

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-
FACENE/RN

PRISCILA CASSANDRA MELO DE OLIVEIRA

**PERCEPÇÃO DO PACIENTE CONSCIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA FRENTE À INTERNAÇÃO**

MOSSORÓ-RN
2013

PRISCILA CASSANDRA MELO DE OLIVEIRA

**PERCEPÇÃO DO PACIENTE CONSCIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA FRENTE À INTERNAÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof.^a Esp. Ana Cristina Arrais

MOSSORÓ-RN
2013

PRISCILA CASSANDRA MELO DE OLIVEIRA

**PERCEPÇÃO DO PACIENTE CONSCIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA FRENTE À INTERNAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró pela aluna Priscila Cassandra Melo de Oliveira, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, tendo obtido o conceito _____, conforme a apreciação da Banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: ____ de _____ de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Esp. Ana Cristina Arrais (FACENE/RN)
Orientadora

Prof. Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)
Membro

Prof^o. MS. Thiago Enggle de Araújo Alves (FACENE/RN)
Membro

Dedico a Deus e aos meus pais pelo apoio na conclusão da monografia, aos meus amigos sempre ao meu lado, aos colegas de trabalho, meu muito obrigado!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, pela força, coragem, e sabedoria para a conclusão desse maravilhoso curso o qual é tão importante para nós seres humanos.

À minha família maravilhosa, em especial à minha mãe Sônia e mãe Sandra, meu querido Pai Antônio Pereira obrigado por tudo, meu irmão Wesceley, tio Adriano, tias Suzianny e Silvana que apoiam, educam e proporcionam meu bem-estar.

Aos colegas de trabalho, em especial Márcia e Rosângela Gurgel, ao gerente (Marcos), ao amigo Jailson, a coordenadora (Anúnciação), aos chefes especialmente ao Dr. Arturo Rosado, Dr. Gustavo Ithamar pelo apoio e compreensão nesta jornada árdua a qual passei.

Ao meu amor Marcos Vinícius, pela força e incentivo na conclusão do curso, na trajetória e conclusão do curso. Obrigado, por tudo que você significa na minha vida, te amo!

A família maravilhosa Maria José, Héliida, Helen, Neto, Lamarque, Fátima, obrigado pelo apoio.

Em especial minha amiga Maria Isabel, pela companhia, apoio, incentivo, sempre ao meu lado em todas as situações vividas tanto na academia quanto na vida pessoal, amiga conseguimos.

Aos meus amigos de sala Francisca Oliveira, Eguimara, Flávia, Betinha, Lys, Ednaldo, Natália e os demais pela companhia, pelo exemplo de vida e batalha, foi diante das situações que me fortaleci mais e mais para concluir o curso.

A minha amiga e bibliotecária Vanessa Camilo, pelas horas que me dedicou, tirando dúvidas e me confortando nos momentos de desespero, quando pensei que não fosse conseguir. Também a Priscilla Medeiros, Raimundo, José, Mazé, Ângela, funcionários da instituição, me dizendo palavras de apoio e perseverança (família FACENE).

À minha banca examinadora, Lucídio Clebeson e Thiago Enggle, fico grata por participarem da minha banca, pelas sugestões e confiança as quais foram dadas.

À minha orientadora Ana Cristina, pela paciência, apoio, carinho, que com sua sabedoria e competência profissional foi imprescindível para conclusão deste trabalho, muito obrigada!

Nenhum Obstáculo é grande demais quando confiamos em Deus.

(Aristóteles)

RESUMO

Este trabalho aborda a Percepção dos pacientes conscientes diante sua internação na UTI. Como objetivo geral: Analisar a percepção dos internos em uma Unidade de Terapia Intensiva. E objetivos específicos: Identificar na opinião dos entrevistados o motivo da internação; Analisar na opinião dos entrevistados os anseios frente à internação. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no setor de Unidade de Terapia Intensiva do tipo Adulto do Hospital Wilson Rosado. A clientela de abordagem foram pacientes internados na UTI Adulto no período da coleta de dados. A amostra foi feita em 8 pacientes conscientes internados na citada UTI, onde foi desenvolvido a pesquisa. A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da FACENE/FAMENE, sob o protocolo número: 183/2013 e CAAE número: 21693613.3.0000.5179. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, as quais foram gravadas em áudio com um aparelho de MP4 e transcritas na íntegra para posterior organização e análise, respeitando os princípios éticos, preservando a identidade. Coletado os dados, passaram a ser analisados a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, segundo Lefèvre, Crestana e Cornetta (2000). Através dos resultados obtidos, foi possível observar que dois dos entrevistados disseram que não sabem o motivo de sua internação na UTI, um foi internado por problemas respiratórios e cinco relataram apresentar problemas cardíacos, os mesmos não tinham ideia que iam para uma UTI. Os mesmos responderam que tem fé em Deus, que ele não irá abandoná-los, outros pensavam que iam morrer alguns não pensavam em nada. De oito, sete responderam que sentem saudade da família, sentimento este que muitas às vezes chega a abalar o psicológico dos enfermos. Dos oito entrevistados quatro responderam que tem medo de algo. Os enfermos diante de seu diagnóstico e a distância da família ficam com medo, e ansiosos entre outros. A percepção do paciente consciente diante sua internação hospitalar está relacionada com a qualidade da assistência prestada da equipe multiprofissional, ligada à forma humanizada da assistência. A pesquisa mostrou os sentimentos dos pacientes conscientes isolados da sociedade e do seu convívio familiar, seus anseios, suas crenças e a realidade de como é ficar distante do seu lar. Destaca também o olhar do profissional de uma forma humanizada onde os pacientes são tratados da melhor maneira possível, para tentar diminuir seu sofrimento. Conclui-se que com essa pesquisa os pacientes conscientes sentem saudades dos seus familiares, ficam depressivos diante de seu quadro clínico, pois o ambiente em si já favorece esta situação, evidenciando o valor do ser humano, com o seu caráter coletivo e subjetivo de encontro as suas crenças.

Palavras-Chave: Unidade de Terapia Intensiva. Paciente Consciente. Internação.

