

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

ÍTALA EMANUELLY DE OLIVEIRA

**OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE ADMISSÃO DE PACIENTES
FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

MOSSORÓ

2013

ÍTALA EMANUELLY DE OLIVEIRA

**OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE ADMISSÃO DE PACIENTES
FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN (FACENE) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves

MOSSORÓ

2013

ÍTALA EMANUELLY DE OLIVEIRA

**OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE ADMISSÃO DE PACIENTES
FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada pela aluna Ítala Emanuely de Oliveira ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN (FACENE) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____ de _____ de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves (FACENE/RN)
ORIENTADOR

Prof. Esp. Ana Cristina Arrais (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof. Leonardo Carlos R. de Menezes (FACENE/RN)
MEMBRO

Dedico este trabalho a minha família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus que foi o meu maior porto seguro, com a sua ajuda tive coragem de ir além dos meus limites neste tempo dedicado ao meu crescimento profissional, e que não me deixou faltar forças para chegar ao final e superar todas as adversidades.

Aos meus pais: Inácio e Francinete, vocês são responsáveis pelo meu sucesso e a cada degrau avançado por toda a minha vida, vocês foram exemplos de coragem, perseverança e energia infinita para nunca desistir diante dos obstáculos. Obrigada por estarem sempre ao meu lado nesta caminhada, me ajudando a construir os alicerces de um futuro que começa agora, tempo dedicado a uma paixão, levarei comigo todas as lições.

Ao meu amor, Joelson, pelas singelas palavras que me fizeram enxergar que poderia ir além, acreditando em minha capacidade, obrigada pela paciência, compreensão, zelo, ajuda, carinho, amor, por entender minha ausência neste tempo e por estar ao meu lado em todas as minhas lutas, enxugando minhas lágrimas, e me dando seu ombro para que eu pudesse me apoiar, Deus foi generoso comigo presenteando-me com este homem encantador. Como é bom chegar nesta fase da minha vida, olhar para trás e ver você sempre presente e saber que esta vitória é tão minha quanto é sua. Eu te amo.

A minha Vovó Ana que apostou na minha capacidade e competência, constantemente motivando-me para realizar um dos meus maiores sonhos.

Aos meus irmãos Júnior e Ítalo por todo o entusiasmo que foi a mim dedicado, pelas palavras de conforto e carinho, por confiarem na minha habilidade. Obrigada por vocês serem presentes na minha vida, meu amor por vocês é indescritível. A Mara por adentrar em minha vida e se fazer melhor acessível, me dando sempre forças para prosseguir e alcançar minhas metas. Agradeço a Deus pelo presente dos últimos meses, minha sobrinha e afilhada, Anna Letícia, mais um ânimo para minha caminhada.

Aos meus padrinhos: Francisnilton e Ana pelo papel que desempenharam com tanta desenvoltura, sendo tão atuantes em minha vida, dando-me o auxílio necessário, vocês são coadjuvantes nesta conquista, obrigada por tudo.

Aos meus tios, primos e amigos que contribuíram de forma direta ou indireta, com palavras de força e ajuda, carreguei tudo comigo em meu peito, espero corresponder a todas as expectativas que foram a mim confiadas.

Ao meu querido orientador Ms Thiago Enggle que dividiu comigo um pouco do seu conhecimento, por toda a sua disponibilidade, confiança e auxílio que foram a mim

destinados, seu exemplo e conselhos só vieram a acrescentar em minha vida profissional. Obrigada por acreditar em mim e em meu profissionalismo, conseguindo enxergar que posso ir além dos meus limites. Mais que um orientador, encontrei um amigo, com quem sei que posso contar.

Aos professores Ana Cristina e Leonardo que se dispuseram a participar de minha banca, todo o conhecimento repassado contribuiu em minha formação e na construção deste trabalho.

Agradeço aos meus amigos; Mayara, Régio e Amanda por fazerem minhas tardes se tornarem mais alegres, dividindo comigo angústias, ansiedade, medo, preocupação, alegria, desafios e conquistas, vocês são indispensáveis hoje em minha vida, que o tempo possa tornar essa amizade mais sólida, capaz de superar a distância e a ausência, nosso sonho hoje se torna realidade. Aos demais colegas de curso por contribuírem para a realização desta conquista e a todos que fazem a FACENE.

Meus agradecimentos sinceros a todos...

“Não, não pares! É graça divina começar bem. Graça maior persistir na caminhada certa, manter o ritmo... Mas a graça das graças é não desistir, podendo ou não, embora aos pedaços, chegar até o fim!”

DOM HELDER CÂMARA

RESUMO

Ao tentar expressar os cuidados a que devem ser submetidos os pacientes em estado crítico de saúde, é preciso enfatizar que os mesmos devem ter tratamentos diferenciados dos demais pacientes, ou seja, trata-se de um paciente grave que possui chances de recuperação e por isso o tratamento deve ser intensificado e monitorado continuamente para que possamos observar e obter resultados mais satisfatórios no que se refere à recuperação parcial ou integral do paciente. Diante dessa problemática, surge a seguinte questão de pesquisa: qual é a opinião dos profissionais médicos e enfermeiros que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva sobre a admissão de pacientes fora de possibilidades de cura? Os objetivos deste estudo foram: analisar a opinião dos profissionais de saúde sobre admissão do paciente fora de possibilidades de cura na Unidade de Terapia Intensiva; caracterizar o perfil dos profissionais de saúde entrevistados; verificar no entendimento dos profissionais entrevistados o que significa paciente fora de possibilidades de cura; conhecer os critérios de admissão de pacientes fora de possibilidades de cura em Unidade de Terapia Intensiva e identificar problemas enfrentados pelos profissionais de saúde na admissão de pacientes em fase terminal em Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, tomando por base o discurso e a prática dos atores sociais responsáveis, escolhidos previamente e que se dispuseram a participar do estudo. A população do estudo foi constituída por todos os médicos e enfermeiros da UTI tendo como amostra 10 médicos e 10 enfermeiros. Os dados foram coletados de entrevistas semiestruturadas. A pesquisa foi formalizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE sob Protocolo 05/13 e CAAE 12241713.4.5179 e realizada no período de março e abril de 2013. As entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico e as informações obtidas foram transcritas e submetidas à transcrição, empregando-se a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Como forma de assegurar o anonimato dos colaboradores, estes foram identificados por pseudônimos. Percebe-se no discurso dos participantes dificuldades na admissão de pacientes em fase terminal na UTI, tais como: falar sobre terminalidade com a família, e ocupar um leito com um paciente que não possui chances de recuperação. As ideias centrais extraídas de cada discurso foram as seguintes: patologias incuráveis ou com mau prognóstico; não é comum a admissão de pacientes em fase terminal na UTI; dificuldade da população em entender o processo de morte, pacientes recuperáveis; necessidades de cuidados intensivos, dificuldades para relacionar-se com a família do paciente; ocupação desnecessária de um leito da UTI; expectativa da família; melhorar a qualidade de vida; permanecer próximo da família e cuidado paliativo. Este estudo nos possibilitou discutir um tema pouco refletido pela equipe de saúde, principalmente, no que diz respeito ao cuidado ofertado ao paciente terminal e a sua família, e que o paciente terminal necessita de cuidados especializados, porém esses cuidados devem ser prestados em unidades especializadas em cuidado paliativo. No processo de cuidado ao paciente terminal se faz necessário que toda a equipe de saúde esteja em sintonia, para que assim tenham condições de prestar a assistência devida a este paciente.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva. Cuidados Paliativos. Doente terminal.

ABSTRACT

When attempting to express the care that patients in a critical health condition should be submitted, it is necessary to focus that they should be treated differently from other patients, that is, it is a serious patient that has chances of recovery and therefore treatment should be intensified and continuously so that we can observe and obtain more satisfactory results regarding partial or total recovery of the patient. Given this issue, the following research question arises: what is the opinion of physicians and nurses who work in Intensive Care Units on the admission of patients without healing possibilities? The objectives of this study were analyze the opinion of health professionals on patient admission without possibilities of healing in the Intensive Care Unit; characterize the profile of the interviewed health professionals; verify in the understanding of the interviewed health professionals, the meaning of patients without healing possibilities; knowing the criteria for admission of patients beyond healing in the Intensive Care Unit and identifying problems faced by health professionals in the admission of terminally ill patients in the Intensive Care Unit. This is a descriptive research, with quantitative and qualitative approach, based on the discourse and practice of the social responsible actors, previously chosen and who were willing to participate in the study. The study population consisted of all doctors and nurses of the ICU which constituted a sample of 10 doctors and 10 nurses. Data were collected from semi-structured interviews. The research was formalized after project approval by the Ethics in Research Committee of FACENE under Protocol 05/13 and CAAE 12241713.4.5179 and performed between March and April 2013. The interviews were recorded on electronic device and the collected data were transcribed, employing the technique of the Collective Subject Discourse analysis. In order to ensure the anonymity of the collaborators, they were identified by pseudonyms. It can be seen in the discourse of the participant's difficulties in admitting patients to in the terminal stage in the ICU, such as: talking about terminal illness with the family, occupy a bed with a patient who has no chance of recovery. The central ideas extracted from each speech were the following: incurable or with poor prognosis diseases; the admission of terminally ill patients in the ICU is not common; difficult of the population in understanding the process of death; recoverable patients; intensive care needs, difficulty in relating with the patient's family; unnecessary occupation of a bed in the ICU; expectations of the family; improve the quality of life, stay close to the family and palliative care. This study has enabled us to discuss a topic rarely discussed by the health staff, especially with regard to the care offered to the terminally ill patient and his family, and that the terminal patient needs specialized care, But such care should be provided in units specialized in palliative care. In the process of care for the terminally ill patient it is necessary that the entire healthcare team is attuned, so that they are able to provide appropriate assistance to that patient.

