



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

Jose Joeudes de Queiroz Nogueira

**A INFLUÊNCIA DA PERCEPÇÃO DA MORTE NA RECUPERAÇÃO DOS
PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Cuité
2013

Jose Joeudes de Queiroz Nogueira

**A INFLUÊNCIA DA PERCEPÇÃO DA MORTE NA RECUPERAÇÃO DOS
PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: MSc. Jocelly de Araújo Ferreira

Cuité
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

N778i Nogueira, José Joeudes de Queiroz.

A influência da percepção da morte na recuperação dos pacientes em unidade de terapia intensiva. / José Joeudes de Queiroz Nogueira. – Cuité: CES, 2013.

67 fl.

Monografia (Curso de Graduação de Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Jocelly de Araújo Ferreira.

1. UTI - paciente. 2. Paciente - UTI - percepção da morte.
3. Enfermagem - assistência - UTI. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-083

JOSE JOEUEDES DE QUEIROZ NOGUEIRA

**A INFLUÊNCIA DA PERCEPÇÃO DA MORTE NA RECUPERAÇÃO DOS
PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cuité, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Prof.^a. MSc. Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a. MSc. Adriana Montenegro de Albuquerque
Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a. MSc. Glenda Agra
Universidade Federal de Campina Grande

Cuité, 25 de abril de 2013

Dedico este trabalho aos meus irmãos, **Josias, Joélia e Joelma**, por estarem presente em minha vida, sempre me apoiando e confiando nas minhas escolhas. Em especial dedico aos meus pais, **Jose Bessa Nogueira Sobrinho e Josefa Zélia de Queiroz Nogueira**, que são à base de tudo em minha vida, sempre estiveram presentes, me apoiando, incentivando a buscar sempre meus ideais e acreditando em minha capacidade.

Dedico também a **Mariana Torres**, por todo o seu apoio e confiança a mim conferido. Sentimentos de grande importância para concretude desse trabalho e para o guiar da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à **Deus** pelo dom da vida, por todas as bênçãos, por me dar força e me fazer acreditar que sou capaz de vencer, por me permitir crer que tudo o que acontece em minha vida é fruto do seu amor e bondade, e principalmente por colocar pessoas maravilhosas em minha vida.

Aos meus pais, **José Bessa Nogueira Sobrinho** e **Josefa Zélia de Queiroz Nogueira**, pelo amor, carinho, incentivo e força durante toda minha vida, por me educarem e me ensinarem a viver com honestidade.

Aos meus irmãos **Josias, Joélia** e **Joelma**, que mesmo longe me deram o apoio e a força necessária para seguir em frente.

À **Mariana Torres**, como eu sempre falo para ela: uma benção de Deus em minha vida! Agradeço pelo apoio durante todo o desenvolvimento deste trabalho, por fazer parte de mim, por todo o seu amor, dedicação, confiança, força transmitida, por me fazer acreditar que sou capaz de ir sempre mais além, pela constante dose de autoestima, por simplesmente estar presente em minha vida.

À minha orientadora **Jocelly A. ferreira**, por sua constante orientação, dedicação e por partilhar comigo seus sábios ensinamentos científicos.

Às integrantes da Banca Examinadora, **Glenda Agra** e **Adriana M. de Albuquerque**, pelas valiosas observações que foram fundamentais para conclusão desse trabalho.

Aos professores, que contribuíram com os seus ensinamentos para minha formação profissional.

Ao Bibliotecário **Jesiel Ferreira Gomes** pela contribuição com as referências, normas da ABNT e para a catalogação desta pesquisa.

Aos Familiares **Eudismar Queiroz** e **Hamana Queiroz**, pela força, apoio, preocupação, e por estarem comigo e minha Família no momento de maior Fragilidade.

À **Glauber Fiuza e Jaqueline Freitas**, pela confiança depositada, pela torcida, pela presença em minha vida no momento de um importante passo e por comemorarem comigo o ingressar nessa jornada que estou concluindo.

Aos **colegas**, pelo convívio, por partilharmos muitos momentos e por termos ascendido juntos, pelas contribuições nos momentos em que precisei.

Aos Amigos, **Larissa Nayane, Bruno Ferreira, Ana Ester, Gabriela Neves, Felipe Camarão e Gelder Gonçalves**, por estarem presente nos momentos de alegria e na dor.

À **Anderson Araújo**, por todos os atos de companheirismo e pelo cuscuz com ovos e água de coco que acabaram com as minhas dores, melhor que morfina.

À **Aureliano Miguel, Clécio Alves e Jan Michel**, por estarem sempre segurando minha mão nos momentos de maior fragilidade, o que vocês sempre fizeram por mim, jamais será esquecido, posso nunca ter agradecido como vocês merecem, mais deixo registrado aqui o quanto a força de vocês foi importante.