ABSTRACT

This research deals with the perception of the conscious patients in front of their ICU stay. It has as general objective: to analyze the perception of the patient in an intensive care unit. It has as specific objectives: Identify the patient opinion; the reason for hospitalization; to analyze the interviewees opinion and their concerns when they have to face the hospital intervention. This is an exploratory research, with descriptive and qualitative approach. The research was applied in the Intensive Care Unit of the Hospital Wilson Rosado, in sector of adult people. The population studied were the adult ICU patients during the period of the data collection. The sample was comprised of 8 conscious patients hospitalized in the adult ICU of Hospital Wilson Rosado, where the research was developed. The data collection was done after the assent by the Ethics and Research Committee - CEP of FACENE / FAMENE, under protocol number: 183/2013 and CAAE number: 21693613.3.0000.5179. Data were collected through semi-structured interview. The interviews audio was recorded with a recording equipment of MP4 media, then was transcribed for subsequent organization and analysis of data, respecting ethical principles and preserving the identity of participants. After the collection, the data were analyzed using the technique of the Collective Subject Discourse, according to Lefèvre, Crestana and Cornetta (2000). From the results obtained, it was observed that two patients didn't know the purpose of their stay in the ICU, one patient was hospitalized for respiratory problems and five had heart problems, these patients had no idea how they were going for a ICU. The respondents said they have faith in God, and he will not leave them, others thought they were going to die, some of them don't think about anything. Seven of eight respondents answered that they miss their family. This sometimes spoil the psychological state of the sick people. Four of the eight respondents answered that they are afraid of something. The sick, in front of his diagnosis and family distance, be afraid, anxious and others. The conscious patient perception in front of his hospitalization is related to the quality of the multiprofessional team care, linked to the humanized assistance. The research showed the feelings of conscious patients isolated from society and their family life, their desires, their beliefs and the reality of how is to stay away from home. Also highlighted the look of the professional in a humanized perspective, in which, patients are treated in the best way possible, to try to relieve their suffering. Was concluded with this research, that conscious patients miss their families, are depressed because of their clinical condition, because, the environment, in itself, favors this situation, showing the value of the human being, with his character, subjectivism, collectivism and his beliefs.

Keywords : Intensive Care Unit . Conscious patient . hospitalization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	9
1.2 JUSTIFICATIVA	10
1.3 HIPÓTESE	10
2 OBJETIVOS	11
2.1 GERAL	11
2.2 ESPECÍFICOS	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA- HISTÓRICO E CONTEXTO ATUAL	12
3.2 AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.....	14
3.3 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NA UTI.....	15
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	19
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	19
4.2 LOCAL DA PESQUISA	19
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	19
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	20
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	20
4.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS.....	20
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
4.8 FINANCIAMENTO.....	22
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICES	37
ANEXO	41

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizada como um ambiente reservado, de alta complexidade, com monitorização contínua que atende a pacientes que apresentam descompensação de um ou mais sistemas orgânicos ou com risco iminente de morte. O atendimento é multiprofissional e interdisciplinar, formado por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais (ABRAHAO, 2010).

As UTIs apresentam um grau maior de especialização, tanto em recursos materiais quanto em recursos humanos, com a principal função de reabilitar a vida e a saúde do paciente através dos cuidados intensivos prestado por uma equipe multiprofissional no atendimento ao cliente crítico (GOMES, 1988 apud SILVA et al, 2006).

Nos últimos anos, tem-se falado bastante sobre a estrutura da UTI, tendo início da infraestrutura até as relações humanas do ponto de vista ético, psicossocial e espiritual. Sobre a humanização, o paciente é cuidado como um todo, com associação de valores, esperanças, aspectos culturais e seus anseios. A assistência deve ser prestada de forma adequada de acordo com a necessidade dos pacientes de UTI, onde profissionais de saúde devem ser capacitados e qualificados periodicamente (RIBEIRO, 2009).

A assistência prestada de forma humanizada tem papel principal no atendimento eficaz, visando um bom resultado, onde o cliente questiona seus direitos e um bom atendimento, porém, a equipe deve colaborar de uma forma humanizada (FERNANDES, NAKAMURA, 2010).

Cuidar é acolher o paciente e seus familiares em sua totalidade, atendendo às suas necessidades, suas expectativas, seus sentimentos, onde estes precisam ser atendidos e ao mesmo tempo entendidos com atenção e respeito (FERNANDES, NAKAMURA, 2010).

Diante de tudo o que foi exposto surgiu o seguinte questionamento: Como o paciente consciente se sente diante do seu internamento em uma Unidade de Terapia Intensiva?

1.2 JUSTIFICATIVA

O interesse em relação à temática teve início a partir de um estágio do curso técnico de enfermagem em um hospital situado na cidade de Mossoró no setor de UTI adulto, onde foi possível presenciar várias situações em que pacientes conscientes que estavam cantando e conversando, de repente foram a óbito. Esse interesse foi confirmado na prática dos estágios da universidade, que alguns profissionais não praticam uma assistência humanizada, faz seu trabalho sem se importar com o emocional do paciente, sendo uma assistência mecanizada.

Há casos de pacientes com seu nível de consciência preservada como: pacientes com suspeita de embolia pulmonar, pós-cirurgia cardíaca, entre outros, onde pode evoluir para um quadro mais grave, podendo vir a óbito, ou seja, paciente consciente internado na UTI não significa que não é grave.

Os pacientes conscientes dependem exclusivamente da equipe de saúde para uma melhor estadia e estabilização do seu quadro clínico, reduzindo então seus anseios e aumentando a perspectiva de alta hospitalar.

Um fato interessante a ser citado, é a humanização da equipe voltada ao paciente consciente interno no setor de UTI. Feita então uma reflexão voltada para a assistência e sentimentos ali vivenciados por pessoas conscientes, ocorre então uma busca de melhor qualidade e conforto aos pacientes ali internados.

É de suma importância para a academia, pois contribui assim, com o saber técnico-científico por se tratar de um assunto tão complexo e pouco debatido, não visto pela sociedade. Nem todos os acadêmicos têm conhecimento aprofundado sobre o tema, logo resta o resultado de uma fonte de informação mais clara e ampla acerca do assunto.

1.3 HIPÓTESE

Os pacientes conscientes internados em uma UTI ficam muito apreensivos, temendo a morte, sentindo falta de sua família, reclamam do barulho dos aparelhos, do ambiente fechado, sem expectativa de alta hospitalar.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar a percepção dos internos em uma Unidade de Terapia Intensiva.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar na opinião dos entrevistados o motivo da internação;
- Analisar na opinião dos entrevistados os anseios frente à internação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA- CONTEXTO HISTÓRICO E ATUAL

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 1998).

A equipe multiprofissional é formada por médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, e esta equipe deve estar integrada entre si com capacidade de prestar uma assistência qualificada, humanizada e diferenciada ao atendimento ao paciente crítico (MOREIRA; CASTRO, 2006).

Em relação à estrutura física da UTI ser restrita, sem janelas, com pouca iluminação, o som fica concentrado no local, com o barulho dos aparelhos, faz com que o ambiente se torne traumatizante, assustador e sombrio (MOREIRA; CASTRO 2006).

Com a modernidade, vários avanços tecnológicos surgiram, favorecendo o rápido diagnóstico dos pacientes, através de exames modernos, fazendo com que os profissionais evoluíssem no manuseio das máquinas, sendo uma forma de tratar o paciente com o intuito de cura (BARRA et al., 2006).