Keywords: Intensive Care Units. Palliative Care. Terminally Ill Patient.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Respostas dos participantes sobre a questão: “O que você entende por paciente fora de possibilidades de cura?”	26
QUADRO 2 - Na questão: “Fale um pouco de sua experiência profissional na admissão de pacientes em fase terminal na UTI”	27
QUADRO 2.1 Na questão: “Fale um pouco de sua experiência profissional na admissão de pacientes em fase terminal na UTI”	29
QUADRO 3 - Na questão “Em sua opinião, quais devem ser os critérios de admissão de pacientes na UTI?”	30
QUADRO 3.1 - Na questão “Em sua opinião, quais devem ser os critérios de admissão de pacientes na UTI?”	31
QUADRO 4 - Respostas obtidas dos participantes sobre: “Quais os principais problemas enfrentados pela equipe na admissão de pacientes fora de possibilidades de cura na UTI”	32
QUADRO 4.1 - Respostas obtidas dos participantes sobre: “Quais os principais problemas enfrentados pela equipe na admissão de pacientes fora de possibilidades de cura na UTI”	34
QUADRO 4.2 - Respostas obtidas dos participantes sobre: “Quais os principais problemas enfrentados pela equipe na admissão de pacientes fora de possibilidades de cura na UTI”	35
QUADRO 5 - Na questão “Qual a sua opinião sobre admissão do paciente fora de possibilidades de cura na UTI?”	36
QUADRO 5.1 - Na questão “Qual a sua opinião sobre admissão do paciente fora de possibilidades de cura na UTI?”	37
QUADRO 6 - Na questão “Na sua opinião, como deve ser o cuidado prestado ao paciente fora de possibilidades de cura?”	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO	11
1.2 JUSTIFICATIVA.....	12
1.3 HIPÓTESE	12
2 OBJETIVOS	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	14
3.2 DESCRIÇÃO DO PACIENTE FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA.....	16
3.3 CUIDADOS PALIATIVOS	17
4 METODOLOGIA	20
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	20
4.2 LOCAL DE PESQUISA	20
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	21
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	21
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	21
4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO	22
4.8 FINANCIAMENTO	22
5 ANÁLISE DOS DADOS	23
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	23
5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	46
ANEXO.....	50

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

Ao tentar expressar os cuidados a que devem ser submetidos os pacientes em estado crítico de saúde, é preciso enfatizar que os mesmos devem ter tratamentos diferenciados dos demais pacientes, ou seja, trata-se de um paciente em estado grave que possui chances de recuperação, por isso o tratamento deve ser intensificado e monitorado continuamente para observar e obter resultados mais satisfatórios no que se refere à recuperação parcial ou integral do paciente. Por isso, faz-se necessário explicar um pouco sobre a Unidade de Terapia Intensiva UTI (PADILHA, 2010).

A prestação de cuidados intensivos e diferenciados surgiu quando a enfermeira britânica Florence Nightingale, durante a guerra na Crimeia em 1854, sugeriu que houvesse uma separação entre os pacientes em estado grave e os demais pacientes para assim desenvolver um cuidado integral e específico com o intuito de melhorar o quadro clínico dos mesmos. Com o passar dos anos, este conceito foi evoluindo devido a avanços ocorridos na tecnologia e na farmacologia, além dos desenvolvimentos e descobertas na área da saúde. Foi nessa mesma época, que surgiram vários materiais e equipamentos que até hoje são indispensáveis para o funcionamento de uma Unidade de Terapia Intensiva (JERÔNIMO, 2010).

O amplo surgimento das UTI's se deu no início do século XX nos Estados Unidos com a criação de salas de recuperação para pacientes submetidos a neurocirurgias, onde os mesmos eram observados e monitorados de maneira mais intensa. No Brasil, a implantação da primeira UTI se deu no ano de 1871 no Hospital Sírio Libanês (SP) com apenas 10 leitos. O surgimento e proliferação das UTI's causou um grande impacto na medicina por todo o mundo, pois pôde oferecer aos pacientes uma assistência adequada e principalmente eficaz, obtendo-se desta forma uma redução considerável e significativa do número de óbitos entre os pacientes (KNOBEL; LASELVA ; MOURA, 2009).

Para que o paciente seja admitido na UTI é necessário que em seu quadro clínico sejam observados alguns critérios, atualmente estabelecidos por modelos baseados em diagnósticos, prioridades e parâmetros objetivos, para assim observar e avaliar quais os pacientes que mais se beneficiarão com os cuidados prestados nessa área hospitalar específica (PADILHA, 2010).

Entretanto, se um dos critérios principais para que o paciente seja admitido na UTI é ter potenciais chances de recuperação, tornando desta forma a UTI um local exclusivo para

pacientes recuperáveis, qual a opinião dos profissionais médicos e enfermeiros que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva sobre a admissão de pacientes fora de possibilidades de cura?

1.2 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa tem por justificativa fazer uma reflexão sobre a admissão de paciente fora de possibilidades de cura na Unidade de Terapia Intensiva, e principalmente buscar respostas ou levantar questionamentos para o que deve ser feito com o paciente em fase terminal, ou para aonde esse determinado paciente deve ser encaminhado e com isso despertar nos profissionais de saúde o interesse e o desejo de analisar o cuidado prestado a pacientes que estão fora de possibilidades de cura, gerando uma discussão sobre um tema pouco questionado.

A motivação para realizar este estudo surgiu de uma discussão feita durante uma aula da disciplina de Enfermagem em Terapia Intensiva, onde se questionou os critérios de admissão do paciente na UTI, a partir daí, surge então o desejo de estudar e ampliar os conhecimentos em uma área que até então é pouco pesquisada para assim conhecer e entender a opinião dos profissionais de saúde.

1.3 HIPÓTESE

Os pacientes fora de possibilidades de cura são admitidos na Unidade de Terapia Intensiva, por não existir uma unidade de cuidados paliativos e por esse motivo são inclusos nos critérios de admissão. A admissão desses pacientes na UTI também é feita pela dificuldade de comunicação e esclarecimento da sociedade com relação às necessidades de um paciente em fase terminal, pois o mesmo precisa de um cuidado especializado e ao mesmo tempo necessita estar próximo de sua família e o cuidado oferecido na UTI não dá ao paciente chances de recuperação. As instituições hospitalares deveriam dispor de unidades de cuidados especializados para pacientes fora de possibilidades de cura, e com isso permitiria que esses pacientes fossem admitidos num lugar reservado para eles, e com isso, de certa forma, na UTI só seriam admitidos pacientes recuperáveis, ou seja, com potenciais chances de recuperação.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar a opinião dos profissionais de saúde sobre admissão do paciente fora de possibilidades de cura na Unidade de Terapia Intensiva.

Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos profissionais de saúde entrevistados;
- Verificar no entendimento dos profissionais entrevistados o que significa paciente fora de possibilidades de cura;
- Conhecer os critérios de admissão de pacientes fora de possibilidades de cura em Unidade de Terapia Intensiva;
- Identificar problemas enfrentados pelos profissionais de saúde na admissão de pacientes em fase terminal em Unidade de Terapia Intensiva

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é destinada a pacientes em estado crítico, que necessitam de contínuos e especializados cuidados médicos e que demonstram possíveis ou reais chances de recuperação (JERÔNIMO, 2010).

É uma área reservada e complexa, dotada de monitoração contínua para fornecer suporte e tratamento intensivo ao paciente, por isso é uma área altamente especializada, tanto em recursos materiais, equipamentos especializados para garantir uma assistência contínua e eficaz ao paciente, quanto em recursos humanos, sendo formada por uma vasta gama de profissionais da saúde: uma equipe de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, entre outros. Sua principal função é prestar uma assistência específica que venha minimizar o sofrimento físico e restaurar a saúde e a vida do paciente (KNOBEL; LASELVA; MOURA, 2009).

A sua estrutura física deve se basear nos padrões de admissão de pacientes, no fluxo de visitantes e funcionários e na necessidade de se instalar áreas de apoio tais como: posto de enfermagem, farmácia e um local para armazenamento dos materiais e equipamentos. A mesma deve proporcionar condições de internação de pacientes graves em ambientes individuais e coletivos, conforme grau de risco, faixa etária e patologia e dessa forma deve garantir a privacidade do paciente, e também prestar ao paciente um apoio laboratorial, nutricional, de imagem e terapêutico por 24 horas mantendo assim condições de monitoração e assistência respiratória contínua (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

A UTI deve estar localizada em uma área geográfica distinta do hospital e o acesso deve ser controlado, nessa área não deve haver ligação com outros departamentos, porém deve estar próxima aos elevadores, ao serviço de urgência, ao centro cirúrgico, e a unidades de recuperação pós-anestésica. Os leitos disponibilizados para cuidados intensivos devem fornecer segurança e cobertura adequada aos pacientes críticos, levando em consideração a população de doentes, quantidade de cirurgias, grau de comprometimento com os cuidados intensivos por parte dos profissionais e da administração do hospital e os recursos financeiros da instituição (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

Para que se forneça um cuidado bem qualificado, a instituição hospitalar deve dispor de no mínimo cinco leitos intensivos num hospital com capacidade para cem leitos ou mais,

pois a instalação de uma UTI com menos de cinco leitos torna-se impraticável e seu rendimento insatisfatório (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

A disposição dos leitos deve ser feita de acordo com a patologia e necessidade do paciente, seja em uma área comum ou em quartos isolados. No entanto, ambos devem permitir uma contínua observação dos pacientes e os mesmos precisam ser alocados de forma que possam ser observados e monitorados continuamente pela equipe. Em uma área comum a separação dos leitos deve ser feita por divisórias laváveis, para assim proporcionar privacidade e conforto ao paciente, já em unidades com leitos dispostos em quartos fechados devem possuir painéis de vidro para facilitar a visualização do paciente pela equipe (KNOBEL; LASELVA; MOURA, 2009).

O posto de enfermagem deve ser centralizado para favorecer a visualização de todos os leitos e permitir a realização de todas as funções da equipe. Para facilitar essas atividades o mesmo deve conter uma área destinada à preparação de medicação: iluminação adequada, lavabo, local para armazenar medicações, materiais e soluções, um espaço para computadores, impressoras e registros médicos da equipe. Os registros devem ser armazenados em um local de fácil acesso a todos da equipe de saúde. A UTI deve dispor de um local para armazenar materiais limpos e contaminados, e o expurgo deve estar localizado longe da área de circulação da Unidade de Terapia Intensiva (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

Toda unidade de cuidados intensivos contém em sua estrutura física um banheiro para os pacientes, outro para os funcionários, sala de procedimentos especiais, laboratórios e sala de reuniões. Deve conter também corredores de suprimentos e serviços para permitir fácil acesso. Por ser uma área dotada de muitos equipamentos para monitorar o paciente, é de extrema importância que a UTI possua uma central de monitoração e que seja situada num local de boa visualização dentro do posto de enfermagem. Todos os monitores deverão estar ligados a essa central, de modo que caso haja alguma alteração, esta ser observada por todos os profissionais da equipe (KNOBEL; LASELVA; MOURA, 2009).

Por ser uma área que fornece cuidados intensivos e dispõe de muitos equipamentos, a UTI exige uma demanda maior de profissionais. O dimensionamento desses funcionários é feito de acordo com a necessidade da instituição, números de leitos da unidade, capacidade do profissional e a quantidade e qualidade dos equipamentos, para assim garantir uma melhor assistência ao paciente crítico (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

A admissão dos pacientes na unidade de cuidados intensivos se dá por meio de alguns critérios: pacientes graves que necessitam de cuidados intensivos e monitorização hemodinâmica que não podem ser realizados fora da UTI, doenças crônicas com quadro

agudo que necessitam de monitorização contínua, paciente gravemente enfermo com poucas chances de recuperação em decorrência de sua doença de base ou doença aguda atual, paciente em quadro terminal com doença irreversível com risco de morte iminente (CALDEIRA, 2010).