À turma da residência que acordava 5 da manhã para malhar, e passava as aulas dormindo, “Os Guerreiros”, **Gilson Santos** vulgo sucuri, **Robson Medeiros, Adriano Oliveira, Joelson Santos, Acácio Silveira**, e os que chegaram depois, **Mikael Albuquerque, Aluisio Burity, Isaac Macedo e Karlinhos Araújo**, pela amizade, pelo apoio, por contar sempre com vocês, pelos momentos de diversão e por tudo que aprontamos.

Agradeço a **Victor Medeiros** pelas contribuições nos momentos mais oportunos, apesar de algumas discordâncias não posso deixar de agradecê-lo por tudo que fez por mim.

À **Priscyla Rocha**, pela contribuição com o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus **parentes** por acreditarem em meu potencial, torcerem por mim e pelas orações dedicadas.

Aos **pacientes** da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Alcides Carneiro, pela colaboração com o trabalho ao aceitarem participar da pesquisa, mesmo com quadros clínicos instáveis se disponibilizaram de boa vontade a falarem acerca de um tema tão forte e que muitos não gostam de falar.

Há muito mais a quem agradecer... A todos aqueles que, embora não nomeados, me brindaram com seus inestimáveis apoios em diferentes momentos e colaboraram direta ou indiretamente, para a concretização deste trabalho.

Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.

Leonardo da Vinci

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor onde se presta assistência especializada e qualificada a pacientes graves, mas com potencial de recuperação. Por isso, é um setor marcado por constantes intercorrências terapêuticas e óbitos, que tornam o ambiente complexo e gerador de estresse, ansiedade, medo, entre outros sentimentos. Com base nestes dados, pressupõe-se que os pacientes da UTI tem uma percepção acentuada em relação a morte, por associarem esta unidade ao fim da vida, e pelo fato da existência de fatores inerentes a UTI que geram uma influência negativa na recuperação do paciente prolongando o tempo de hospitalização. Desta forma, este estudo objetiva em linhas gerais: apreender a percepção de morte dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida com 07 pacientes da UTI do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande-Paraíba, a partir de uma entrevista semiestruturada. A coleta foi realizadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2013, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 180.461, e seguindo os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 196/96. Após a coleta de dados, as falas foram categorizadas por meio da técnica de Análise do Conteúdo proposta por Bardin (2009) e analisadas à luz do referencial teórico. Os resultados foram agrupados em quatro categorias: A face preponderante da UTI: morte é seu sinônimo; A força do pensamento negativo, a gravidade de outros pacientes internos, os óbitos frequentes, o medo da morte, os cuidados intensivos ofertados, o olhar dos profissionais: fatores agravantes à percepção de morte; A força do pensamento positivo, a presença da fé, o cuidado intensivo proporcionado pelos profissionais, a humanização na assistência, a agilidade e a aparelhagem: fatores atenuantes à percepção de morte; e O sentimento de morte iminente na UTI: percepção desencadeadora de fatores que delongam a recuperação do paciente. Portanto, percebe-se a importância desse estudo, pois poderá servir de incentivo para profissionais intensivista prestarem uma assistência mais humanizada, além de auxiliar na desmistificação da UTI como sinônimo de morte, favorecendo para recuperação mais rápida dos pacientes.

DESCRITORES: UTI, Morte, Enfermagem.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is a sector where it provides expert assistance to qualified patients and serious, but with potential for recovery. So it is a sector characterized by constant therapeutic complications and deaths, which make the environment complex and generated stress, anxiety, fear, and other feelings. Based on these data, it is assumed that ICU patients have a strong perception in relation to death, by associating this unit at the end of life, and the fact of the existence of factors inherent in the ICU that generate a negative influence on patient recovery prolonging hospitalization. Thus, this study aims broadly: grasp the perception of death in patients in the Intensive Care Unit. This is an exploratory and descriptive, qualitative approach, developed in 07 patients in the ICU of the University Hospital Alcides Carneiro in Campina Grande, Paraíba, from a semi-structured interview. Data collection was conducted in January and February of 2013, after approval by the Ethics in Research, under number 180 461, and following ethical principles established by Resolution No. 196/96. After data collection, the lines were categorized by the technique of content analysis proposed by Bardin (2009) and analyzed in the light of the theoretical. The results were grouped into four categories: The face of the predominant ICU: death is its synonym; strength of negative thinking, the severity of other inpatients, the frequent deaths, the fear of death, intensive care offered, the look of the Professional : aggravating factors to the perception of death: The power of positive thinking, the presence of faith, the intensive care provided by professionals, humanization in, agility and equipment: mitigating factors to the perception of death, and the feeling of impending doom in ICU: perception of triggering factors delongam patient recovery. Therefore, realize the importance of this study, as it may serve as an incentive for professionals intensivists providing assistance more humanized, and help in demystifying the ICU as a synonym for death, promoting faster recovery of patients.