O cuidado ao paciente crítico surgiu em 1854 na Guerra da Criméia, com Florence Nightingale uma enfermeira britânica, que ajudou a cuidar dos soldados feridos, reduzindo o número de mortalidade de 40% para 2% (ABRAHAO, 2010).

Também nesta época Florence classificou os doentes de acordo com o grau de dependência, separando os mais graves próximos das enfermeiras para um cuidado mais intenso (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2008).

Segundo Lino (2001), com o passar dos anos, as UTIs foram se desenvolvendo cada vez mais, sendo que sua evolução se deu em três fases: a primeira se caracterizou pelas instalações de sala de recuperação pós-cirurgias no final da década de 40, dando também, progresso para campos de anestesiologia e cirurgias gerais; a segunda fase se deu pelo desenvolvimento de estrutura e equipamentos que possibilitam o suporte ventilatório em pacientes com falência do sistema respiratório e, por fim, a

monitorização eletrocardiográfica e desfibrilação por descarga contínua, dando desenvolvimento à terceira fase (COSTA, 2008).

Somente em 1950 levou o surgimento das UTI's, com a evolução dos avanços tecnológicos na área da saúde, através de técnicas modernas de ventilação mecânica, o surgimento do Raio X, a descoberta de medicamentos como anestésicos e antibióticos. Nesta época também apareceram as primeiras unidades neurocirúrgicas, queimados, e as salas de observação (MOREIRA; CASTRO, 2006). Neste período, o primeiro médico intensivista Safar, formulou o ABC primário, cria a técnica de ventilação artificial boca a boca e a massagem cardíaca externa (MENDES, 2010).

No Brasil, as primeiras UTI's foram criadas na década de 70, com a finalidade de prestar um atendimento adequado e complexo, com o fornecimento de equipamentos e materiais e a capacitação dos profissionais para desenvolver um trabalho humanizado e seguro (ABRAHAO, 2010).

As UTI's foram idealizadas ao atendimento de pacientes graves ou com risco de morte, oferecendo uso de equipamentos sofisticados e um atendimento aperfeiçoado, com o intuito de prestar uma assistência qualificada com grande porte ao acolhimento dos pacientes graves, seus familiares e da equipe de enfermagem (MENDES, 2010).

As UTI's podem ser classificadas quanto ao tipo (I, II ou III), atendendo pacientes gerais ou de especialidades, quanto à faixa etária (neonatal, pediátrica, adulto ou geriátrica) ou especializada (cirúrgica, neurológica, cardiológica, oncológica entre outras) (BRASIL, 1998).

A pesquisa restringe-se a UTI do tipo adulto, esta segundo a resolução RDC nº 7 tem como estrutura básica: leito hospitalar com rodízios e que possibilite o ajuste da posição do paciente assim como grades laterais; equipamento para ressuscitação (mínimo de 1 para cada 2 leitos); estetoscópio; Kit para nebulização; equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"), 4 itens; fita métrica; instrumentos e materiais que permitam monitorização contínua. Dessa forma, entretanto, a "infraestrutura deve contribuir para a manutenção da privacidade do paciente, sem contudo interferir na sua monitorização" (BRASIL, 2010, p.3).

O setor de UTI é um ambiente que possui vários equipamentos, um ambiente isolado, os pacientes ficam em leitos separados, sem privacidade, com saudades da

família, dos amigos, da vida social. Durante o período de internação os pacientes passam por situações de conflitos como: desânimo, desespero, solidão, ansiedade, com medo de morrer, onde a atenção é voltada para a patologia do doente e dos procedimentos técnicos. (PORTO et al, 2006).

A UTI por apresentar um ambiente fechado, isolado, com um aspecto frio, acarreta vários problemas para o paciente consciente como por exemplo: falta de sono, estresse, desconforto, devido ao barulho dos aparelhos, barulho dos profissionais falando alto em horários inoportunos (MOREIRA; CASTRO,2006).

3.2 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

Consciência é conhecida como a capacidade que o indivíduo tem de reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente. “As alterações do nível de consciência podem variar entre dois extremos, desde uma desorientação têmporo-espacial até um estado de coma profundo” (ANDRADE et al, 2007, p.123).

Considera-se as seguintes categorias do estado de consciência (AVALIAÇÃO..., [200-]):

Alerta: o paciente está ativo, ou seja, responde aos mínimos estímulos ligados ao seu meio.

Letargia: o paciente pode apresentar-se lento aos estímulos tátil e verbal, pode manifestar-se confusão em relação a problemas complexos.

Obnubilação: o paciente requer estímulos sensoriais profundos para produzir uma resposta lenta de retirada do estímulo doloroso. A resposta pode ser verbal, com poucas palavras sem sentido.

Torpor: não apresenta resposta verbal ao estímulo doloroso profundo, pode apresentar movimentos inespecíficos.

Coma: o paciente não apresenta resposta aos máximos estímulos.

De acordo com a nossa existência, na maioria das vezes não nos damos conta de nosso corpo, só nas situações significativas, registradas pela consciência (LENT, 2010).

Na avaliação do nível de consciência destaca-se o uso da escala de coma de Glasgow que define através do comportamento em valores numéricos 3 para valor mínimo e o máximo 15, esta escala é um parâmetro de grande importância para

avaliação das necessidades básicas existentes, sendo o ponto inicial para o planejamento da assistência de enfermagem (AVALIAÇÃO..., [200-]).

A utilização dessa escala é essencial no cuidado ao paciente, o enfermeiro (a) irá ter uma base sobre a avaliação do quadro clínico, verificando algum problema existente, que se não detectado a tempo, poderá piorar a situação do enfermo.(BAPTISTA, 2003).

3.3 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CONSCIENTE NA UTI

O paciente consciente sofre bastante por saber que está doente, que ficará longe dos seus entes queridos, por pensar em submeter-se a determinados exames de rotina, gerando assim, transtornos psíquico, emocional, em decorrência das perdas e medos diante de sua internação no setor da UTI (RIBEIRO, 2009).

Os sentimentos dos pacientes internados na UTI devem ser observados pela equipe multiprofissional como: ansiedade, angústia, medo, sentimento de negação, a fim de minimizar o sofrimento dos mesmos (MOREIRA; CASTRO, 2006).

Infelizmente o atendimento muitas vezes não é o melhor, devido a fatores como: uma estruturação inadequada, número de profissionais insuficientes e especializados, planta física elaborada inadequadamente, manutenção dos equipamentos regularmente, a falta de informações sobre o quadro clínico do paciente, o conforto, o barulho dos aparelhos. A saúde do enfermo encontra-se debilitada, favorecendo a piora do quadro clínico (SILVA, 2006).

