação, restringia-se a 45 minutos duas vezes ao dia.

Tabela 1 – Respostas à Pergunta: Qual foi o maior incômodo durante a internação do seu familiar na UTI?

Nada	35
Estado do paciente	28
Demora em chamar os visitantes	9
Ambiente chocante da UTI	4
Restrição de visitas	4
Cuidados de enfermagem	3
Infecção hospitalar	3
Falta de proteção do paciente em relação às visitas	2
Incerteza diagnóstica	2
Demora em realizar exames	1
Entra e sai muita gente para uma UTI	1
Espera para conseguir a vaga na UTI	1
Falta de recursos do hospital	1
Falta de informação sobre o paciente	1
Horário de visitas	1
Médicos diferentes dando informações divergentes	28
Problemas na portaria do hospital	1
Pouco tempo de visita	1
Privilégios de alguns pacientes	1

Dos 49 pacientes que estiveram conscientes em algum momento até A OCASIÃO da entrevista, 21 (43%) relataram ter sentido dor ao entrevistado (OU AO FAMILIAR QUE FOI PORTA-VOZ); em 10 casos (50%), o paciente ou o familiar pediu auxílio para a equipe médica ou de enfermagem, com obtenção de alívio da dor em sete (75%).

Vinte e nove por cento dos pacientes (14) que puderam se comunicar em algum momento da internação, referiu ao entrevistado ter sentido frio ou calor e em 8% (4) dessas entrevistas houve relato de incômodo do paciente durante a realização de alguns procedimentos. Um total de 96% considerou a qualidade da equipe médica como ótima ou boa. No entanto, 15% declararam estar insatisfeitos com as informações médicas prestadas e outros 5%, apesar de afirmar satisfação, reclamaram por ter informações de diferentes médicos (plantonistas) a cada dia (Tabela 2).

Tabela 2 – Satisfação com a Comunicação Médica por Parentesco

Grau de Parentesco e Sexo	Satisfeitos	Insatisfeitos	Não Conversou/ Não se Aplica
Filha	18	7	1
Filho	8	0	0
Esposa	14	2	0
Marido	7	2	0
Irmã	11	1	0
Irmão	3	1	0
Mãe	6	0	0
Pai	3	0	1
Outros (Feminino)	9	0	0
Outros (Masculino)	1	2	0

No que se refere à equipe de enfermagem, 95% consideraram boa ou ótima a qualidade do atendimento. Vinte e cinco por cento dos entrevistados afirmaram não ter conversado com algum integrante da equipe e 5% declararam serem insatisfatórias as informações prestadas. O tempo permitido para visita foi citado por 29% dos entrevistados como insuficiente.

Quanto à expectativa de melhora do paciente, 74% declararam ter esperança de melhora, 16% tinham pouca e 10% não tinham nenhuma esperança. Mesmo nos pacientes conscientes houve referência pelo familiar de falta de esperança, sendo que 8% (4) relataram pouca ou nenhuma esperança de melhora do quadro. No total de familiares com pacientes que não foram “contactuantes”, 27% (14) declararam pouca ou nenhuma esperança (Tabela 3).

Tabela 3 – Esperança de Melhora dos Pacientes

	Esperança		
	Sim N (%)	Pouca N (%)	Ausente N (%)
Estado de Consciência do Paciente			
Inconscientes desde o início da internação	37 (73)	9 (18)	5 (10)
Conscientes desde o início da internação	12 (60)	5 (25)	3 (15)
Inconscientes na data da entrevista, mas conscientes previamente	25 (86)	2 (7)	2 (7)

As notas dadas pelos entrevistados ao serviço de UTI variaram de 5 a 10, com moda de 10. A nota média geral foi de 9,2, com mínima diferença separando-se os entrevistados com parentes que foram “contactuantes” ou não. A menor nota média foi dada pelo grupo de entrevistados

com familiares internados que não eram “contactuantes”, mas estiveram conscientes em algum período anterior da internação (8,9;  $p = 0,002$ ) e a maior média foi dada pelos familiares de pacientes que não foram “contactuantes” em nenhum momento (9,3;  $p = 0,001$ ). Em relação ao grau de parentesco, as notas variaram em média de 8,7 para o grupo de filhos ou filhas a 9,5 para o grupo de cônjuges e 9,7 para o grupo de outras relações com o paciente internado (Tabela 4). A nota média também foi mais baixa no grupo de pessoas insatisfeitas com as informações médicas prestadas (8,7;  $p = 0,002$ ).