KEYWORDS: ICU, Death, Nursing.

LISTA DE TABELAS

TABELA I- Distribuição absoluta e percentual dos participantes da pesquisa, segundo o sexo, a faixa etária e o estado civil.

TABELA II- Distribuição absoluta e percentual dos participantes da pesquisa, segundo a escolaridade e a profissão.

TABELA III- Distribuição absoluta e percentual dos participantes da pesquisa, segundo o CID 10 da sua patologia.

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Análise de Conteúdo

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CTI – Centro de Terapia Intensiva

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

M – Metros

M² – Metros Quadrados

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

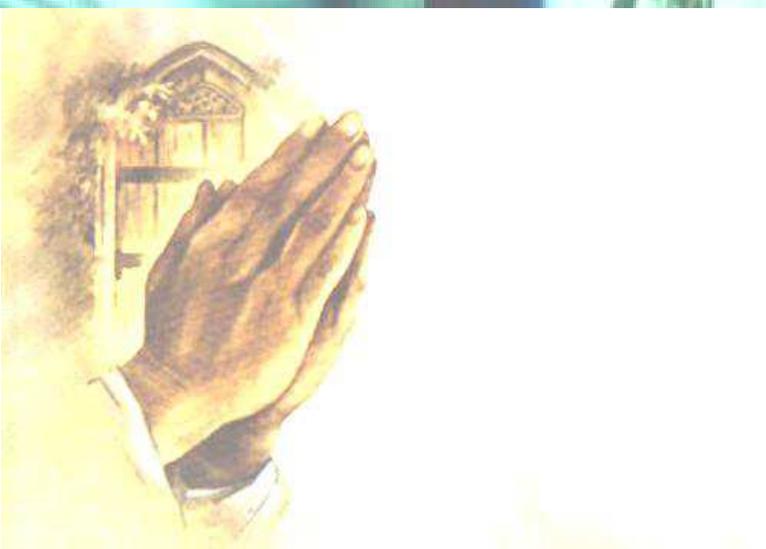
UFMG – Universidade Federal de Campina Grande

UTIs – Unidades de Terapia Intensiva

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	16
3	HIPOTESE	18
4	OBJETIVOS	20
	4.1 Geral	21
	4.2 Específicos	21
5	REFERENCIAL TEÓRICO	22
	5.1 Contextualizando a UTI	23
	5.2 O processo de Morte e do Morrer	26
6	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	30
	6.1 Tipo de pesquisa	31
	6.2 Cenário da pesquisa	31
	6.3 População e amostra	32
	6.4 Critérios de inclusão e exclusão	32
	6.5 Instrumentos de coleta de dados	32
	6.6 Procedimento de coleta de dados	33
	6.7 Processamento e análise dos dados	34
	6.8 Aspectos Éticos	34
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	56
	ANEXOS	60



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) surgiu após a II Guerra Mundial e a Guerra da Coreia, a partir de uma ideia antiga que começou a ser concretizada por Florence Nightingale durante a guerra da Crimeia, ao isolar os doentes mais graves (PINA, LAPCHINSK, PUPULIM, 2008). A partir desse fato, com a separação de pacientes por gravidade, implementação de cuidados e os avanços tecnológicos surgiram essas unidades.

A UTI é caracterizada na contemporaneidade como uma área hospitalar destinada a prestação de assistência especializada e qualificada a pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, contando com o uso de mecanismos tecnológicos avançados e de alta precisão e uma equipe multiprofissional. Os profissionais que compõe a equipe devem estar preparados para realizarem uma observação constante dos pacientes e lidarem com diferentes patologias e instabilidades hemodinâmicas, que exigem decisões imediatas.

Nesse ambiente concentram-se vários pacientes graves e recuperáveis, ou que foram submetidos a cirurgias de alto risco, necessitando de uma assistência de enfermagem continua para a sua recuperação, pois a instabilidade hemodinâmica ocorre muito rapidamente. Devido os recursos materiais serem cada vez mais sofisticados e os serviços médicos e de enfermagem mais qualificados e precisos, tornam-se mais eficientes os cuidados prestados aos pacientes em estado crítico. O tratamento implantado é considerado agressivo, invasivo e hostil pela sua própria natureza (HADDAD, ALCANTARA, PRAES, 2005).

Em virtude do uso crescente de tecnologia, do barulho gerado pelos aparelhos e frequentes intercorrências terapêuticas, as unidades de terapia intensiva (UTIs) têm sido classificadas como um ambiente complexo, gerador de estresse tanto para os clientes quanto para os familiares e profissionais (PINA, LAPCHINSK, PUPULIM, 2008). Além disso, a própria estrutura física da unidade, as condições ambientais desfavoráveis ao sono, à suposição de gravidade da doença e o risco de morte também são fatores que interferem na capacidade de adaptação e mudança do cliente.