Com uma rotina tão agitada e complexa no serviço, faz com que os profissionais de saúde na maioria das vezes, não escutem, não conversem, não realizem alguma tarefa diária, deixando de prestar a assistência adequada (VARGAS; BRAGA, [2004]).

Para atender a essas necessidades, o governo federal, em maio de 2000, regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência (PNHAH), com a finalidade de criar a cultura de humanização. Com o objetivo de melhorar o atendimento à população, essa iniciativa resgata e incentiva o bom relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes (SILVA; ARAÚJO; PUGGINA, 2009, p. 6)

A importância desse programa destaca os fatores tecnológicos e a capacitação de relacionamento entre os profissionais de saúde, com o intuito de

uma assistência humanizada, ressaltando a comunicação como um fator essencial no estímulo da equipe multiprofissional cuidadora (MOREIRA; CASTRO, 2006).

Em 2004, com o objetivo de estabelecer um caráter transversal à cultura de humanização, para atingir todos os níveis de atenção à saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como Humaniza SUS (SILVA; ARAÚJO; PUGGINA, 2009).

Este programa de humanização propõe uma assistência de qualidade, com melhorias na estrutura física com a colocação de janelas, relógios visíveis, fazendo com que o ambiente fique mais claro e mais visível, deixando de ser um ambiente frio (MOREIRA; CASTRO, 2006).

Os pacientes conscientes em alguns momentos pioram, se agitam, choram, ficam ansiosos, pois muitas vezes ocorre uma complicação com um paciente que está ao seu lado ou vai a óbito, então eles sentem-se como se fossem morrer, não se alimentam bem, não dormindo, chorando bastante, tristes com a situação assistida, de certa forma, tornando mais difícil sua recuperação (BACKES, 2012).

Existem ambientes desprovidos de humanização, as pessoas são transformadas em “objetos”, perdendo sua identidade, onde profissionais de saúde valorizam muito mais as máquinas, deixando de lado a ética no cuidado aos pacientes (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Com o dia-a-dia, alguns profissionais vêm prestando um atendimento mecanizado, devido à sobrecarga de trabalho. Muitos não se sensibilizam com suas dores, seus anseios, suas dificuldades ali vivenciadas (BACKES, 2012).

O paciente de UTI precisa de cuidados especiais, voltado não só para a patologia do paciente, como também para seu psicossocial, ambiental e familiar, que tem um elo com a patologia, sendo um fator muito importante para a estabilização ou até mesmo para recuperação do enfermo (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

No Centro de Terapia Intensiva o paciente tem limitações por exemplo: tomar seu próprio banho, sem o mesmo contato diário que tem com a família e se vê diante de barreiras para sua comunicação verbal, ou seja, sente-se perdido em um mundo diferente do seu, com pessoas estranhas. (SILVA, 2000 apud MOREIRA; CASTRO, 2006).

Humanizar a assistência em UTI é integrar o cuidado de forma responsável, ética e sensível com o paciente, seus familiares e a equipe de enfermagem, minimizando assim, seus sofrimentos e suas perdas (MOREIRA; CASTRO, 2006).

A essência da enfermagem em cuidados intensivos está associada no processo de decisões e não nos ambientes ou nos equipamentos especiais, com base na sólida compreensão das condições fisiológicas e psicológicas dos pacientes em geral (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

O toque, uma forma de comunicação não verbal, deve estar presente em toda assistência; este não deve ser condicionado a realização de procedimentos técnicos científicos; mas devem ter a finalidade de demonstrar carinho, empatia, segurança e proximidade em relação ao paciente (OLIVEIRA et al, 2005, p.54)

É importante salientar que deve haver uma ligação entre o paciente e a equipe de enfermagem no processo do cuidado, onde a comunicação é de suma importância para o quadro do paciente, é nela que percebemos a necessidade de evitar erros e constrangimentos diante do paciente (CARNEIRO; MORAIS, [2010]).

é de fundamental importância que a assistência de enfermagem prestada aos pacientes de unidade de terapia intensiva (UTI), entenda qual o contexto em que as famílias estão inseridas, as características e as peculiaridades que apresentam, pois o indivíduo é extremamente influenciado pelas relações sociais, culturais e econômicas de sua família (GOMES et al, 2009 apud LEMOS; FILLUS, 2011, p.3).

A humanização do atendimento depende de cada profissional, de seu bem estar físico, moral, ético e social, para que assim a assistência possa ser prestada de forma adequada e satisfatória minimizando o sofrimento ali vivenciado pelo paciente consciente, onde o mesmo está ciente de tudo o que acontece ao seu redor, imaginando situações equivocadas com sua realidade (VILA; ROSSI, 2002).

Humanizar significa acolher o outro, compreender seu problema, tentando prestar um atendimento confortável e seguro, tratando todos de igual para igual, com a valorização do ser humano como um todo, de forma holística¹ e humana. A equipe de enfermagem deve prestar um atendimento diferenciado, escutando o paciente e seus familiares, explicando a evolução do paciente, todos os procedimentos a serem realizados, confortando-os com palavras de carinho e afeto para que assim, os mesmos possam compreender e aceitar sua patologia (SILVA; ARAÚJO; PUGGINA, 2009).

¹ Significa totalidade. Considerar o todo levando em consideração as partes e suas inter-relações. (dicionário informal. disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/holístico> Acesso em: 2 dez. 2013)

No setor de UTI o estresse causa sentimentos como: medo, angústia, solidão e raiva de estar internado em um local fechado, distante de seus entes queridos, costumes, fazendo com que o paciente fique depressivo, dificultando sua recuperação (SOUZA, 2008).

A questão da religiosidade é de grande destaque, o paciente se fortalece, acredita na recuperação e na volta da sua vida cotidiana, apesar de suas limitações e lembranças adquiridas daquele momento crítico vivido, servindo de conforto para seus entes queridos que estão distantes. A espiritualidade é vista como uma necessidade humana básica, influenciando o ser humano em suas decisões, o paciente internado acredita que Deus vai curá-lo, de certa forma ajuda na melhora de seu quadro clínico diante da sua internação (SÁ; PEREIRA, 2007).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, cuja fundamentação teórica se deu por meio de levantamentos bibliográficos desenvolvidos a partir de literaturas especializadas de livros e artigos científicos utilizando-se dos seguintes descritores: Humanização; Enfermagem em UTI.

De acordo com Gil (2009), as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o intuito de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, sobre determinado fato.

Segundo Minayo (2007) a pesquisa qualitativa tem como objetivo mostrar dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos com aplicação prática, com entendimento de que é um método aplicado nas relações sociais, crenças, opiniões, valores, entre outros.

Segundo Minayo (2010) pesquisa social em saúde significa todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação por vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários.