Ao admitir um paciente na UTI é necessário selecionar esses critérios para assim direcionar o atendimento priorizando os pacientes que mais necessitam, principalmente quando há disposição de poucos leitos para evitar que pacientes recuperáveis sejam atendidos tardiamente e em piores condições, portanto, faz-se necessário racionalizar uma conduta para a admissão desses pacientes na UTI (PADILHA, 2010).

3.2 DESCRIÇÃO DO PACIENTE FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA

Apesar do grande avanço tecnológico da atualidade, ainda há um grande número de doenças que mesmo em meio a tamanho esforço terapêutico realizado para o seu combate, alcançam um estágio onde a cura não é mais possível e o paciente acaba por se tornar um paciente fora de possibilidades de cura (MORAES, 2009).

O paciente em fase terminal é aquele cuja doença encontra-se em uma fase irreversível, e a terapêutica utilizada já não lhe dá possibilidade de cura. Durante todo o percurso da doença o paciente apresenta-se muito frágil e com limitações específicas de natureza física, psíquica, social e espiritual. Trata-se de um paciente, para o qual a ciência não possui recurso para deter o avanço fatal da doença, o que leva a muitas interrogações para a equipe de saúde, familiares e para o próprio indivíduo (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

A terminalidade é definida de forma muito complexa, e essa definição baseia-se em dados objetivos, como por exemplo, resultado de alguns exames, podendo também se definir por meio de dados subjetivos como: falta de resposta terapêutica a determinado tratamento e experiências profissionais anteriores. No entanto a definição mais precisa é a que se baseia predominantemente em dados objetivos. O período de diagnóstico e definição do caso é um período muito difícil tanto para a equipe, como para o paciente, pois há uma grande expectativa de reversão do quadro (LAGO; GARROS; PIVA, 2007).

O paciente fora de possibilidade de cura passa por diversas alterações e disfunções em seu organismo causadas pela doença, de modo que os principais sinais clínicos são: alterações no conforto devido à dor, nutrição prejudicada porque em muitos casos o paciente passa a alimentar-se menos que o necessário para o seu corpo, comunicação verbal prejudicada, instabilidade de sinais vitais, mobilidade física prejudicada, constipação, dispnéia, náuseas,

vômitos, alterações hemodinâmicas, fraqueza e cansaço, todas essas alterações são observadas e avaliadas pela equipe de saúde, para assim analisar o tratamento que está sendo utilizado, visando promover ao paciente conforto e alívio dos sintomas (MORAES, 2009).

O diagnóstico de terminalidade leva o paciente e a família a necessitar de um cuidado especializado, denominado cuidado paliativo tentando assim dar suporte a todas as necessidades do paciente (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

3.3 CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidado paliativo é um cuidado direcionado ao paciente que não possui mais a finalidade de cura, uma vez que a doença encontra-se em uma fase progressiva e irreversível e o tratamento curativo acaba por se tornar pouco responsivo, sendo o principal objetivo desse cuidado, garantir uma melhor qualidade de vida ao paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cuidado paliativo como sendo um cuidado ativo e total ao paciente cuja enfermidade não responde ao tratamento curativo, tendo como finalidade atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e seus familiares, garantindo assim o controle de alguns sintomas e entre outros problemas; sociais e espirituais (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

A definição da OMS especifica que os cuidados paliativos afirmam a vida e encaram o morrer como um processo normal, procuram aliviar a dor e outros sintomas desconfortáveis, oferecem sistemas de apoio e ajuda aos pacientes para que vivam de forma ativa até a morte, oferecem a família apoio para lidar com a situação durante a doença e no processo do luto (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Atualmente, o cuidado paliativo é dispensado a pacientes portadores de câncer em fase terminal e AIDS, mas dele também se beneficiam casos de insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica, idosos portadores de graves sequelas causadas por diversas doenças e pacientes com doenças neurológicas. Por entender que todos necessitam deste cuidado e por isso se faz necessário humanizá-lo, para assim poder entender e aliviar o desconforto causado pela terminalidade e o sofrimento psíquico causado pelo sentimento de medo e angústia sem fim (RODRIGUES; ZAGO, 2009).

O cuidado paliativo é prestado ao paciente crítico em fase terminal, onde a cura deixa de ser o foco da assistência nesta situação. O objetivo é garantir o bem estar do paciente e permitir que o mesmo tenha uma morte digna e calma. Esse cuidado deve ser priorizado e as medidas para uma melhor assistência devem ser estabelecidas pela equipe e pelos familiares

do paciente, favorecendo a ocorrência de uma boa comunicação entre a equipe, o paciente e a família (MORITZ, 2008).

Deve-se sempre respeitar a autonomia do paciente dando-lhe assim o direito de decidir sobre aquilo que ele pensa ser o melhor para si, sendo que a decisão da equipe deve ser antecedida pelo consentimento do paciente. O profissional deve sempre estar atento às fragilidades e medos do paciente e de seus familiares, e principalmente deve estar disposto a ouvir, para assim poder obter e compartilhar informações. É imprescindível que seja respeitado o tempo de entendimento e decisão da família, pois o processo envolve inúmeros sentimentos e não pode ser visto somente de forma racional (MORITZ, 2008).

O cuidado paliativo procura atender a pessoa na fase terminal da vida na sua totalidade de ser, tentando promover o bem-estar e dignidade ao doente crônico e terminal. Não necessariamente precisa ser colocado em prática somente na fase final da doença e com isso pode dar ao paciente a possibilidade de não ser expropriado do momento final de sua vida, mas de viver a própria morte. No entanto visa promover ao paciente uma morte digna, onde a morte passe a ser vista como um processo natural e que precisa ser enfrentada e que só resta a ele viver bem os dias que lhe restam embora seja uma situação difícil de ser vivenciada (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

A assistência da equipe deve considerar o paciente como ser único e complexo dotado de particularidades que necessita ser visto como todo e não apenas por partes. Este tipo de cuidado integral e humanizado, só é possível quando a equipe faz uso de diversidades de comunicação para que entenda e compreenda a comunicação verbal e não verbal do paciente, portanto há uma necessidade de que os profissionais tenham habilidades para se comunicarem com os pacientes sem possibilidades de cura (ARAUJO; SILVA, 2007).

A prática desse cuidado tem sido caracterizada hoje como um grande desafio para as instituições hospitalares e para os profissionais de saúde, pois exigem o desenvolvimento de várias habilidades relacionadas ao cuidado. Habilidades essas a respeito da atitude e interação da equipe com o paciente e sua família, portanto, é necessário conhecer e fazer parte do que ocorre na vida do doente e de sua família, para assim poder auxiliar o doente em uma fase avançada de sua doença, proporcionando a ele e aos seus familiares o atendimento de suas reais necessidades (MORAES, 2009).

O cuidado ofertado ao paciente é de extrema importância, pois de certa forma ele passa a ter por perto profissionais em quem pode confiar e sabe que o profissional está ali pronto para ajudá-lo, por isso se faz necessário uma equipe multiprofissional para que esses cuidados sejam oferecidos com qualidade. Prestar assistência a um paciente fora de possibilidades de

cura é sem dúvidas ter a certeza de que sempre se pode oferecer conforto à pessoa, independente da evolução de sua doença. Portanto, nesta fase, não há o que fazer para curá-lo, mas sim para aliviar seu sofrimento (MORAES, 2009).

O paciente terminal ao receber o diagnóstico de irreversibilidade de sua doença desenvolve um quadro dramático de sofrimento que passa por vários estágios. O primeiro é o de negação e isolamento, o paciente diz que isso não é verdade e que todos estão mentindo, diz que isso não pode estar acontecendo com ele porque não aceita o fim de sua existência e sabe que esse fim não está sobre o seu controle. O segundo é o de raiva, onde o paciente questiona “por que eu?” E com isso passa a sentir raiva de todos que os rodeia, nessa fase é preciso entender que a raiva não é pessoal direcionada exclusivamente para as pessoas com as quais ele tem que conviver e sim raiva da situação que ele está vivendo e que não pode ser revertida (CASARINI; BASILE, 2005).

O terceiro estágio é o de barganha, onde o paciente acredita que a doença é um castigo e por isso ele fará um trato com Deus e a partir de agora ele será uma pessoa boa e com isso Deus terá piedade, e irá ver os seus esforços e concederá mais alguns anos de vida. O quarto é o de depressão, a doença começa a agravar-se e não há mais como negar, agora surge uma grande sensação de perda iminente. O quinto estágio é o de aceitação, onde o paciente tem a necessidade de perdoar e ser perdoado e sabe que já pode partir de uma forma mais serena, pois muitos problemas já foram resolvidos (BIFULCO; FIGUEIREDO, 2006).

Chega um período em que os cuidados paliativos são direcionados à família, pois o paciente já se conforma e aceita seu fim. Mas a família tem uma grande dificuldade em aceitar o fim de alguém tão querido e com isso passa a necessitar de maior apoio e cuidado da equipe, o que é muito importante para a família, pois a não aceitação acaba por refletir no paciente, que neste momento necessita estar próximo dos seus, para que assim viva seus últimos momentos em paz (BIFULCO; FIGUEIREDO, 2006).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2004).

A abordagem qualitativa, conforme apresentada por Polit, Beck e Hunger (2004), contribui para subsidiar a compreensão da realidade delimitada pelos locais e sujeitos da pesquisa, buscando identificar as relações entre os aspectos envolvidos em cada fase do estudo, bem como os fenômenos investigados por cada fase específica e o conteúdo geral.

O método qualitativo difere do quantitativo por não utilizar um instrumento estatístico como base do processo de análise de um problema. A abordagem qualitativa de um problema justifica-se por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social.

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Terapia Intensiva dos seguintes serviços: Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia e no Hospital da Mulher ambos na cidade de Mossoró-RN, tomando por base o discurso e a prática dos atores sociais responsáveis, sendo estes médicos e enfermeiros das UTI's escolhidos previamente e que se dispuserem a participar do estudo.