Apesar de ser considerada uma unidade hospitalar destinada a atender pacientes recuperáveis, torna-se notável que muitos deles se encontram em estágio terminal, internados na UTI para receberem apenas cuidados paliativos na tentativa de prolongar e oferecer melhores condições de vida. Porém, nesta unidade a morte acontece constantemente, mesmo com todo esforço da equipe de saúde para evitá-la (SANCHES, CARVALHO, 2009).

Para Bernieri e Hirdes (2007), a morte e o morrer são inerentes à existência humana, sendo considerado o estágio final do seu crescimento. Embora faça parte da vida, falar sobre o tema sempre assustou o ser humano. As reações diante da morte variam com o tipo de educação que as pessoas receberam as experiências vivenciadas e o contexto sociocultural. O significado atribuído também é divergente, mais convergem no que diz respeito à parada das funções vitais e separação do corpo e da alma.

Biologicamente a morte é definida como um processo com fenômenos progressivos, levando a parada das atividades encefálicas, uma vez que outros sistemas como o cardiocirculatório e o respiratório podem ser mantidos por meio de drogas e aparelhos, mais não há meios de manter a atividade encefálica através de recursos tecnológicos. Porém, a morte não é somente um acontecimento biológico, mas sim um processo construído socialmente, que está presente no cotidiano (BRÊTAS, OLIVEIRA, YAMAGUTI, 2006).

Falar sobre a morte vai além do biológico, pois implica em lidar com sentimentos de tristeza, com a constatação da finitude humana e com o medo do desconhecido. A morte traz em seu contexto, todo o sentimento de fragilidade frente à finitude, de inconformismo com terminalidade do ser material, com a interrupção dos planos futuros almejados e a separação dos entes queridos (KOVÁCS, 2008).



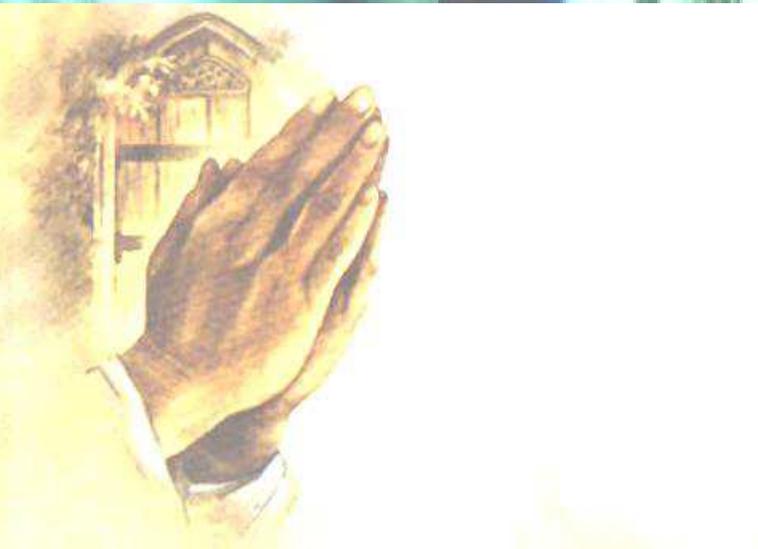
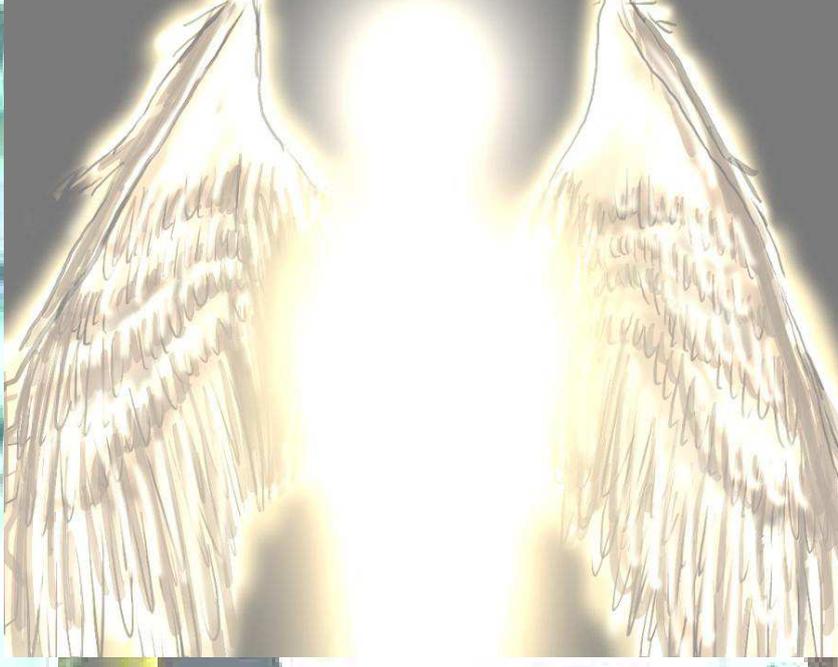
2 JUSTIFICATIVA