O interesse de se utilizar este tipo de pesquisa qualitativa surgiu com a finalidade de apresentar a realidade social dos usuários envolvidos, com suas opiniões expostas e resultados obtidos.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no setor de Unidade de Terapia Intensiva do tipo adulto do seguinte hospital da cidade de Mossoró: Wilson Rosado, situada na rua Dr. João Marcelino, 429, Santo Antônio/ Mossoró-RN. É uma unidade complexa, referência em cardiologia em Mossoró e região e diariamente essa UTI admite pacientes conscientes, que ficam em tratamento de infarto agudo do miocárdio, cirurgias cardíacas, e/ou outras intervenções coronarianas.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população pesquisada foram os pacientes internados na UTI adulto, durante a coleta de dados.

A amostra foi composta por 8 pacientes internados na UTI adulto do Hospital Wilson Rosado, onde os quais foram selecionados a partir do seu nível de consciência. Foram entrevistados aqueles que se apresentaram conscientes e em condições de participar sendo estes, desta forma, os critérios estabelecidos para seleção da amostra.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento para coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturado, que teve perguntas abertas e fechadas, onde foram utilizadas perguntas elaboradas pelo pesquisador (MINAYO, 2010).

Segundo Minayo (2010) a entrevista semiestruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A entrevista foi gravada em áudio com um aparelho de MP4 para em seguida serem transcritas na íntegra para posterior organização e análise dos dados, respeitando os princípios éticos, preservando a identidade.

4.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta os dados foram analisados a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, segundo Lefèvre, Crestana e Cornetta (2000, p. 70), “é uma proposta de organização e organização de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos”. Esta técnica seleciona respostas individuais de cada questão, extraindo a ideia central e as expressões-chave organizando as ideias centrais de forma a construir o Discurso do Sujeito Coletivo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução 311/2007), dentre outros aspectos, cabe ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde, a prestação de uma assistência de enfermagem com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais da profissão (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa, conforme determina a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

É dever de todo e qualquer profissional de enfermagem promover a interrupção da pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa, bem como terminantemente proibida ao profissional de enfermagem a publicação de trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização. Outro aspecto que foi levado em conta diz respeito à proibição da realização ou participação em atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Segundo o Código de Ética a Enfermagem, resolução 311/2007, é responsável pela saúde do ser humano e coletivo, atuando no cuidado em geral com as pessoas, respeitando os aspectos éticos e legais (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007). Além dos aspectos dispostos pela resolução 466/12 que regulariza a participação na pesquisa.

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes destacando como o possível desconforto e/ou constrangimento que este possa sentir ao participar da pesquisa, visto que está em um ambiente de cuidados intensivos, devido sua patologia. Contudo os benefícios superam os riscos, no sentido de promover a discussão e o conhecimento sobre a percepção do paciente consciente frente à sua internação na UTI.

A coleta de dados foi realizada mediante aprovação de comitê de ética e pesquisa (CEP), através do protocolo nº066891/2013 e CAAE Nº21693613300005179 e sobretudo com a assinatura do participante no TCLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.8 FINANCIAMENTO

Todos os custos foram financiados pela pesquisadora associada, ficando a FACENE/RN responsável pela disponibilização de materiais bibliográficos, computadores para trabalho interno, acesso à internet, além de professor orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise foi organizada a partir da técnica do discurso do sujeito coletivo proposta por Lefrève, para garantir o sigilo quanto a identidade dos participantes foram dados nomes fictícios como: Cerejeira, Copo-de-leite, Girassol, Lilac, Rosa, Tango, Tulipa, Chuva de prata.

A seguir iremos discutir todos os questionamentos que foram levantados.

QUADRO 1 – Ideia central, Expressões-chave e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: O senhor (a) sabe qual o motivo de sua internação?

Ideia central	Expressões-chaves
<p>Problema no coração</p>	<p>“[...] Problema do coração, 3 veias entupidas[...]” (Lilac)</p> <p>“[...] Fui transferida com o coração crescido, eu tinha sentido a dor no peito [...]” (Rosa)</p> <p>“[...] Problema no coração, sou diabética, mas foi por causa do problema do coração [...]” (Tulipa)</p> <p>“[...] senti uma grande dor em cima do peito me sufocando [...]” (Girassol)</p>
<p>DSC: Problema do coração, 3 veias entupidas, fui transferida com o coração crescido, sentindo dor no peito. Sou diabética, mas foi por causa do problema do coração, senti uma grande dor no peito me sufocando.</p>	

Fonte: Pesquisa de Campo, FACENE/RN2013.

Dos entrevistados dois disseram que não sabem o motivo da sua internação na UTI, um foi internado por problemas respiratórios e cinco relataram que

apresentam problemas no coração. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no País.

Segundo Porto (2005, p.396), “as doenças do coração manifestam-se por variados sintomas e sinais, alguns originados no próprio coração, outros em diferentes órgãos nos quais repercutem com mais intensidade as alterações do funcionamento cardíaco”, ou seja, esses sinais e sintomas podem ser identificados em algumas partes do corpo, como por exemplo, pescoço (dor na região cervical), estômago (dor epigástrica).

Algumas pessoas desenvolvem problemas cardíacos pelo fato de terem pouco conhecimento sobre fatores ou patologias que podem desencadear tais problemas, ou pode estar relacionado às condições financeiras, ou fator genético.

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e acidente vascular cerebral (AVC). Estudos do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (São Paulo) mostram que 60% dessas vítimas são homens, com média de idade de 56 anos. A alta frequência do problema coloca o Brasil entre os 10 países com maior índice de mortes por doenças cardiovasculares. (GOMES, 2011).

Algumas doenças estão ligadas a esses fatores como o infarto, a diabetes, estilo de vida, Doença de Chagas, a questão financeira, fazendo com que o paciente fique internado.

O estilo de vida da população brasileira, com relação aos hábitos alimentares e prática de atividade física, está se tornando semelhante ao de países desenvolvidos. Nos últimos 50 anos, a sociedade basicamente rural e fisicamente ativa vem se transformando numa população urbana, de cidadãos ansiosos, estressados, e obesos, com pouco ou nenhum envolvimento em atividades físicas (MONTENEGRO NETO, 2008)

. Os entrevistados relatam que sentiram dor no peito, falta de ar, outros eram diabéticos, devido a esses fatores eles acreditam que estão internados.

QUADRO 2 – Ideia central, Expressões-chave e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: Quando o senhor (a) procurou o atendimento no hospital, imaginava que poderia ser encaminhado para uma UTI?