A escolha dos referidos locais ocorreu por ser um campo onde acontecem as práticas de cuidados que interessam ao estudo e também por constituírem as maiores UTI's de Mossoró/RN, além de que o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguir não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo (MINAYO, 2004).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por todos os médicos e enfermeiros das UTI's. Inicialmente, ter-se-ia como amostra 10 médicos e 10 enfermeiros que se disporem a participar do estudo. Os critérios de escolha dos participantes da pesquisa foram: ser profissional da Unidade de Terapia Intensiva há pelo menos 01 ano e aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: trabalhar em terapia intensiva há menos de 01 ano e não aceitar participar da pesquisa. Assim, foram coletados dados de uma amostra de 08 participantes, pelo fato de alguns profissionais se recusarem a participar da pesquisa devido aos últimos acontecimentos divulgados pela mídia.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir de entrevista semiestruturada, sendo esta o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador obteve informes contidos na fala dos atores sociais. Os questionamentos da entrevista não significam uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa onde vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva (MINAYO, 2004).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi formalizada após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE sob Protocolo 05/13 e CAAE 12241713.4.5179. A coleta de dados foi realizada no período dos meses de março e abril de 2013.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas gravadas em aparelho eletrônico, tendo sido marcado um horário de acordo com disponibilidade de cada um dos participantes da pesquisa, os quais tiveram seu direito de anonimato garantido. As informações obtidas foram transcritas e submetidas à transcrição.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados com base no método estatístico, sendo apresentados em forma de gráficos. Já dos qualitativos foram trabalhados extraindo-se de cada

relato a ideia principal e suas expressões chaves, empregando-se a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre, 2005.

O Discurso do Sujeito Coletivo é um discurso síntese elaborado com pedaços de discurso de sentido semelhante reunidos num só discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Como forma de assegurar o anonimato dos colaboradores, estes foram identificados por pseudônimos, definidos à posteriori.

4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO

Este estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõem a Resolução 196/96 CNS/MS. Para isso, o mesmo foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE.

A Resolução nº 196/96 CNS/MS é, sem dúvida, um documento de suma importância no campo da bioética no sentido de assegurar uma conduta ética responsável por parte dos pesquisadores na realização de pesquisa com seres humanos. Este estudo será desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1997).

Conforme a Resolução 311/2007 COFEN, o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. O profissional de enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética (COFEN, 2007). A coleta de dados foi formalizada após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Todos os colaboradores leram, assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constam os objetivos da pesquisa e todas as informações necessárias para o participante.

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como um orientador e a banca examinadora.

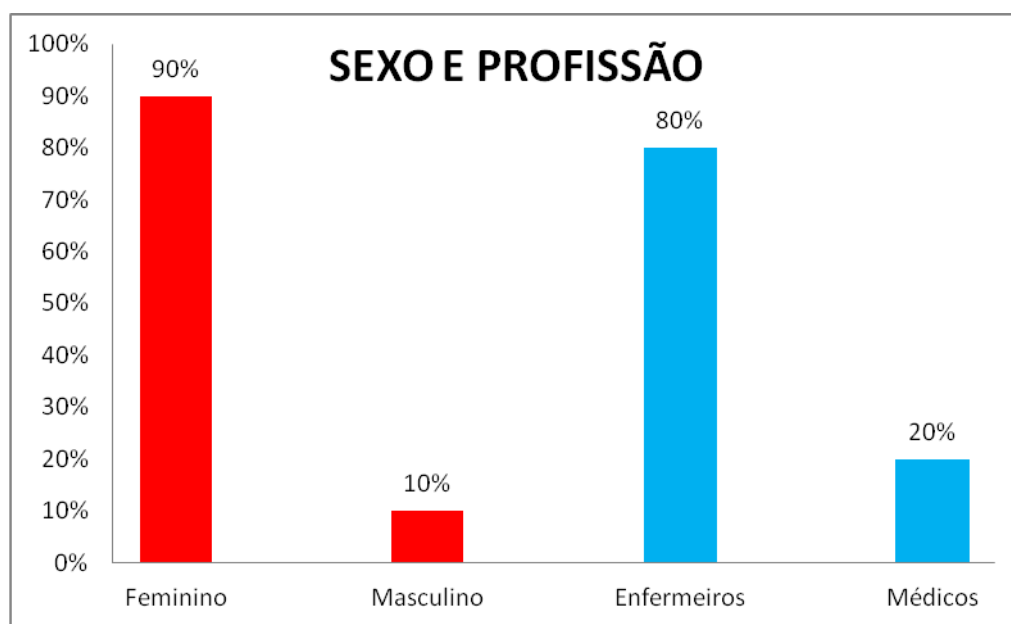
5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram de uma amostra de 08 participantes, pelo fato de alguns profissionais recusarem-se a participar da pesquisa devido aos últimos acontecimentos que foram divulgados na mídia.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os fatores de caracterização da amostra aplicados aos participantes da pesquisa, durante a coleta dos dados quantitativos estão apresentados através de gráficos, os quais são constituídos de aspectos do tipo: profissão, sexo, idade, tempo de serviço em UTI.

GRAFICO 1 - Distribuição do sexo e da profissão dos participantes entrevistados.

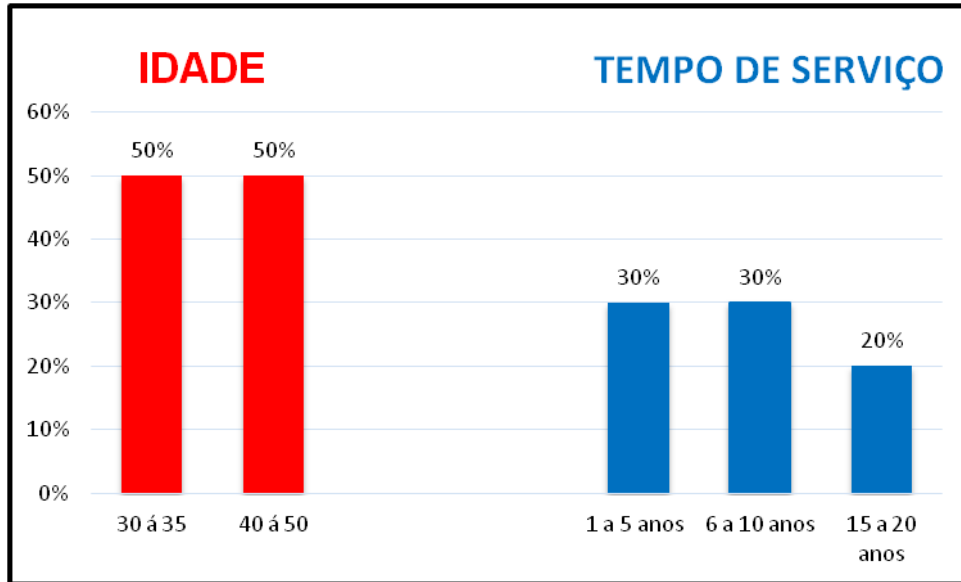


Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE/RN-2013.

Segundo Melo, Lastres e Marques (2004) a profissão de enfermagem esteve sempre marcada por conteúdos fortemente ideológicos permeados pelo discurso religioso. As especificidades de gênero tendiam a ser naturalizadas e até recentemente essa profissão era tida como uma ocupação feminina em decorrência da aptidão que as mulheres têm para cuidar dos outros, a qual supostamente faltaria aos homens. Por isso se explica o menor número de homens na enfermagem, pelo fato das pessoas considerarem que essa profissão é somente

para mulheres, embora nesses últimos anos esse pensamento venha sendo moldado, tendo em vista que já existem muitos homens enfermeiros.

GRAFICO 2 - Distribuição da idade e do tempo de serviço dos participantes entrevistados.

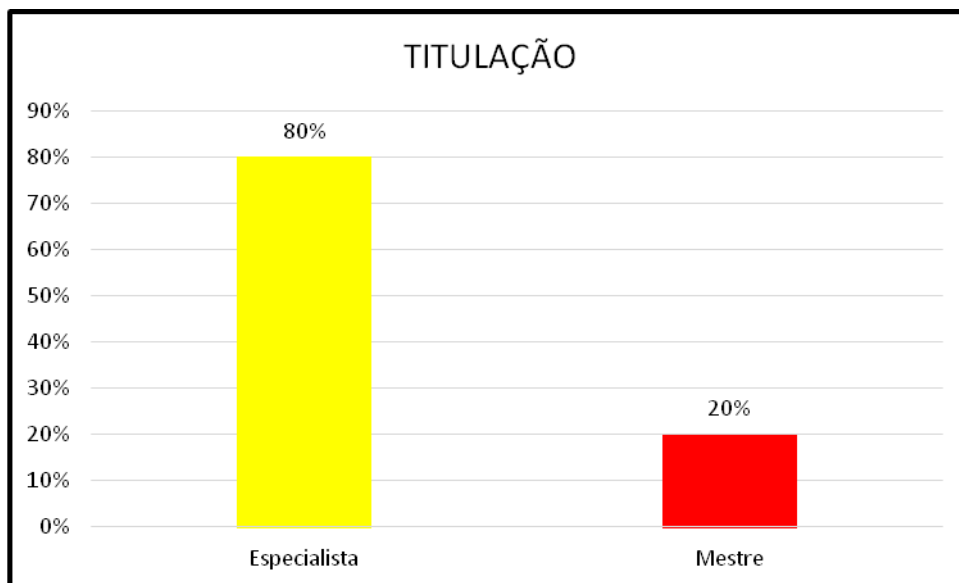


Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE\RN-2013.

De acordo os dados coletados observou-se que 50% dos profissionais estão entre a faixa etária de 30 a 40, totalizando 04 participantes e os outros 50% estão entre a faixa etária de 40 a 50, totalizando 04 profissionais. Observa-se que 40% dos profissionais tinham em média de 1 a 5 anos de serviço em Unidade de Terapia Intensiva. Outros 40% tinham em média 6 a 10 anos de serviço em UTI e os outros 20% tinham em média de 15 a 20 anos de serviço.

COSTA (2005) afirma que a partir da análise da idade dos profissionais, associada ao tempo de serviço em UTI, pode-se observar que a maioria dos participantes já trabalham na UTI há mais de 2 anos, o que revela; conhecimento das rotinas e cuidados desenvolvidos nesta unidade. De certa forma essa caracterização foi importante, pois revelou a experiência dos participantes em cuidados de alta complexidade.

GRAFICO 3 - Distribuição das maiores titulações dos participantes entrevistados.



Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE/RN-2013.

De acordo com os dados coletados 06 dos 08 participantes eram especialistas e os outros 02 eram mestres.

Segundo Melo, Lastres e Marques (2004) a atuação do profissional é como um agente de transformação de conhecimentos, habilidades e atitudes em competências entregues à organização, ressaltando o entendimento de agregação de valor como algo que a pessoa entrega para a organização de forma efetiva, de forma a melhorar processos ou introduzir tecnologias e não somente como atingir metas organizacionais.

Costa (2005) diz que o campo de atuação do profissional exige dele uma melhor qualificação, para assim responder às necessidades do setor atuante. No entanto, a formação dos mesmos revela um investimento em busca de maiores índices de satisfação, melhores salários e condições de vida, com repercussões positivas na qualidade de vida.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Nesse capítulo iniciamos a análise das informações coletadas por meio de entrevistas gravadas.

Na questão “O que você entende por paciente fora de possibilidades de cura?” foram observadas as seguintes respostas:

QUADRO 1 - Respostas dos participantes sobre a questão: “O que você entende por paciente fora de possibilidades de cura?”.