Por ser destinada ao tratamento de pacientes graves, a UTI desperta nos mesmos diversos sentimentos, quando transferidos para a unidade, como ansiedade, estresse, medo de morrer, entre outros. Muitas vezes o ambiente é desfavorável à adaptação do paciente, pois as temperaturas são baixas, a iluminação é artificial, e as constantes intercorrências como: As mortes dos pacientes, o barulho dos equipamentos e a movimentação dos profissionais, causam desconforto, interrompe o sono, e conseqüentemente podem interferir na eficiência da terapia.

Durante uma revisão de literatura acerca da vivência de pacientes em UTI, constata-se que alguns associam este setor à morte, e acreditam que a transferência é feita, quando o seu problema não tem mais solução e a morte passa a ser inevitável. Em outros casos, o paciente apresenta outra visão, associando a UTI com a possibilidade de vida e cura (PINA, LAPCHINSK, PUPULIM, 2008). Essa correlação da unidade com a morte é bastante relatada em estudos e pesquisas, e cheguei a constatá-la no discurso de pacientes que se encontravam neste setor, ou que já passaram por ele.

A partir de experiências em uma UTI, na condição de estagiário, tive a oportunidade de acompanhar sua rotina e seus pacientes, que se mostravam apreensivos com a internação, e por estar fora do seu ambiente social e familiar passando todo o seu dia sem um acompanhante, sem uma pessoa que ele conheça e que possa conversar. Pude observar que a própria unidade favorece a distorção dos sentimentos, uma vez que os pacientes ficam isolados, presenciam mortes e agravos de quadro clínicos ao seu lado, vindo a despertar o medo de que ele também possa morrer a qualquer momento.

Levando-se em consideração esse sentimento de morte iminente associado aos outros fatores supracitados, que foram observados durante um estágio na UTI, o qual me proporcionou uma grande comoção, e analisados em estudos complementares, pode-se considerar essencial o desenvolvimento de pesquisas e estudos acerca da percepção de morte nos pacientes em UTI.



HIPÓTESE

3. HIPÓTESE

Considera-se que os pacientes de uma UTI vivem no constante medo de morrer, por associarem esta unidade ao fim da vida, e desacreditarem na terapia e conseqüente recuperação. Fazendo uma associação dos sentimentos do paciente deste setor com o ambiente, reflete-se que a percepção de morte é reforçada pelo mesmo, devido as constantes intercorrências, como agravos de quadro clínico tanto do próprio paciente quanto dos demais, bem como, os óbitos frequentes.

Uma vez que as influências culturais, crenças, fé, religião, entre outros fatores, são considerados pelos pacientes como aspectos que influenciam na sua recuperação. Acredita-se que a sensação de morte é um sentimento que exerce influência negativa na terapia, retardando a recuperação do paciente e prolongando seu tempo de permanência na UTI.



OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

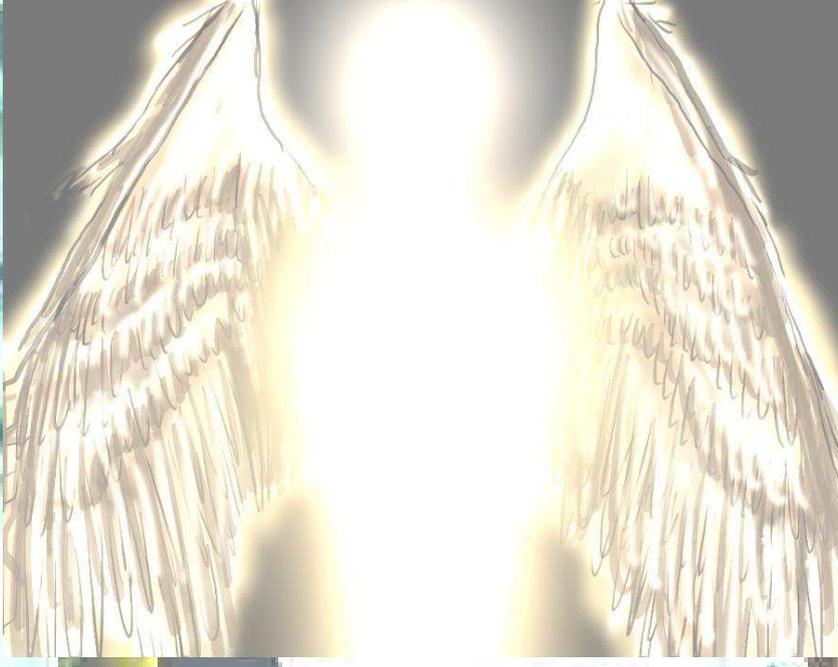
Apreender a percepção de morte dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva.