Tabela 4 – Nota Média dada ao Serviço como um Todo

Sexo do Entrevistado	Nota
Masculino	9,00
Feminino	9,32
Estado do paciente	
Consciente no dia da entrevista	9,26
Previamente consciente	8,90
Grau de parentesco	
Filho (a)	8,73
Cônjuges	9,52
Irmão (ã)	9,41
Pais	9,17
Outros	9,75
Outros	
Insatisfeitos com a comunicação médica	8,71
Tempo de visita insuficiente	9,19
Relato de dor	9,23
Pouca ou nenhuma esperança de melhora	9,43
Média geral	9,23

As sugestões para melhora do serviço foram dadas em 51 entrevistas. Destas, a maioria (59%) eram familiares de pacientes que foram “contactuantes” em algum momento (Tabela 5). As sugestões mais freqüentes foram as de permitir mais visitantes na UTI (além dos dois permitidos na rotina do serviço avaliado) ou permitir rodízio dos visitantes dentro do horário permitido em 27% (14 entrevistas); 18% (9) desejavam ter mais tempo de visita, 12% (6) gostariam de maior pontualidade para seu início e 6% (3) sugeriram outros horários para visitantes. Para melhoria da comunicação: 8% (4) desses entrevistados sugeriram que as informações fossem passadas sempre pelo mesmo médico e 8% (4) gostariam que nenhum tipo de informação fosse omitido; 14% (7) desses familiares sugeriram o fornecimento de barreiras de proteção do visitante para o paciente (além do lavar das mãos) como máscaras, luvas e roupas especiais com o intuito de reduzir a probabilidade de infecção nos pacientes internados e outros 6% (3) sugeriram que as visitas

não deveriam ser permitidas em uma UTI (neste caso os três familiares internados estavam inconscientes). Outras sugestões diversas foram relativas principalmente à estrutura da UTI (18%) (Tabela 6).

Tabela 5 – Freqüência de Sugestões pelos Entrevistados

Deram alguma sugestão	n = 51		
Não deram nenhuma sugestão	n = 49		
	n	% do Total	% de cada Grupo
Estado do Paciente			
Inconscientes até o momento da entrevista	21	41	41
Conscientes em algum momento da internação	30	59	61
Parentesco			
Filho (a)	19	37	56
Cônjuge	13	25	52
Pais	6	12	60
Irmão(ã)	6	12	38
Outros	7	14	47

Tabela 6 – Sugestões Dadas pelos Entrevistados

Sugestões	Total
Número de visitantes permitidos	
Mais do que dois visitantes ao mesmo tempo	9
Permitir revezamento dos visitantes dentro do mesmo horário de visita	4
Permitir a entrada de médicos ou pessoas que o paciente impede	1
Não permitir visitas na UTI	3
Horário de visita	
Avisar quando houver demora em permitir a entrada	2
Pontualidade para a entrada dos visitantes	6
Permitir maior tempo de visita	9
Mudar horário de visitas / horários alternativos	4
Tempo de visita diferenciado por estado do paciente	1
Comunicação	
Conversar sempre com o mesmo médico	4
Não omitir informações	3
Esclarecer melhor as informações	1
Melhorar informações pelo telefone	2
O médico conversar com o familiar durante a visita	1
Estrutura da UTI	
UTI maior	1
Unidade de isolamento	2
Ter mais um lavatório para as visitas por causa das filas	1
Biombos separando os leitos	2
Ter mais equipamentos para exames	2
Ter um visor do lado de fora mostrando os pacientes	1
Outros	
Medidas de proteção do visitante para o paciente (luvas, máscaras, roupas especiais)	7
Melhorar controle de infecção	2
Melhorar cuidados de enfermagem	1
Disponibilizar psicólogo para os visitantes	1



## DISCUSSÃO

Conhecer as necessidades e as expectativas dos familiares é parte fundamental não só na melhora da qualidade e humanização da Medicina Intensiva, como também é responsabilidade da equipe diminuir o processo doloroso que envolve ter um ente querido internado na UTI. Desde 1979, diversos estudos têm sido realizados nesse sentido<sup>2-14</sup>: esses ensaios sugerem que o familiar de um paciente internado deseja informações de fácil entendimento, sinceras e em tempo oportuno, além de políticas de visitas liberais, a segurança de que seu parente está sendo tratado por profissionais competentes e envolvidos no “processo do cuidar”.