IDEIA CENTRAL I	EXPRESSÕES-CHAVE
<p>Patologias incuráveis ou com mau prognóstico</p>	<p>“(…) entendo que é aquele paciente que tem uma determinada patologia que não tem mais cura para ela (…”. P1</p> <p>“(…) diagnóstico já comprovado patologia terminal (…”. P2</p> <p>“(…) que não tem evolução clínica, ou seja, não responde ao tratamento (…”. P3</p> <p>“(…) paciente em que o tratamento de saúde instituído não mudará seu prognóstico (…”. P4</p> <p>“(…) São aqueles com mau prognóstico (…”. P5</p> <p>“(…) independente do suporte que recebe o seu quadro não modifica, seu prognóstico e desfecho será o mesmo (…”. P6</p> <p>“(…) que está com diagnóstico que o impossibilita viver (…”.P8</p>

Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE\|RN-2013.

DSC: Entendo que é aquele paciente que tem uma determinada patologia que não há mais cura, e o diagnóstico já é comprovado como patologia terminal. Com isso, o paciente não tem uma boa resposta ao tratamento que foi instituído, mesmo recebendo cuidados específicos e intensivos seu quadro clínico não modifica e o seu diagnóstico o impossibilita de viver.

Segundo Moraes (2009), doença terminal é aquela em que o doente não evolui clinicamente, e não responde a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada, e com isso não apresenta condições de cura ou de prolongar a sua sobrevivência, estando, pois, num processo de morte inevitável. A fase terminal de um paciente é quase sempre identificada como a que antecede a morte, daí surgem os desafios e problemas que deverão ser enfrentados pela família, paciente e equipe de saúde.

De acordo com Silva (2008), o paciente terminal é aquele para o qual a ciência não possui recurso para deter o avanço fatal da doença, trazendo interrogações para equipe de saúde, familiares e para o próprio indivíduo. A pessoa fora de possibilidades de cura, durante todo o percurso da doença, apresenta fragilidades e limitações bastante específicas de natureza física, psicológica, social e espiritual, por isso se faz necessário que a equipe esteja preparada para entender e amenizar essas dificuldades.

Os participantes ressaltaram que o paciente fora de possibilidades de cura é aquele que possui uma patologia que não há mais cura, onde independente do suporte que receba seu prognóstico não modifica e seu desfecho será o mesmo. É importante destacar que apenas um participante defendeu que paciente terminal é um termo usado para descrever a impotência médica diante de um quadro patológico. Pode-se perceber que muitos profissionais fogem desse assunto e o diagnóstico de uma doença incurável gera um sentimento de impotência e fracasso.

Silva, Suzaki e Possari (2006) dizem que existe uma diferença entre um paciente fora de possibilidades de cura e um paciente terminal. O paciente fora de possibilidades de cura é aquele que recebe o diagnóstico de uma patologia incurável, porém isso não quer dizer que necessariamente ele vai morrer logo, ou seja, sua doença não tem cura, entretanto seu prognóstico pode ser modificado. O paciente terminal é aquele que recebeu diagnóstico de uma patologia que não tem mais cura, e mesmo que receba suporte seu prognóstico não modifica e o processo de morte é inevitável. Percebe-se no discurso dos profissionais que muitos não sabem ou não diferenciam estes pacientes, o que de certa forma dificulta o processo do cuidado, tendo em vista que são pacientes diferentes e que precisam de uma assistência diferenciada.

QUADRO 2 - Na questão: “Fale um pouco de sua experiência profissional na admissão de pacientes em fase terminal na UTI”. Foram obtidas as seguintes respostas:

Ideia central I	Expressões-chaves
	“(…) costumamos receber pouco os pacientes em fase terminal (…)”. P1

<p>Não é comum a admissão de pacientes em fase terminal na UTI.</p>	<p>“(...) em nossa vivência, clientes em fase terminal não é muito comum (...)”. P2</p> <p>“(...) não é comum admitirmos pacientes fora de possibilidades de cura (...)”.</p> <p>“(...) não vivenciei admissão de pacientes em fase terminal em nenhuma das UTI’s das quais trabalhei(...)”. P4</p> <p>“(...) nunca trabalhei com paciente terminal (...)”. P3</p> <p>“(...) muito difícil realizar admissão (...)”. P8</p>
---	---

Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE|RN-2013.

DSC: Não é comum receber pacientes em fase terminal na Unidade de Terapia Intensiva, já que não vivenciei a admissão desses em nenhuma das UTI’s das quais trabalhei.

De acordo com Ciampone, Gonçalves e Maia (2006) a UTI é uma unidade complexa, destinada ao atendimento de pacientes graves, que demanda espaço físico específico, recursos humanos especializados e tecnologia avançada, é destinada a pacientes que possuem potenciais chances de recuperação. Dessa forma torna-se necessária a definição de alguns critérios de admissão e alta na UTI que considere os diversos aspectos envolvidos na indicação do tratamento intensivo.

Segundo Bitencourt, Dantas e Neves (2007) a Unidade de Terapia Intensiva tem como principal função prestar assistência ao paciente em estado crítico, porém com possibilidades de recuperar-se, exigindo permanente assistência médica e de enfermagem além da utilização de equipamentos especializados. Observou-se no discurso dos participantes que não é comum a admissão dos pacientes em fase terminal na UTI, tendo em vista que se trata de um Hospital de Urgência e Emergência e a sua missão é essa atender as urgências, para que pacientes sejam admitidos nesta unidade precisam enquadrar-se em alguns critérios de admissão e um desses é ter chances de recuperação.

Magalhães (2004) diz que embora a UTI não seja indicada para pacientes terminais, sem possibilidades de recuperação, vários pacientes são internados sem possibilidades de reversão do seu quadro clínico. Alguns participantes relataram que isso ocorre muitas vezes devido à pressão da família, o que gera dificuldades para equipe em termos de autonomia para recusar um paciente que não está dentro dos critérios de admissão. Isso acontece porque a morte e o morrer são assuntos pouco discutidos pela sociedade.

A partir das entrevistas realizadas foram obtidas as seguintes respostas dos participantes em relação a sua experiência na admissão do paciente terminal na UTI:

QUADRO 2.1 Na questão: “Fale um pouco de sua experiência profissional na admissão de pacientes em fase terminal na UTI”. Foram obtidas as seguintes respostas

Ideia central II	Expressões-chaves
Dificuldade da população em entender o processo de morte.	<p>“(…) adverti a família que as chances de salvá-la eram quase zero, mas eles ficaram esperançosos (…”. P5</p> <p>“(…) ainda não evoluímos o suficiente para entendermos o significado entre vida e morte (…”. P6</p>

Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE|RN-2013.

DSC: Não evoluímos o suficiente para entendermos o significado entre a vida e a morte. Por isso adverti a família que as chances de salvá-la eram quase zero, mas ainda assim ficaram esperançosos.

Segundo Pazin (2006), a definição de morte pode parecer fácil. Todos aprendem desde cedo que a morte é a única certeza de vida. No entanto, a morte é um fenômeno que está sujeito a múltiplas interpretações. Entende-se que a morte é parte integrante de vida do ser humano, mas para a sociedade a morte não é vista como algo natural, pois é sempre muito complicado e difícil aceitar o fim da vida. Com o avanço da medicina a sociedade passou a acreditar que as doenças que levam à morte podem ser curadas, é só questão de tempo até que se consiga a cura para todas as doenças e a morte deixa de existir, com isso a morte passa a ser vista como uma falha na medicina e não parte integrante da vida.

Brêtas, Oliveira e Yamaguti (2006), compreendem que a morte é um evento biológico que encerra uma vida. Nenhum outro evento vital é capaz de suscitar, nos seres humanos, mais pensamentos dirigidos pela emoção e reações em todos aqueles que estão envolvidos neste processo da morte e do morrer. Percebe-se que é muito difícil para a sociedade aceitar a morte, principalmente quando se refere a alguém próximo, ou melhor, um familiar, o medo de perder um ente querido gera sempre um medo de falar sobre a morte.

Moraes (2009) diz que muitas vezes as pessoas preferem ficar distantes e agem como se nada estivesse acontecendo, acham melhor não receber informações sobre o estado geral do paciente e ficam pressionando a equipe para que o paciente que está em fase terminal seja admitido na UTI, ao invés de procurar entender quais, realmente, são as suas necessidades,

pois muitas vezes o paciente precisa de cuidados específicos, mas para ele é muito melhor esta perto de sua família.

Diante disso pode-se afirmar que a morte é o destino certo para todos os seres vivos. No entanto só o ser humano é capaz de ter consciência da própria morte, mas poucos falam dela, a maioria procura fugir do assunto. Entende-se que é angustiante para o ser humano ter consciência de sua finitude, tendo em vista que celebramos a vida cotidianamente. Trata-se de um assunto que necessita ser melhor discutido pela sociedade, pois é algo que faz parte da nossa vida e não há como não falarmos sobre morte (MORITZ, 2008).

Alguns participantes relataram no seu discurso que enfrentam dificuldades para falar de morte com os familiares dos pacientes e alegam que esse é um assunto que deve ser mais enfatizado e discutido pela sociedade, para assim facilitar a comunicação e promover ao paciente uma morte digna.

QUADRO 3 - Na questão “Em sua opinião, quais devem ser os critérios de admissão de pacientes na UTI?”.

Ideia central	Expressões-chaves
Pacientes recuperáveis.	<p>“(…) entendo que é para ser admitido os pacientes graves, mas que tenham chances de se recuperar (…)”. P1</p> <p>“(…) UTI é para admissão de clientes que tem possibilidades de sobrevida e recuperação (…)”. P2</p> <p>“(…) nossa prioridade deve ser os pacientes recuperáveis (…)”. P4</p> <p>“(…) devemos admitir pacientes graves, potencialmente recuperáveis (…)”. P5</p>

Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE/RN-2013.

DSC: A unidade de terapia intensiva é para admissão de ‘clientes’ que tenham possibilidades de sobrevida. Portanto devem ser admitidos os pacientes graves e que tenham potenciais chances de recuperação.

Salicio e Gaiva (2006) entendem que a UTI é uma unidade preparada para receber o paciente grave ou potencialmente grave, contando com uma assistência médica e de enfermagem contínua que fornece ao paciente um cuidado específico e intensivo. É uma área hospitalar destinada ao paciente recuperável, ou seja, aquele paciente que irá receber os cuidados administrados nesta unidade no qual seu quadro clínico terá evolução e seu desfecho será modificado. Por se tratar de uma unidade que dispõe de cuidados específicos e

procedimentos invasivos e isso gera custos, automaticamente há restrições de leitos para assim prestar uma assistência qualificada e por isso surge a necessidade de priorizar o paciente que possa recuperar-se com os cuidados recebidos.