4.2 Objetivos Específicos

Investigar a percepção de morte dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva;

Identificar os fatores agravantes e atenuantes da percepção de morte nos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva;

Caracterizar a relação da morte iminente com a recuperação física do paciente na Unidade de Terapia Intensiva.



REFERENCIAL TEÓRICO

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Contextualizando a UTI

A conhecida figura de Florence Nightingale, em meados de 1850, no seu processo empírico do cuidar, começou a isolar os doentes mais graves durante a Guerra da Criméia. Esta ação, foi considerada como um dos passos iniciais em busca do surgimento das primeiras UTIs, que só veio acontecer nos primórdios do século XX, chegando ao Brasil por volta da Década de 70, do mesmo século (PINA, LAPCHINSK, PUPULIM, 2008).

Segundo Cheregatti et al (2011), as UTIs desenvolveram-se a partir dos avanços tecnológicos, farmacológicos e das práticas cirúrgicas, decorrentes das necessidades de maiores cuidados ao paciente em pós-operatório imediato. Surgiram inicialmente as unidades especiais de terapia, difundidas pelos Estados Unidos e Alemanha nas décadas de 20, 30, 40, 50 e 60.

No Brasil, as UTIs começaram a ser implantadas na década de 70, primeiramente, no hospital Sírio Libanês em São Paulo com apenas 10 leitos, sendo atualmente uma unidade bastante presente dentro do contexto hospitalar, possuindo área geográfica distinta, sem trânsito para outras áreas e com acesso controlado (SILVA, CAMPOS, PEREIRA, 2011).

De acordo com os autores supracitados, estruturalmente as UTIs devem ser planejadas de acordo com as suas funções, de maneira a dispor os leitos em área individualizada ou em box, sendo possível uma visualização direta ou eletrônica do paciente durante todo o tempo, pois garante uma maior agilidade em momentos de intercorrências clínicas. O leito não pode ser encostado nas paredes laterais, a unidade deve ter no mínimo 3 metros (m) de largura, dos quais 1 m é destinado para a cama e 1 m para cada lateral. No caso do box, mantém-se uma distância de 2 m entre os leitos, que devem ser separados por divisórias laváveis e proporciona observação contínua do paciente.

O número de leitos necessários para uma UTI varia com o porte do hospital, onde geralmente 10% do total de leitos devem ser destinados à UTI, ou no mínimo 6%. A cada 10 leitos é necessário que, no mínimo, 1 seja destinado a pacientes que necessitem de isolamento em casos de patologias infectocontagiosas (CIAMPONE, TRANQUITELLI, 2007).

Observa-se que nas UTIs os níveis de ruídos estão sempre acima do normal, devido aos alarmes dos equipamentos de monitorização, os telefones, os sinais dos sistemas de chamada de pacientes, somados às conversas entre os profissionais. Dessa forma, esse ambiente, que deveria ser silencioso e tranquilo, torna-se ruidoso, vindo a ser um grande

gerador de estresse, distúrbios fisiológicos e psicológicos tanto nos pacientes como nos funcionários desta unidade (BITENCOURT et al, 2007).

Pensando nisso, deve existir rigorosidade nos parâmetros adotados para a construção de uma UTI, pois, segundo Haddad, Alcantara e Praes (2005), a UTI presta uma assistência especializada e qualificada a pacientes críticos, com descompensação hemodinâmica ou portadores de doenças em estágio final de vida, contando com profissionais capacitados e mecanismos tecnológicos, que tornam eficiente o cuidado prestado ao paciente. Dessa forma, é essencial que o ambiente contribua para essa finalidade, e não seja um fator estressante, o que pode vir a interferir com a terapia.

O objetivo básico dessas unidades é recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes enquanto eles se recuperam. Para que isto ocorra, há uma necessidade que elas sejam equipadas com aparelhos capazes de reproduzir as funções vitais, nos casos em que essas falhem, entre esses aparelhos, pode-se citar: o respirador artificial, os aparelhos de hemodiálise, os gasômetros, os monitores, as bombas de infusão, o desfibrilador, o eletrocardiógrafo, o aspirador de secreções, os oxímetros e monitores de pressão arterial não invasiva e invasiva. É imperioso resaltar que para o alcance dessas finalidades, torna-se imperativo que este setor além dos aparelhos citados anteriormente, seja provido de recursos humanos devidamente qualificados (VIANA, WHITAKER, 2011).