Ideia central	Expressões-chaves
Não imaginava que iria para a UTI	<p>“[...] Não, eu pensava que eu fosse ficar lá embaixo na enfermaria, né na urgência [...]” (Tango)</p> <p>“[...] Não, nem me internar, quanto mais vir para UTI [...]” (Chuva de prata)</p> <p>“[...] Não, eu pensava que eu ia e voltava logo. [...]” (Rosa)</p> <p>“[...] Não, pensei que ia pra casa [...]” (Tulipa)</p> <p>“[...] Não, imagina, num sabia né.[...]” (Girasol)</p>
<p>DSC: Não, eu pensava que ia ficar na enfermaria, que nem ia me internar, quanto mais vir para a UTI, eu pensei que ia e voltava logo. Pensei que ia pra casa, imagina, num sabia né.</p>	

Fonte: Pesquisa de Campo, FACENE/RN2013.

Como mostra o quadro 2, os entrevistados não tinham ideia que iam para uma UTI. Relatam que na hora do atendimento pensavam que iriam logo para casa ou para outro local, menos para UTI, Eles ficaram surpresos pelo fato de se internarem tão rapidamente naquele setor.

Diante das falas dos entrevistados percebe-se a falta de comunicação dos profissionais para com os pacientes, evidenciado nas falas dos mesmos quando falam que não esperavam ir para a UTI, dificultando o processo de humanização, onde os pacientes perdem sua identidade, dependendo dos outros para desenvolver suas necessidades fisiológicas.

Outro aspecto a ser ressaltado é o estigma da internação na UTI no que refere a cultura sobre as características desse setor vivenciada pela sociedade e que não se altera ao longo do tempo. Os sentimentos que surgem podem se apresentar contraditórios, estando muitas vezes associados à questão da morte e também como um local de atendimento que oferece segurança e tranquilidade (URIZZI et al, 2008).

A partir desse aspecto, o ser humano passa por processos repentinos em sua vida, onde não estão preparados para enfrentar um processo de internação, principalmente quando ficam sabendo que irão se internar.

QUADRO 3 – Ideia central, Expressões-chave e discurso do sujeito coletivo em resposta a questão: Quando recebeu a notícia de que iria para a UTI, o que o senhor (a) pensou naquele momento?

Ideia central	Expressões-chaves
Fé em Deus	<p>“[...] Mulher eu pensei em morrer, Deus é um pai muito bom [...]” (Lilac)</p> <p>“[...] quando a gente tem fé em Deus né [...]” (Tulipa)</p>
<p>DSC: Mulher, eu pensei em morrer, Deus é um pai muito bom, quando agente tem fé em Deus né.</p>	

Fonte: Pesquisa de Campo, FACENE/RN 2013.

O quadro 3 nos mostra que os entrevistados responderam que tem fé em Deus, que ele não irá abandoná-los, outros pensavam que iam morrer, alguns não pensavam em nada.

Os entrevistados relatam que em muitos momentos pensaram que iam morrer, sendo que acreditam que com a fé suportarão seu sofrimento melhorando assim seu quadro clínico, ou seja, atingindo o objetivo esperado, que é sua cura.

A relação com “a fé é algo universal, independente de crença e da cultura, o homem busca respostas em algo que está além da sociedade, além das regras impostas pelo cotidiano, e muitas vezes além da medicina e da ciência”. (PEREIRA, 2008, p.8)

A fé para o ser humano é essencial para sua existência, envolvendo emoções, atitudes, determinados sentimentos e vontades relacionadas a sua personalidade.

A Fé é mais uma aliada contra a dor. Acreditar em Deus ou numa força superior, relacionadas ou não à religião; contemplar a natureza e sentir sua intensidade, beleza, imensidão; desenvolver ações sociais. Cada uma dessas atitudes, em geral, promove a sensação indescritível de bem-estar (OS BENEFÍCIOS..., 2009).

Os pacientes buscam a fé neste momento frágil em que se encontram, estando distante dos seus familiares, acreditam que Deus irá resolver seu problema.

Os demais entrevistados apresentaram respostas variadas, alguns relataram medo com relação à imagem da UTI, falam também que sabiam que em algumas situações as pessoas entravam para se tratar e depois morriam, outros relataram que quando perceberam já estavam lá.

QUADRO 4 – Ideia central, Expressões-chave e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: Como se sente estando internado, distante de sua família?

Ideia central	Expressões-chaves
Saudade	<p>“[...] Ave Maria saudade né, doida pra chegar em casa [...]” (Lilac)</p> <p>“[...] Tenho saudade mas o importante é a saúde [...]” (Rosa)</p> <p>“[...] Sinto falta da família [...]” (Chuva de prata)</p> <p>“[...] Sinto muita falta da minha família [...]” (Tulipa)</p> <p>“[...] Com saudades da minha família [...]” (Copo- de leite)</p> <p>“[...] Com saudade da minha família [...]” (Girasol)</p> <p>“[...] sinto saudade dos meus filhos, da minha esposa [...]” (Cerejeira)</p>
<p>DSC: Ave Maria, saudade, né, doida pra chegar em casa, tenho saudade mas o importante é a saúde. Sinto falta da minha família, saudade dos meus filhos, da minha esposa.</p>	

Fonte: Pesquisa de Campo, FACENE/RN2013.

Dos oito entrevistados sete responderam que sentem saudade da família, sentimento este, profundo e delicado é estar distante de algo ou alguém, às vezes chega até a abalar o psicológico dos enfermos, fazendo com que os mesmos sintam-se tristes e chorem a partir de determinadas lembranças.

O fato do indivíduo está internado é traumatizante, o estado emocional fica abalado, sentem falta de suas tarefas rotineiras chegando a perder sua identidade.

Ao mesmo tempo em que favorece as possibilidades de recuperação orgânica, traz toda uma gama de situações, desestabilizantes do equilíbrio emocional, incluindo alterações psicológicas e psiquiátricas – também desencadeadas por situações ambientais.

Sampaio (apud SOUZA, 2008) afirma que quando uma pessoa adoece gravemente, algo em seu sentimento de inviolabilidade se rompe, constituindo um estreitamento de horizonte pessoal, uma ruptura em muitas das suas ligações com o seu meio, sua vida real e uma distorção do seu relacionamento com os demais, frente a essa nova condição, corpo físico e referencial emocional estão frágeis. Perceber que por causa da doença grave se pode ou se está provavelmente incapaz para os projetos de futuro, constitui um sério golpe.

Os entrevistados referem tristeza pela distância de seus entes queridos, por estarem em um ambiente estranho, com pessoas desconhecidas, e doentes, mas tem a consciência que a saúde é mais importante para sua recuperação.

Para alguns estudiosos, o sofrimento é considerado uma experiência aversiva com sua emoção negativa correspondente, geralmente associada a dor, tristeza ou infelicidade. Neste sentido, a medicina que desde seus primórdios tem como objetivo curar a doença, ainda se encontra em um estágio bastante primário quando se trata de lidar com o sofrimento (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Muitas vezes quando os profissionais prestam uma assistência acolhedora, os pacientes se sentem confortáveis e menos tristes, em alguns momentos se conformam por estarem naquele ambiente estranho que a UTI com a visão de que aquele lugar é um essencial para sua recuperação.