Segundo Pessini (2001) a UTI diferencia-se de outras unidades do hospital por fornecer tratamento especializado e intensivo para o paciente crítico, com o uso de equipamentos sofisticados, recursos materiais, tecnológicos e humanos para melhor abordagem do paciente grave, porém com chances de reestabelecer suas funções e sobreviver sem os cuidados intensivos que lhes foram ofertados.

Observa-se no discurso dos participantes que muitos concordam e afirmam que UTI é e deve ser uma unidade destinada ao paciente recuperável e que os pacientes em fase terminal devem ser encaminhados para uma UTI oncológica ou uma unidade de cuidados paliativos, ou seja, onde lhe dará uma melhor qualidade de vida sem agressão, tendo em vista que os participantes afirmam que a realização de procedimentos invasivos em pacientes terminais apenas agride o corpo causando mais dor, aumentando seu sofrimento físico.

A partir das entrevistas realizadas foram obtidas as seguintes respostas dos participantes:

QUADRO 3.1 - Na questão “Em sua opinião, quais devem ser os critérios de admissão de pacientes na UTI?”.

Ideia central II	Expressões-chaves
Necessidades de cuidados intensivos	<p>“(…) urgência (PCR) e comprometimento dos órgãos vitais (...)”. P3</p> <p>“(…) se está precisando de UTI, se está precisando mais que outro, se está na UTI certa, se isso vai fazer melhorar o quadro do paciente (...)”. P6</p> <p>“(…) que necessitem de ventilação mecânica, drogas vasoativas, monitorização cardíaca (...)”.P7</p>

Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE/RN-2013.

DSC: Para que o paciente em fase terminal seja admitido na Unidade Terapia Intensiva, suas necessidades precisam ser avaliadas. A admissão desse paciente será feita se este está precisando de UTI mais que outro, se está na UTI certa, e se isso vai melhorar o quadro do paciente.

Gonçalves e Padilha (2006) defendem que há uma necessidade de avaliar objetivamente quem são os pacientes graves que requerem tratamento intensivo e para que

isso aconteça se faz necessária a utilização de instrumentos de medida de gravidade e essa deve ser uma prática utilizada cotidianamente e de forma indispensável pelos profissionais da unidade de terapia intensiva. O paciente que necessita de cuidados intensivos é aquele que apresenta instabilidade de um ou mais sistemas fisiológicos, com isso precisa ser admitido na UTI, para assim receber um cuidado mais específico que venha a restabelecer e modificar seu quadro clínico.

De acordo com Silveira, Lunardi e Lunardi (2005) o cuidado intensivo dispensado a pacientes críticos, torna-se eficaz quando desenvolvido em unidades específicas, que propiciam recursos e facilidades para sua progressiva recuperação. Portanto, os pacientes que precisam de cuidados específicos e intensivos são graves e devem ser admitidos na UTI, tendo em vista que se trata de uma unidade especializada nesses cuidados. Pode-se observar no discurso dos participantes que muitos concordaram que devem ser estabelecidos critérios de admissão e que os já existentes não são seguidos e com isso muitas vezes outros pacientes que estão necessitando desses cuidados morrem sem receber o cuidado que lhes era necessário. Para que essa situação possa ser evitada é preciso seguir os critérios de admissão.

QUADRO 4 - Respostas obtidas dos participantes sobre: “Quais os principais problemas enfrentados pela equipe na admissão de pacientes fora de possibilidades de cura na UTI”.

Ideia central I	Expressões-chaves
Dificuldades para relacionar-se com a família do paciente.	<p>“(…) acho que um dos principais problemas é a questão da família, de como essa família vem, da falta de informação sobre a terminalidade (…”. P1</p> <p>“(…) o estresse familiar e também do próprio cliente (…”. P2</p> <p>“(…) acredito que o principal problema seja o relacionamento entre profissionais e familiares (…”. P4</p> <p>“(…) ficamos mais expostos à fúria de alguns familiares (…”. P5</p>

Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE/RN-2013.

DSC: Acredito que um dos principais problemas é a questão familiar. A forma como ela vem, da falta de informação sobre a terminalidade, o estresse familiar que muitas vezes reflete no próprio cliente, causando dificuldades no relacionamento entre profissionais e familiares.

Maruiti e Galdeano (2007) entendem que a UTI é um setor fechado, isto é, uma unidade que facilita a coordenação das atividades dos profissionais que ali trabalham e que restringem o acesso a outras pessoas. A estrutura física da UTI, associada às condições dos pacientes, normalmente críticas, e a intensa atividade da equipe de saúde fazem com que muitas pessoas considerem essa unidade um ambiente hostil.

Sem cadeira para familiares, logo, sem um convite para uma visita prolongada, a entrada de familiares é permitida durante um curto período de tempo e em horários pré-estabelecidos. Diante disso, surge uma dificuldade em estabelecer uma comunicação entre a equipe e a família, tendo em vista que para a família é um ambiente novo e estranho e é necessário e fundamental que os profissionais forneçam informações sobre o paciente, além do que é preciso preparar a família para o contato com o paciente, pois a presença de alguns tubos e aparelhos pode assustá-los (MORITZ, 2008).

Silva e Santos (2010) dizem que a humanização no cuidar em enfermagem é indispensável para estabelecer a interação e o relacionamento com os usuários dos serviços de saúde incluindo os seus familiares e os profissionais de saúde. Portanto, é de extrema importância que os profissionais estejam preparados para acolher e entender a família, tendo em vista que se encontram numa situação difícil de aceitar.

Souza e Mendes (2009) dizem que um hospital humanizado é aquele que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade, ou seja, implantando uma estratégia eficaz para um atendimento resolutivo e acolhedor. A Política Nacional de Humanização deve ser tratada como um elemento de transversalidade para o SUS, estando presente desde a recepção e acolhimento do usuário do serviço de saúde, observando suas necessidades e comprometendo-se com seus problemas.

De acordo com Silveira, Lunardi e Lunardi (2005) a necessidade de se internar um familiar em uma UTI tanto pode provocar sentimentos de esperança, alívio, conforto, medo e insegurança. Os profissionais devem estar preparados para receber não só esse paciente, mas também a família, tendo em vista que a interação entre a equipe, paciente e a família é fundamental para o cuidado efetivo. A equipe precisa considerar as necessidades da família diante de situações estressantes, a interação da equipe com a família e o paciente deve ser estabelecida através do diálogo buscando dessa forma esclarecer dúvidas e questionamentos que possam surgir por parte da família.

Percebe-se no discurso dos participantes que há de certa forma uma falta de comunicação entre a família e a equipe, isso ocorre muitas vezes pelo fato dos familiares

temerem as informações que possam receber e também o fato dos profissionais não estarem preparados para entender a situação que essa família está enfrentando.

A partir das entrevistas realizadas, foram obtidas as seguintes respostas dos participantes:

QUADRO 4.1 - Respostas obtidas dos participantes sobre: “Quais os principais problemas enfrentados pela equipe na admissão de pacientes fora de possibilidades de cura na UTI”.

Ideia central II	Expressões-chaves
Ocupação desnecessária de um leito da UTI	<p>“(…) o drama de ocupar um leito com um paciente irrecuperável, enquanto outros que poderiam ser salvos (…”. P5</p> <p>“(…) ocupação de um leito desnecessariamente (…”. P7</p>

Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE/RN-2013.

DSC: Gera um drama, a ocupação desnecessária de um leito de UTI por um paciente irrecuperável, enquanto outros poderiam ser salvos.

Segundo Kimura, Koizumi e Martins (2005), as UTI's são importantes para o tratamento de pacientes graves ou potencialmente graves que necessitam de cuidados contínuos e especializados em consequência de uma ampla variedade de alterações fisiopatológicas. O tratamento desses pacientes é proporcionado por uma equipe assistencial especializada em um ambiente onde recursos tecnológicos e procedimentos invasivos podem propiciar condições para reversão dos distúrbios que colocam em risco sua vida.

De acordo com Magalhães (2004), a UTI é destinada a pacientes críticos, porém com chances de recuperação. É um local que dispõe de equipamentos especiais e assistência contínua, a manutenção dessa unidade gera despesas e com isso é necessário que o número de leitos seja diminuído, por isso é preciso que sejam avaliadas as condições do paciente, para assim poder observar se o mesmo necessita realmente do cuidado prestado nesta unidade.

Observou-se, no discurso dos participantes, que uma das dificuldades enfrentadas na admissão do paciente em fase terminal na UTI é o fato de que o cuidado intensivo ali prestado não dá ao paciente chance de recuperação e de acordo com os participantes; a admissão desses pacientes muitas vezes tira a vaga de um paciente que tem chances de recuperar-se.

Floriani (2004) diz que uma solução para a ocupação desnecessária de um leito de UTI, seria uma assistência domiciliar, ou seja, Home Care, que tem como um de seus fundamentos o cuidado paliativo, funcionando como uma internação domiciliar que é um

modo de suprir as necessidades do paciente que está em fase terminal. Diante do exposto observa-se que com essa assistência domiciliar, o sofrimento do paciente de certa forma pode ser aliviado e ele permanecerá por mais tempo próximo de sua família.

A partir das entrevistas realizadas foram obtidas as seguintes respostas dos participantes:

QUADRO 4.2 - Respostas obtidas dos participantes sobre: “Quais os principais problemas enfrentados pela equipe na admissão de pacientes fora de possibilidades de cura na UTI”.

Ideia central III	Expressões-chaves
Expectativa da família	<p>“(…) quando o paciente chega na UTI a família fica com esperança que ele vá ter uma melhora(…)”. P1</p> <p>“(…) ainda fica a expectativa de que ao entrar na UTI o seu familiar terá a chance de cura (…)”. P4</p> <p>“(…) há “esperança” de cura que os acompanhantes vão ter, iludidos que haverá melhora do quadro clínico após a internação em UTI (…)”. P7</p>

Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE/RN-2013.

DSC: Quando o paciente é admitido na Unidade de Terapia Intensiva, seus familiares esperam uma melhora no seu quadro clínico e ficam na expectativa de que o paciente terá uma chance de cura.

Souza e Santo (2008) entendem que é tão difícil para o paciente quanto para a família enfrentar uma patologia terminal, por se tratar de um diagnóstico que mexe com toda estrutura familiar, e isso faz com que o doente seja alvo de penúria de todos os que o cercam e desperta nos familiares sentimentos e reações estressantes como frustração, ansiedade, raiva, e incerteza. O diagnóstico de uma patologia terminal mexe com o psicológico do paciente e também da família, levando-os a acreditar que na UTI ele terá toda assistência de que precisa para que seu estado geral melhore e possa ser revertido.