A comunicação, principalmente, surge como ato fundamental para adequada qualidade da Medicina Intensiva; Azoulay e col.<sup>15</sup> relataram, que metade dos familiares de pacientes internados em UTI francesa tinham uma compreensão deficiente sobre o que lhe era dito pelo médico; neste contexto, Larson e col.<sup>16</sup> descreveram que prover as informações de forma mais adequada está associado à melhora do nível de satisfação relatado pelo familiar.

A qualidade do cuidar e a humanização têm sido tema relevante e crescente na Medicina Intensiva trazendo à tona a discussão e a prática de um tema pouco avaliado até pouco tempo nas unidades de terapia intensiva brasileiras e latino-americanas; recentemente a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) através de seu Comitê de Humanização, publicou e estabeleceu o Curso de Humanização<sup>17</sup> em Medicina Intensiva, com objetivo maior de integrar a qualidade da tecnologia à humanização.

No presente estudo, concordando com a literatura, há uma correlação entre insatisfação com a comunicação com a equipe médica e a insatisfação com o serviço como um todo, apresentando este grupo a nota média mais baixa dos subgrupos estudados. Em um estudo publicado em 2001, Azoulay e col.<sup>15</sup> detectaram como preditores de maior satisfação informações passadas por um único médico residente, e, portanto reduzindo as contradições, além de tempo suficiente para a passagem das informações<sup>18</sup>. Heyland e col., em estudo multicêntrico publicado em 2002 posicionaram como condição fundamental para o alto grau de satisfação a da não-omissão de informações (*completeness*) ao familiar<sup>19</sup>. Detectaram também, que a presença de informações contraditórias relacionavam-se

com um índice de satisfação 20% menor. Embora não se tenha perguntado diretamente sobre esses quesitos, no presente estudo, estes foram citados espontaneamente pelos entrevistados tanto como seu maior incômodo, como também sugestão para a melhoria do serviço.

A dor, um fator essencial tanto para avaliação de sua presença como para o seu controle, costuma ser freqüente no paciente que necessita dos cuidados em Medicina Intensiva. Já foi relatada, em outro estudo, que a freqüência de dor em UTI cirúrgica chega a 74% em pacientes vítimas de trauma, com dor moderada ou intensa no início da internação e na prescrição de medicação analgésica em somente 47% dos casos<sup>20</sup>. Boeherer, em 2002, em estudo realizado em pacientes no pós-operatório descreveu 27% dor intensa, apesar das medicações<sup>21</sup>. No presente estudo, a dor foi relatada ao familiar por 43% dos pacientes que estiveram conscientes em algum momento da internação; quase a metade deles solicitaram auxílio, sendo que nem todos obtiveram alívio de sua queixa. A despeito disto, não houve diferença entre a satisfação geral dos entrevistados, cujos familiares internados relataram dor e a média geral.

Um melhor nível de compreensão foi relatado para esposas de pacientes internados<sup>15</sup> e estudos prévios detectaram que havia maior chance das esposas estarem satisfeitas com o tratamento prestado do que os outros familiares<sup>22-24</sup>. Isso poderia ser explicado ao se considerar que os médicos as percebem mais próximas e interessadas nas condutas de seu cônjuge. Verificou-se no presente estudo um grande nível de satisfação com as informações médicas prestadas e também um grau de satisfação com o atendimento da UTI maior do que a média geral dos familiares. No entanto, Malacrida e col. em estudo realizado na Suíça de 1981 a 1989, buscando avaliar razões para insatisfação de familiares de pacientes que faleceram na UTI, encontraram maiores níveis de insatisfação entre os familiares próximos, justificando que os parentes mais distantes parecem ter menos interesse em ser informados do estado de saúde do paciente e serem menos críticos a respeito das informações recebidas<sup>25</sup>.