QUADRO 5 – Ideia central, Expressões-chave e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão: Possui algum anseio? Qual?

Ideia central	Expressões-chaves
Medo	<p>“[...] Medo de morrer, mas não dá jeito [...]” (Tango)</p> <p>“[...] Medo de não ficar boa [...]” (Lilac)</p> <p>“[...] Eu tenho medo de morrer, todos nós temos nós somos pecadores [...]” (Tulipa)</p> <p>“[...] Meu medo é que pode ser de não resistir à operação, só vou aceitar pro mó da família [...]” (Cerejeira)</p>
<p>DSC: Medo de morrer, mas não dá jeito, medo de não ficar boa, medo de morrer, todos nós temos, nós somos pecadores. Pode ser que não resistir à operação, só vou aceitar pro mó da família.</p>	

Fonte: Pesquisa de Campo, FACENE/RN 2013.

Dos oito entrevistados quatro responderam que tem medo de algo. Os enfermos diante de seu diagnóstico e a distância da família ficam com medo, ansiedade entre outros.

Do ponto de vista das teorias das emoções, o medo é considerado como uma emoção básica, fundamental, discreta, presente em todas as idades, culturas, raças ou espécies, enquanto que a ansiedade é uma mistura de emoções, na qual predomina o medo (BARLOW, 2002, EKMAN; DAVIDSON, 1994, LEWIS; HAVILAND, 2000, PLUTCHIK, 2003 apud BAPTISTA, [2003]).

Para Pokladek (2004 apud RIBEIRO, 2009, p.27.) “o ser em crise está em perigo, a sua integridade e sua sobrevivência existencial estão ameaçadas. Mas a crise também oferece a oportunidade de uma nova abertura, um leque de novos horizontes”. No momento e sofrimento o indivíduo é, neste sentido, considerado

como o ser em crise, que ao ultrapassar esta experiência poderá ser capaz de despertar e redescobrir uma nova existência.

O medo é um fator ambiental que pode aumentar ou diminuir dependendo da situação de cada um, é algo que toca os sentimentos daqueles que vivenciam determinadas situações.

Em consequência dessa situação a qual se encontram, os entrevistados sentem-se confusos, fragilizados e impotentes, surgindo então o medo de passar por procedimentos dolorosos ou seu quadro clínico piorar e morrer.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando esta pesquisa destaca-se o olhar do paciente consciente sobre sua internação, seus medos, suas aflições e tristezas, incluindo o atendimento humanizado da equipe multiprofissional.

Durante as entrevistas realizadas, foi percebido que aqueles pacientes distantes de seus familiares demonstraram em alguns momentos saudades de seu lar e familiares, chegando até a se emocionarem, sentem falta de realizar suas tarefas cotidianas.

Pode-se perceber a dedicação e o cuidado da equipe multiprofissional, a qual ainda é sobrecarregada devido a ter que realizar diversas funções ao mesmo tempo e por falta de funcionários necessários para prestar a assistência adequada.

A importância do cuidado para com o outro tem uma ligação fundamental com o bem estar físico, humano e moral da humanidade, incluindo a sua integralidade.

A estrutura da UTI mesmo sendo um ambiente reservado, dotado de equipamentos de alta tecnologia a qual oferece aos pacientes um tratamento eficaz para uma melhor recuperação, torna-se um local que possui determinadas limitações e alguns procedimentos como exemplo: a coleta para exame de sangue, que acometem fragilidade aos enfermos.

Verifica-se também que pelo fato das visitas familiares serem poucas, os pacientes sentem-se tristes, isolados, podendo dificultar sua recuperação. Uma saída para diminuir essa sensação de isolamento seria aumentar o tempo e o número de visitantes, para que o paciente sinta-se feliz e lembrado, diminuindo sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados onde a percepção dos pacientes foram constatadas, evidenciadas por seu sofrimento de estarem distantes de sua família e amigos.

A hipótese foi confirmada, pois os pacientes conscientes sentem saudades dos seus familiares, ficam depressivos temendo a morte, diante de seu quadro clínico sem expectativa de alta, pois o ambiente em si já favorece esta situação, evidenciando o valor do ser humano, com o seu caráter subjetivo e de coletividade diante suas crenças.

Um fato a destacar é o fato de que os pacientes conscientes em grande parte sabem o motivo porque estão na UTI, e tem a visão de que a fé em Deus é muito importante para sua recuperação, os fazendo ter forças para suportar suas patologias.

É um trabalho de relevância para a vida acadêmica e profissional de enfermagem, também para o leitor, dando compreensão e consciência de que devemos ter ética profissional, afinidade com a profissão, entendimento para com o outro, e pôr em prática através de um atendimento humanizado, acolhedor para com as pessoas, e ainda implementar melhorias para uma assistência integrada, onde o usuário terá uma assistência digna para sua permanência na UTI.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAO, Ana Lúcia Capucho Lorena. A Unidade de Terapia Intensiva. CHEREGATTI, Aline Laurenti; AMORIM, Carolina Padrão (Org.). **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo; Martinari, 2010.
- ANDRADE, A. F. et al. Coma e outros estados de consciência. **Rev Med**, São Paulo, v.86, n.3, p.123-131, jul./set. 2007.
- AVALIAÇÃO Neurológica do paciente na Terapia Intensiva. [200-]. Disponível em: http://ucbweb.castelobranco.br/webcaf/arquivos/23851/5832/Avaliacao_Neurolologica_do_paciente_na_Terapia_Intensiva.doc Acesso em: 30 nov. 2013
- BACKES, M. T. S. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Esc Anna Nery**, v.16, n.4, p.689-696, out./dez. 2012.
- BAPTISTA, Américo; CARVALHO, Marina; LORY, Fátima. **O medo, a ansiedade e as suas perturbações**. [2003].
- BAPTISTA, Rui Carlos Negrão. Avaliação do doente com alteração do estado de consciência – Escala de Glasgow. **Revista referência**, n.10, maio, 2003.
- BARRA, Daniela Couto Carvalho et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 422 - 430, 2006.
- OS BENEFÍCIOS de fé. 2009. Disponível em: <http://www.einstein.br/einstein-saude/bem-estar-e-qualidade-de-vida/Paginas/os-beneficios-da-fe.aspx> Acesso em: 2 dez. 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.432, de 12 de agosto de 1998. **Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI**. Brasília, DF, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. **Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Resolução-RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Brasília, DF, 2010.
- CARNEIRO, A.D.; MORAIS, G. S N. **Um professor de enfermagem na UTI: lições éticas sobre o cuidar vivenciadas enquanto ser paciente**. [2010]. Disponível em: <http://189.75.118.68/cbcef/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I42351.E10.T8154.D6AP.pdf> Acesso em: 12 abr. 2013
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/07. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. 2007.