Almeida et al (2009) dizem que por ser uma unidade de pacientes críticos, a UTI comumente gera sentimentos negativos nos pacientes e familiares, devido à sensação de ameaça e morte iminente. Diante dessa situação, os familiares podem se sentir confusos, desamparados, temerosos e impotentes. No discurso dos participantes, observou-se que diante de uma melhora do quadro clínico do paciente, a família fica na esperança de que esse vá melhorar e sair do estado que apresenta, percebe-se que é muito difícil para a família aceitar a ideia de que o seu familiar está morrendo, isso muitas vezes dificulta a comunicação da

equipe de saúde com a família, pois se tenta passar informações sobre o estado geral do paciente e a família não acredita, continua confiante de que seu ente querido sairá dessa situação.

QUADRO 5 - Na questão “Qual a sua opinião sobre admissão do paciente fora de possibilidades de cura na UTI?”. Foram obtidas as seguintes respostas:

Ideia central I	Expressões-chaves
Melhorar a qualidade de vida (alívio da dor e dos sofrimentos).	<p>“(…) a não ser que ele precise da UTI neste sentido para alívio de seu sofrimento (…”. P1</p> <p>“(…) concordo com a admissão desse cliente temos que defender a dignidade humana e prover a qualidade de vida (…”.P2</p> <p>“(…) é importantíssimo para que este paciente tenha seus sofrimentos minimizados (…”. P4</p> <p>“(…) às vezes pode-se internar um caso para melhorar temporariamente seu estado geral e o sofrimento (…”. P5</p>

Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE/RN-2013.

DSC: Concordo com a admissão desse cliente na UTI, temos que defender a dignidade humana e prover a qualidade de vida. Principalmente, se ele necessita de cuidados intensivos para aliviar suas dores e minimizar seus sofrimentos.

Segundo Caetano et al (2007) a UTI é tida como um local onde se presta assistência qualificada especializada, independente dos mecanismos tecnológicos serem cada vez mais avançados, capazes de tornar mais eficiente o cuidado prestado ao paciente em estado crítico. Os pacientes terminais são admitidos na UTI para aliviar seus sofrimentos e melhora seu estado geral, e é importante que os profissionais e a família estejam atentos às necessidades do paciente para que sua admissão na UTI não venha a deixá-lo deprimido pelo fato de ser uma área restrita onde ficará longe de seus familiares.

Moritz (2008) diz que durante o tratamento de um paciente terminal muitas medidas curativas ou restaurativas podem ser consideradas fúteis, tais como: nutrição parenteral, administração de drogas vasoativas, ventilação mecânica e inclusive sua internação na UTI, considerando que não se trata de um tratamento fútil e sim de cuidados que o paciente necessita naquele momento para que seu quadro clínico melhore e seus sofrimentos sejam aliviados.

Percebe-se no discurso dos participantes que muitos concordam que o paciente terminal deve sim ser admitido na UTI para aliviar suas dores e realizar procedimentos invasivos necessários para alívio do seu sofrimento, porém após sua melhora o paciente deve ter alta, tendo em vista que os participantes não concordam com a permanência do paciente na UTI.

A partir das entrevistas realizadas foram obtidas as seguintes respostas dos participantes:

QUADRO 5.1 - Na questão “Qual a sua opinião sobre admissão do paciente fora de possibilidades de cura na UTI?”. Foram obtidas as seguintes respostas:

Ideia central II	Expressões-chaves
Permanecer próximo da família.	<p>“(…) neste caso eu sou de acordo que ele fique ao lado de sua família ate o seu ultimo momento (…”. P1</p> <p>“(…) deixando-o ficar em casa perto de seus familiares nos seus últimos momentos (…”. P3</p> <p>“(…) acredito que a “boa morte” se assim posso chamar, deve ser ao lado de quem amamos (…”. P4</p> <p>“(…)que o mesmo necessita de cuidados e amor dos familiares (…”. P5</p>

Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE/RN-2013.

DSC: Neste caso sou de acordo que ele fique ao lado de sua família até o seu último momento. Já que este necessita de cuidado e amor de seus familiares. Dessa forma, se assim posso dizer, ele terá uma “boa morte” próximo de quem o ama.

De acordo Gutierrez e Ciampone (2006) diariamente os profissionais de saúde da UTI defrontam-se com a angústia de cuidar de pacientes em processo de morte e com as respectivas famílias envolvidas nesse processo, o que exige uma boa comunicação entre a equipe, o paciente e a família. Neste processo, se faz necessário que a família esteja envolvida com os cuidados ofertados ao paciente terminal, tendo em vista que para o paciente é melhor estar próximo de sua família para assim poder ter uma “morte digna” perto dos seus familiares

e não sozinho em um ambiente desconhecido e rodeado de equipamentos, assim é preciso deixar claro para a família que os cuidados que o paciente receberá na UTI não lhe darão chances de recuperação e a permanência do paciente na UTI evitará que ele passe os seus últimos momentos com a família.

Observa-se no discurso dos profissionais que o paciente terminal necessita estar perto de sua família para assim aproveitar o tempo que lhe resta, é claro se o paciente não estiver necessitando de cuidados intensivos, caso contrário; é melhor que ele receba os cuidados dos quais precisa para alívio de suas dores próximo de seus familiares. Se o paciente está necessitando permanecer apenas alguns dias na UTI, a equipe precisa estar atenta e de certa forma abrir algumas exceções para que a família possa ficar mais tempo com o paciente e possa visitá-lo com mais frequência.

QUADRO 6 - Na questão “ Na sua opinião, como deve ser o cuidado prestado ao paciente fora de possibilidades de cura?”. Foram obtidas as seguintes respostas:

Ideia central I	Expressões-chaves
Cuidado paliativo	<p>“(…) o cuidado prestado a estes pacientes deve ser feito de maneira paliativa (…)”. P1</p> <p>“(…) o cuidado desses pacientes deve ser igual dentro do protocolo de assistência mesmo sabendo que é um paliativo (…)”. P2</p> <p>“(…) cuidado ao paciente fora de possibilidades de cura deve ser individualizado sempre com o objetivo de minimizar o sofrimento do paciente e família (…)”. P4</p> <p>“(…) mesmo não havendo possibilidade de cura, os cuidados prestados pela enfermagem permanecem até o dia da morte (…)”. P7</p> <p>“(…) devemos ver o paciente com atenção, prestando uma assistência humanizada, com dignidade e responsabilidade, aliviando suas dores, oferecendo conforto e apoio psicológico ao paciente e à família (…)”. P8</p>

Fonte: Dados Coletados pela Pesquisadora. FACENE/RN-2013.

DSC: O cuidado ao paciente fora de possibilidades de cura deve ser de acordo com o protocolo de assistência mesmo sabendo que é paliativo. Devemos ver o paciente com atenção, prestando uma assistência humanizada com dignidade e responsabilidade, aliviando suas dores, oferecendo conforto e apoio psicológico ao paciente e à família. Mesmo não havendo possibilidade de cura, os cuidados prestados pela enfermagem devem permanecer até o dia da morte.

De acordo com Silva e Sudigursky (2008) os cuidados paliativos são direcionados aos pacientes onde não mais existe a finalidade de curar, uma vez que a doença já se encontra em um estágio progressivo, irreversível e não responsivo ao tratamento curativo, sendo o objetivo desses cuidados; propiciar qualidade de vida. O cuidado paliativo é de extrema importância para que o paciente terminal seja bem cuidado, pois o seu foco é o controle dos sinais e sintomas físicos e psicológicos próprios ao estágio avançado da doença incurável. Diante do exposto observa-se que o paciente mesmo estando em uma fase irreversível de sua doença, deve ser visto de forma integral, e principalmente deve ser visto como um paciente que necessita de cuidados como qualquer outro paciente e não deve ser encarado como um caso que não se tem mais nada a fazer.

Pessini (2001) diz que o cuidado ativo dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo deve ser total. O controle da dor de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social, espiritual são o mais importante. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para o paciente e sua família. É importante observar que o cuidado paliativo não está direcionado somente ao paciente, mas também à família, tendo em vista que a descoberta de uma doença incurável causa transtornos na vida do paciente e da família e muitas vezes o paciente se conforma com seu fim, enquanto a família não consegue aceitar.

Moraes (2009) diz que atualmente os cuidados paliativos constituem um desafio para instituições e para os profissionais de saúde, pois exigem o desenvolvimento de diversas competências relacionadas com o cuidado. Competências essas relacionadas à atitude e a comunicação que assumem um papel de destaque, já que se refletem diretamente nos pacientes, familiares e na própria equipe.

Sabe-se que os cuidados prestados ao paciente em fase terminal são apenas paliativos, visando exclusivamente à atenuação de seu sofrimento físico, melhorando desta forma a sua qualidade de vida. Contudo, esses pacientes são admitidos na UTI, “ocupando”, na maioria das vezes, a vaga de um paciente com chances parciais ou totais de recuperação, sendo dispensado a ele recursos humanos e materiais que de certa forma não serão úteis para

sua recuperação, visto que o paciente é tido como não recuperável (FIGUEIREDO; SILVA; SILVA, 2006).

Diante disso é preciso que a equipe esteja preparada para acolher a família, mostrando que a morte é um fenômeno natural que faz parte da vida. Foi observado no discurso dos profissionais que o cuidado paliativo faz parte de suas atividades profissionais, embora muitos não conheçam o verdadeiro sentido dos cuidados paliativos e o fato do paciente estar em uma fase terminal não quer dizer que a equipe não deve fazer nada, pelo contrário, o paciente deve ser respeitado e cuidado com dignidade, para assim promover uma assistência humanizada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho possibilitou o aprofundamento da discussão sobre a opinião dos profissionais de saúde na admissão do paciente fora de possibilidades de cura na Unidade de Terapia Intensiva. Baseado nesta discussão pode-se entender que a UTI é um local para pacientes potencialmente recuperáveis e que pacientes em fase terminal são admitidos por falta de um local específico.

Observaram-se no discurso dos profissionais várias limitações e preocupações com relação à admissão de pacientes em fase terminal na UTI, já que essa não é uma prática comum e só ocorre por falta de comunicação e esclarecimento da sociedade com relação às necessidades de um paciente em fase terminal. Pois esse precisa de um cuidado especializado ao mesmo tempo necessita estar próximo de sua família e o cuidado oferecido na UTI não dá ao paciente chance de recuperação. Por outro lado, percebe-se que as instituições hospitalares não dispõem de unidades de cuidados especializados para pacientes em fase terminal, e por este motivo são admitidos na UTI.

Apesar de se tratar de um paciente fora de possibilidades de cura, os profissionais de saúde devem estar atentos às necessidades do paciente não deixando de realizar cuidados, sempre respeitando sua individualidade e identificando as fragilidades de sua família, tendo em vista que eles se encontram em uma situação difícil aceitação. Para que isso ocorra se faz necessário que os profissionais tenham um bom relacionamento com a família, mostrando com clareza o quadro clínico do paciente, não deixando, em momento algum, de fornecer a família e ao paciente um suporte psicológico.