Os gerentes dos serviços de saúde deparam-se com o desafio de obter e promover a utilização de forma proveitosa e sem desperdícios de recursos humanos e materiais, na tentativa de proporcionar saúde e melhores condições de vida ao paciente. Corroborando com esta afirmativa, Madureira, Veiga e Sant'ana (2000, p. 68) afirmam que:

(...) a vida de um paciente depende não apenas de diagnósticos, exames médicos e cuidados de enfermagem mas, da qualidade e disponibilidade de diversos fatores, como a estrutura física e os recursos materiais, humanos e financeiros.

Percebe-se que a revelia aos recursos humanos é intensa, contudo, os recursos materiais e toda tecnologia que o circunda também tem sua importância. Sendo assim, ao historiar essa evolução tecnológica, conhece-se que a partir da segunda Guerra Mundial o incremento tecnológico, disponível atualmente, começou a ser implantado em todas as áreas de conhecimentos, inclusive na saúde. Contemporaneamente, a UTI é considerada uma unidade das mais complexas e mecanizadas dentro da estrutura hospitalar, devido ao arsenal de equipamentos utilizados em prol dos pacientes. (MARTINS, NASCIMENTO, 2005).

A área do paciente deve ser projetada para apoiar todas as funções necessárias de saúde, contendo todos os equipamentos e permitindo livre movimentação da equipe. Portanto, os boxes devem ser fechados e terem dimensão mínima de 12 metros quadrados (m²), com distância de 1m entre paredes e leito. Enquanto que nas áreas coletivas as dimensões mínimas devem ser de 10 m², com distância de 1 m entre paredes e 2 m entre leitos. No boxe de isolamento deve existir banheiro privativo e área específica para recipientes de roupas limpas e sujas e de lavatório. Ainda no espaço físico de uma UTI deve existir: sala descanso dos funcionários, sala de espera para visitas e espera para acompanhantes, sala de utilidades, secretaria, rouparia, depósito de material de limpeza, copa e vestiários, com chamada, para que as intercorrências sejam detectadas precocemente e a equipe intensivista possa agir com rapidez (SILVA, CAMPOS, PEREIRA, 2011).

A equipe multiprofissional intensivista deve contar com médico, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo e pela equipe de enfermagem, que deve ser composta basicamente por enfermeiros e técnicos de enfermagem. Assim, em uma UTI com 10 leitos são necessários 20 membros da equipe de enfermagem, dos quais 30% deve ser composta por enfermeiros e os outros 70% por técnicos de enfermagem (CHEREGATTI et al, 2011).

Qualquer componente da equipe de enfermagem intensivista deve ser preparada para exercer sua função enquanto profissional, e depara-se com as mais diversas intercorrências, incluindo a morte, que não é algo fácil de enfrentamento, uma vez que todos os profissionais da saúde, incluindo o enfermeiro, exercem sua profissão sempre objetivando evitá-la. Quando esta acontece, pode vir a causar no profissional diferentes sensações, como tristeza, frustração, fracasso, sensação de perda e o estresse emocional, visto que o corpo de um paciente torna-se algo inerte quando comparado a vitalidade e a todos os cuidados dedicados a esse ser (VIANA, WHITAKER, 2011).

Muitas vezes os enfermeiros e demais membros da equipe multiprofissional intensivista, ou que atuem em outro setor hospitalar, sentem-se despreparados para atuarem diante das situações de morte, mesmo sendo essa, uma constante. Assim, Sanches e Carvalho (2009, p. 290) ressaltam que:

Há situações em que, a despeito de todo o esforço da equipe de saúde, o paciente morre, e isso passa a ser vivenciado como frustração intensa por parte dos profissionais, que sentem não ter sido capazes de salvar a vida que lhes foi confiada.

O profissional que atua na UTI lida constantemente com a morte, uma vez que neste setor apesar de ser um ambiente destinado e preparado para receber e prestar todo o suporte de vida para pacientes graves é onde a morte acontece com frequência, sendo difícil evitá-la e aceitá-la, mesmo que muitas vezes o estado clínico do paciente seja grave, instável e irreversível.

5.2 O processo da morte e do morrer

O estudo da morte, cientificamente, ocorre na Tanatologia. O grande desenvolvimento desta ciência ocorreu após as guerras mundiais, com as pesquisas de Hermann Feifel que escreveu o clássico *The meaning of death*. Esta obra sinaliza o movimento de conscientização sobre a importância da discussão do tema da morte, apesar da ainda existente mentalidade de interdição do tema. O livro inclui textos sobre filosofia, arte, religião, sociologia (KOVÁCS, 2008).