COSTA, Ana Paula de Aquino. **Assistência de Enfermagem Humanizada com os familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva**. 39 f. Monografia (especialização em condutas de enfermagem ao paciente crítico)- Universidade do Extremo Sul Catarinense, CRICIÚMA-SC, 2008.

FERNANDES, M. F. P.; NAKAMURA, J. H. K. Dimensões éticas do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva: um enfoque multidisciplinar. In: KRÖGER, M.M.A. et al. **Enfermagem em terapia intensiva: do ambiente da unidade a assistência ao paciente**. São Paulo: Martinari, 2010.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo:Atlas, 2009.
LEFREVE, A.M.C.; CRESTANA, M.F.; CORNETTA, V.K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRUH”, São Paulo – 2002. **Saúde e Sociedade** v.12, n.2, p.68-75, jul-dez 2003.

GOMES, Radilson Carlos. Doenças cardiovasculares. **Portal Brasil**, 2011.
Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares>
Acesso em: 2 dez. 2011.

LEMOS, Juciara Santana; FILUS, Walderes Aparecida. **Humanização em unidade de terapia intensiva: percepção da equipe de enfermagem**. 2011. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/artigos/HUMANIZACAO%20EM%20UNIDADE%20DE%20TERAPIA%20INTENSIVA%20-%20COREN-PR.pdf> Acesso em: 05 maio 2013

LENT, R. **Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência**. Belo Horizonte: Atheneu, 2010..

MENDES, T. N. C. **UTI – Passado, Presente e Futuro**. 2010.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12.ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 2010.

MONTENEGRO NETO, Asdrúbal Nóbrega et al. Obesidade, envelhecimento e risco cardiovascular no Brasil: possíveis soluções para problemas atuais. **Rev.Saúde.Com**, v.4, n.1, p.57-63, 2008.

MOREIRA, M. L.; CASTRO, M. E. Percepção dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva frente à internação. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 7, n.1, p.75-83, jan./abr. 2006.

NISHIDE; Vera Médice; MALTA, Monica Alexandre; AQUINO, Kátia Stancato. Aspectos organizacionais em Unidade de Terapia Intensiva. In: CINTRA, Eliane Araújo; NISHIDE; Vera Médice; NUNES, Wilma. **Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

OLIVEIRA, E. C. N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília v.22, n.2 Jun. 2002.

OLIVEIRA, Poliéria Santos de; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; SILVA, Ana Tereza da; FILHA, Maria de Oliveira Ferreira. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 01, p. 54 – 63, 2005. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen> Acesso em: 02 maio 2013

PEREIRA, Daniela Martins. **Experiência religiosa da fé e desenvolvimento humano**. Monografia (Graduação Psicologia) – Universidade São Francisco, São Paulo, 2008.

PESSINE, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2009.

PESSINE, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004..

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PORTO, I.S. et al. O cuidado em UTI: repensando um paradigma. In: FIGUEIREDO, N.M.A.; SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L. (Org.). **CTI: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2006.

RIBEIRO, Kátia Regina Barros. **Sofrimento do paciente na UTI: escutando a sua experiência**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.31, n.2, p.225-237, abr./jun. 2007.

SILVA, C.R.L. et al. A unidade de terapia intensiva-UTI. In: FIGUEIREDO, N.M.A.; SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L. (Org.). **CTI: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2006.

SILVA, Maria Júlia Paes da; ARAÚJO, Mônica Martins Trovo; PUGGINA Ana Cláudia G. Humanização em Terapia Intensiva. In: PADILHA, K. G. **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. São Paulo: Manole, 2009.

SOUZA, E. M. **A percepção dos pacientes acerca da internação na Unidade de Terapia Intensiva**. 55f. Monografia (Graduação de Enfermagem) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2008.

URIZZI, Fabiane et al. Vivência de familiares de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.20, n.4, p.370-375, 2008.

VARGAS, D.; BRAGA, A. L. **O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel**. [2004]. Disponível em:

<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf> Acesso em: 22 maio 2013

VILA, Vanessa Carvalho da Silva; Rossi Aparecida Lidia. **O** significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2002.

APÊNDICES

1

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa intitulada PERCEPÇÃO DO PACIENTE CONSCIENTE DIANTE SUA INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, está sendo desenvolvida por Priscila Cassandra Melo de Oliveira, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE sob a orientação da Professora Esp. Ana Cristina Arrais. A mesma apresenta os seguintes objetivos: Analisar a percepção dos internos em uma Unidade de Terapia Intensiva e como específicos: Identificar na opinião dos entrevistados o motivo da internação; Analisar na opinião dos entrevistados os anseios frente internação.

Sua participação é de grande importância na realização desta pesquisa, por isso solicitamos sua contribuição. Informamos que será garantido seu anonimato, assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como, o direito de desistir da mesma em qualquer etapa sem sofrer qualquer prejuízo por isso. Ressaltamos que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação.

Esclarecemos também que o resultado da pesquisa poderá ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional como internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do senhor(a) será mantido em sigilo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, _____

RG:....., concordo em participar dessa pesquisa declarando que concedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento em que a primeira página será rubricada por mim e a última assinada por mim e pela pesquisadora responsável. Informamos que o referido trabalho apresenta riscos mínimos aos participantes destacando o possível desconforto e/ou constrangimento que este possa sentir ao participar da pesquisa, visto que está em um ambiente de cuidados intensivos, devido sua patologia. Contudo os benefícios

superam os riscos, no sentido de promover a discussão e o conhecimento sobre a percepção do paciente consciente frente à sua internação na UTI.

Mossoró RN, ____/____/ 2013.

Professora Ana Cristina Arrais²
Pesquisadora Responsável

Participante da pesquisa



² Endereço do pesquisador responsável: Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel – Mossoró/RN. Cep: 59.628-000. Telefone: (84) 3312- 0143. Email: anaarrais@facenemossoro.com.br

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão,12- Bairro Gramame – João Pessoa- Paraíba – Brasil
CEP: 58.067-695- Fone/ Fax: + 55 (83) 2106-4790 Email: cep@facene.com.br

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

Roteiro Norteador da Entrevista Estruturada

1. O senhor (a) sabe qual o motivo de sua internação?
2. Quando o senhor (a) procurou o atendimento no hospital, imaginava que poderia ser encaminhado para uma UTI?
3. Quando recebeu a notícia de que iria para a UTI, o que o senhor (a) pensou naquele momento?
4. Como se sente estando internado, distante de sua família?
5. Possui algum anseio? Qual?

ANEXO