“Sentir que há esperança” é colocada como uma das principais necessidades dos familiares na literatura<sup>4</sup>, apesar da sensação de desesperança dos visitantes não tenha se correlacionada com maior insatisfação com o serviço.

## CONCLUSÃO

As falhas na comunicação definiram-se no presente estudo como principal fator apontado para qualidade insatisfatória do serviço pela visão do familiar. Embora não se possa comparar o grau de satisfação entre trabalhos distintos publicados, devido a diferenças no método, considerou-se que na casuística apresentada o reconhecimento dos mais freqüentes fatores de descontentamento ou crítica podem apontar caminhos para melhorias na qualidade do atendimento prestado.

## REFERÊNCIAS

01. Hall J, Dornan M - Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med*, 1988;27:637-644.
02. Johnson D, Wilson M, Cavanaugh B et al - Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med*, 1998;26:266-271.
03. Harvey M - Volunteers in the Critical Care waiting Room. Anaheim, CA: Society of Critical Care Medicine; 1993;79-80.
04. Molter NC - Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*, 1979;8:332-339.
05. Daley L - The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart Lung*, 1984;13:231-237.
06. Leske JS - Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. *Heart Lung*, 1986;15:189-193.
07. Lynn-McHale DJ, Bellinger A - Need satisfaction level of family members of critical care patients and accuracy of nurses' perceptions. *Heart Lung*, 1988;17:447-453.
08. Harvey MA, Ninos NP, Adler DC et al - Results of the consensus conference on fostering more humane critical care: creating a healing environment. *AACN Clin Issues Crit Care Nurs*, 1993;4:484-549.
09. Hickey M - What are the needs of families of critically ill patients? A review of literature since 1976. *Heart Lung*, 1990;19:401-415.
10. Hardwick C, Lawson N - The information and learning needs of the care-giving family of the adult patient with cancer. *Eur J Cancer Care*, 1995;4:118-121.
11. Price DM, Forrester DA, Murphy PA et al - Critical care family needs in the urban teaching medical center. *Heart Lung*, 1991;20:183-188.
12. Wilkinson P - A qualitative study to establish the self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*, 1995;11:77-86.
13. Foss KR, Tenholder MF - Expectations and needs of persons with family members in an intensive care unit as opposed to a general ward. *South Med J*, 1993;86:380-384.
14. Henneman EA, McKenzie JB, Dewa CS - An evaluation of intervention for meeting the information needs of families of critically ill patients. *Am J Crit Care*, 1992;1:85-93.
15. Azoulay E, Chevret S, Leleu G et al - Half the families of intensive care unit experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med*, 2000;28:3044-3049.
16. Larson CO, Nelson EC, Gustafson D et al - The relationship between meeting patient's information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcome. *Int J Qual Health Care*, 1996;8:447-456.
17. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). *Humanização em Cuidados Intensivos*. Editora Revinter, Rio de Janeiro, 2004;117.
18. Azoulay E, Pochard F, Chevret S et al - Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*, 2001;163:135-139.
19. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM et al - Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med*, 2002;30:1413-1418.
20. Whipple JK, Lewis KS, Quebbeman EJ et al - Analysis of pain management in critically ill patients. *Pharmacotherapy*, 1995;15:592-599.
21. Bohrer T, Koller M, Neubert T et al - [How do general surgery patients experience the intensive care unit? Results of a prospective observational study]. *Chirurg*, 2002;73:443-450.
22. Zazpe-Oyarzun MC - Informing the families of patients admitted to an intensive care unit. *Enferm Intensiva*, 1996;7:147-151.
23. Breu C, Dracup K - Helping the spouses of critically ill patients. *Am J Nurs*, 1978;78:50-53.
24. Hampe SO - Needs of the grieving spouse in a hospital setting. *Nurs Res*, 1975;24:113-120.
25. Malacrida R, Bettelini CM, Degrate A et al - Reasons for dissatisfaction: a survey of relatives of intensive care patients who died. *Crit Care Med*, 1998;26:1187-1193.