Pode-se perceber que há por parte dos profissionais uma dificuldade enorme em falar sobre o paciente em fase terminal, muitos afirmam não ter experiência com estes pacientes, enquanto outros consideram que cuidar desses pacientes na UTI é um desperdício de recursos e que a UTI não é lugar para eles. Entretanto percebe-se que na maioria das vezes os profissionais agem com racionalidade, esquecendo a subjetividade do outro, visto que se trata de um ser humano que tem sentimentos e sua individualidade precisa ser respeitada.

Conclui-se que a enfermagem tem um papel importante no cuidado prestado ao paciente em fase terminal, por isso deve-se respeitar a dignidade humana tendo em vista que aquele paciente necessita de cuidados como qualquer outro, e que é preciso respeitar sua individualidade, decisões e reações diante da situação em que ele se encontra. No processo de cuidado ao paciente terminal se faz necessário que toda a equipe de saúde esteja em sintonia, para que assim tenha condições de prestar a assistência devida a este paciente.

Diante disso surge a necessidade de se tratar mais sobre um tema que é pouco discutido pela sociedade, tendo em vista que é preciso esclarecer dúvidas sobre como deve ser cuidado o paciente terminal e para onde esse deve ser encaminhado, observando quais são realmente suas necessidades e também quais os cuidados serão prestados na UTI, pois, na maioria das vezes, a família fica chocada quando entra numa Unidade de Terapia Intensiva e vê seu familiar com todos aqueles equipamentos. Percebe-se que é preciso que as instituições hospitalares forneçam uma unidade específica para cuidar do paciente terminal e sua família.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Andreza Santos; ARAGAO, Neylor Rodrigo Oliveira; MOURA, Eliane; LIMA, Gabriela de Carvalho. HORA, Edilene Curvelo. SILVA, Lusimary Araújo São Mateus. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v.62, n.6, 2009.
- ARAUJO, Monica Martins Trovo; SILVA, Maria Julia Paes. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando alegria e o otimismo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.4, p.668-674, 2007.
- BIFULCO, Vera Anita. Psicologia da morte. In: FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis. **Coletânea de textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia**. São Paulo: Unesp, 2006.
- BITENCOURT, Almir Galvão Vieira; DANTAS, Maira Pereira; NEVES, Flavia Branco Cerqueira Serra. Condutas de limitação em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.19, n.02, 2007.
- BRASIL. Congresso Nacional. Resolução n. 196 de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1997.
- BRÊTAS, Jose Roberto da Silva; OLIVEIRA, Jose Rodrigo; YAMAGUTI, Lie. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre a morte e morrer. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.40, n.4, 2006.
- CAETANO, Joselany Afio; ANDRADE, Luciene Miranda; SOARES, Enedina; PONTE, Roberta Maria. Cuidado Humanizado em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v.11, n.02, 2007.
- CALDEIRA, Vanessa Maria Horta et al. Critérios Para Admissão Pacientes na Unidade de Terapia Intensiva e Mortalidade. **Rev. Assoc. Brasileira**, v.56, n.5, p.528-534, 2010..
- CASARINI, Karin; BASILE, Anibal Filho. A relação com o doente sem possibilidades de manejo terapêutico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.38, n.1, p.69-73, 2005.
- CHEREGATTI, Aline Laurenti; AMORIM, Carolina Padrão. **Enfermagem Unidade Terapia Intensiva**. São Paulo: Martinari, 2010.
- CIAMPONE, Juliana Trench; GONÇALVES, Leilane Andrade; MAIA, Flavia de Oliveira Motta; PADILHA, Kátia Grillo. Necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm.** v.19, n.01, 2006.
- CINTRA, Eliane Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2008.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-311/2007. **Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências**. Rio de Janeiro, 2007.
- COSTA, S.C. **A equipe de enfermagem no contexto da humanização de uma Unidade**

de Terapia Intensiva Adulto. 2005. Monografia (Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto) - Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2005.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida; SILVA, Carlos Roberto Lyra; SILVA, Roberto Carlos Lyra(Org.). **CTI Atuação, internação e Cuidados de Enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: YENDIS Editora, 2006.

FLORIANI, Ciro Augusto. Cuidador Familiar: Sobrecarga e Proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.50, n.04, 2004.

GONÇALVES, Leilane Andrade; PADILHA, Kátia Grillo.Necessidades de cuidados de enfermagem em terapia intensiva. **Rev.Bras.Enferm.** v.59, n.1, 2006.

GUTIERREZ,Beatriz Aparecida Ozello; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Profissionais de Enfermagem Frente ao Processo de Morte em Unidades de Terapia Intensiva. **Acta Paul Enferm.**, v.19, n.04, 2006.

JERONIMO, Rosangela A. Sala. **Técnicas de UTI**. São Paulo: RIDEEL, 2010.

KIMURA, Miako; KOIZUMI, Maria Sumie; MARTINS, Luciana Monteiro Mendes. Caracterização das unidades de terapia intensiva do município se São Paulo. **Rev.Esc.Enf. USP**, v.31, n.2, 2005.

KNOBEL, Elias; LASELVA, Claudia Regina; MOURA, Denis Faria Junior. **Terapia Intensiva Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2009.

LAGO, Patrícia Miranda; GARROS, Daniel; PIVA, Jefferson P. Terminalidade e condutas de Final de Vida em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.19, n.3, 2007.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito Coletivo: Um Enfoque em Pesquisa Qualitativa**. 2. ed. Caxias do Sul: EDITORA2005.

MAGALHAES AM, Othero J. **Terminalidade na UTI: aspectos assistenciais cotemporâneos**. In: AMIB. Humanização em Cuidados Intensivos. Rio de Janeiro: Revinter; 2004

MARUITI. Marina Rumiko; GALDEANO, Luiza Elaine. Necessidades de familiares de paciente internados em unidades de cuidados intensivos. **Acta Paul Enferm.**, v30, n.01, 2007.

MINAYO, M. C. de S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004.

MELO, Hildete Pereira de; LASTRES, Helena Mª Martins; MARQUES, Teresa Cristina de Novaes. “Gênero no sistema de ciência, tecnologia e inovação do Brasil”. **Revista Gênero**, v. 4, n. 2, 2004.

MORAES, Tania Mara. Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. **O mundo da saúde São Paulo**, v.33, n.2, 2009.

MORITZ, Rachel Duarte et al. Terminalidade e Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira Ter. Intensiva**, v.20, n.4, 2008.

PADILHA, Kátia Grillo et al. **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. São Paulo: Manole, 2010.

PAZIN, Antonio Filho. Morte: considerações para a prática médica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.38, n.01, 2005.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Org.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2009.

PESSINI Leo; Distanásia: **Até quando Prolongar a Vida?** São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo/ Loyola; 2001.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RODRIGUES, Inês Gimenes; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Cuidados Paliativos: Realidade ou utopia? **Cienc Cuid Saúde**, v.8, 2009.

SALICIO, Dalva Magali Benine; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. **O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI**; Revista Eletrônica de Enfermagem, V.08, n.03, 2006.

SILVA, Maria Júlia Paes; SUZAKI, Tatiana Thaller; POSSARI, João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v.19, n.02. 2006.

SILVA, Ednamare Pereira da; SUDIGURSKY, Dora. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm.**, v.21, n.3, 2008.

SILVA, Fabíola Soares; SANTOS, Iraci. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.14, n.02, 2010.

SILVEIRA, Rosemary da Silva; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI, Wilson Danilo Filho. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados em UTI. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.14, 2005.

SOUZA, Maria das Graças Gazel; SANTO, Fátima Helena do Espírito. **Um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica**. Rev. Bras. de Cancerologia. V.54, n.01.2008.

SOUZA, Luiz Augusto; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de Humanização na Política Nacional de Humanização. **Comunicação Saúde Educação**, v.13, n.01, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada “A opinião dos profissionais de saúde com relação à admissão de pacientes fora de possibilidade de cura na Unidade de Terapia Intensiva”, e está sendo desenvolvida por Itala Emanuely de Oliveira, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE sob a orientação do Professor Thiago Enggle de Araújo Alves. A mesma apresenta os seguintes objetivos: analisar na opinião dos profissionais de saúde sobre admissão de pacientes fora de possibilidades de cura na Unidade de Terapia Intensiva; caracterizar o perfil dos profissionais entrevistados; Verificar no entendimento dos profissionais entrevistados o que significa paciente fora de possibilidades de cura; conhecer os critérios de admissão de pacientes fora de possibilidades de cura em Unidade de Terapia Intensiva; identificar problemas enfrentados pelos profissionais de saúde na admissão de pacientes em fase terminal em Unidade de Terapia Intensiva

Para a realização dessa pesquisa é importante a sua participação a partir do seu consentimento, por isso solicitamos sua contribuição. Informamos que será garantido seu anonimato, assim como 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 e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista gravada em um aparelho eletrônico, o senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre dados pessoais e relacionadas com a admissão de pacientes fora de possibilidades terapêuticas na Unidade de Terapia Intensiva. As mesmas farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes. Os benefícios

são: produção científica sobre o tema e proporcionar reflexões sobre o tratamento de pacientes fora de possibilidades de cura.

Os pesquisadores 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 cedo 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 que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelos pesquisadores.

Mossoró, ____/____/2013

Thiago Enggle de Araújo Alves¹
Orientador

Participante da Pesquisa

¹ Endereço: Avenida Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel, Mossoró-RN. CEP: 59628-000. Tel: 3312 0143.
E-mail: thiangoenggle@facenemossoro.com.br.

Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança: Endereço: Avenida Frei Galvão, 12, Bairro: Gramame. CEP: 58.067-695
UF: PB Município: JOAO PESSOA. Tel: (83)2106-4790

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

I PARTE – Caracterização dos participantes

- a) Profissão: _____
- b) Idade: _____
- c) Sexo: _____
- d) Maior titulação e área de estudo: _____
- e) Tempo de serviço em Unidade de Terapia Intensiva: _____

II PARTE – OPINIÃO SOBRE A ADMISSÃO DE PACIENTES FORA DE
POSSIBILIDADES DE CURA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

- A) O que você entende por “Paciente fora de possibilidades de cura”?
- B) Fale um pouco de sua experiência profissional na admissão de paciente em fase terminal na UTI;
- C) Na sua opinião, quais devem ser os critérios de admissão de pacientes na UTI?
- D) Quais os principais problemas enfrentados pela equipe na admissão de pacientes fora de possibilidades de cura na UTI?
- E) Qual a sua opinião sobre a admissão do paciente fora de possibilidades de cura na Unidade de Terapia Intensiva?
- F) Na sua opinião, como deve ser o cuidado prestado ao paciente fora de possibilidades de cura?

ANEXO