No Brasil, a Tanatologia, mereceu destaque em fontes de referências como: o Laboratório de Estudos sobre o Luto na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e o Laboratório de Estudos sobre a Morte no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, cujos objetivos são muito semelhantes aos da *Association for Death Education* (ADEC). A história brasileira trouxe importantes contribuições para o estudo da Tanatologia. Em 1980 ocorreu o Seminário “A Morte e os Mortos na Sociedade Brasileira”, coordenado pelo Professor José de Souza Martins, do Departamento de Sociologia da Universidade de São Paulo. As palestras deste Seminário foram publicadas no livro “A morte e os mortos na sociedade brasileira”, abrindo inúmeras perspectivas para a compreensão e investigação sobre o tema (KOVÁCS, 2008).

A morte e o morrer são inerentes à existência humana e todos aprendem desde cedo que esta é a única certeza da vida, e sua definição é dada sob os aspectos biológicos, filosóficos, legais e culturais. Apesar de sua interpretação parecer fácil, está sujeita a variações de acordo com os princípios de cada população e experiências pregressas (PAZIN-FILHO, 2005).

Ao falar em cultura torna-se necessário valorizar toda a riqueza, multiplicidade de formas de existência e expressões da humanidade, para que se possam compreender as características que a une e a diferencia, e atribuir sentido às práticas, aos costumes e às transformações pelas quais a mesma passa, caracterizando o homem como um ser social, capaz de encarar a morte de diferentes formas (BELLATO et al, 2007).

A morte provoca nas pessoas diferentes reações, como o medo em alguns e a valorização da vida em outros, de tal modo que passam a enxergá-la de maneira mais plena. A visão da morte tem se modificado com as transformações da sociedade e está diretamente relacionada ao seu desenvolvimento, assim como as suas especificidades, valores e costumes. Dessa forma, cada sociedade apresenta seus próprios comportamentos, hábitos, crenças e atitudes diante do processo de morrer (GUTIERREZ, CIAMPONE, 2007).

O mesmo autor ainda refere que na cultura ocidental, o ideal é que a morte aconteça em silêncio, para não incomodar ninguém, por ser tida como uma fragilidade e um momento de vergonha. Consequentemente as pessoas sonham com uma boa morte, que não a sintam e nem incomodem ninguém. Ainda nesta cultura, os profissionais da saúde, inclusive os de enfermagem, não estão preparados para lidarem com a morte, e consideram esse assunto menos importante nas instituições de saúde, pois o hospital é visto como um local de cura, e os que se dirigem até ele esperam uma solução para seu problema.

Destarte, ninguém deseja ou espera a morte, mas quando esta acontece acarreta uma série de conflitos, sendo em relação à sua própria morte, à de seus familiares, ou mesmo no exercício de sua profissão, causando um relevo de sentimentos como a raiva, o medo, a insegurança, a tristeza, a negação, a angústia, a depressão, a sensação de culpa e a inquietação (TADA, KOVACS, 2007).

Segundo Oliveira, Brêtas e Yamaguti (2007), os conceitos de morte dividem-se em cinco elementos: passagem, incógnita, separação, finitude e etapa da vida. A passagem compreende a morte em uma concepção religiosa, como uma transição do mundo material para o espiritual, representando as crenças e convicções espirituais do ser humano. Diferentemente, o elemento finitude revela um caráter de finito, ou seja, a morte dá um fim a tudo que foi construído durante a vida, o que representa uma desvinculação do tema com a religião e a espiritualidade.

Os demais elementos, como a separação refere-se ao afastamento de pessoas com vínculos afetivos, caracterizando-se como um acontecimento irreversível, que se faz penosa tanto para quem experiência quanto para quem observa; enquanto que o elemento etapa da vida, aborda a morte como algo natural, relacionado ao desenvolvimento humano, fazendo com que as pessoas se tornem observadoras do seu processo de morrer por se fazer presente no cotidiano; e por último, a incógnita, visualizada como uma visão da morte baseado em algo desconhecido, que traz em seu contexto, o medo, o não familiar e o mistério. (OLIVEIRA, BRÊTAS, YAMAGUTI, 2007).

De acordo com Gutierrez e Ciampone (2007), ao se pensar sobre a morte e o processo de morrer, os seres humanos baseiam-se nos seus princípios religiosos, destacando o apego com esses princípios no momento da proximidade com a morte, considerando tal atitude bastante valiosa, pois traz o conforto e a ajuda para suportar melhor o difícil momento, que é o final da vida.

Conforme Bretas, Oliveira e Yamaguti (2006) revelam, são numerosos os conceitos e as concepções acerca da morte, sendo que todos convergem no que diz respeito à parada das funções vitais ou a separação do corpo e da alma. Biologicamente, ela é definida como um processo progressivo que vem a resultar na parada das atividades encefálicas, culminando com o fim da vida. Socialmente, a morte não é apenas um fator biológico, mas envolve todo um processo construído junto à sociedade, estando presente no cotidiano e independentemente de suas causas ou formas, sendo o destino certo de todos os seres vivos.

O mesmo autor destaca que na cultura indígena a morte não é apresentada como um problema, nem enfocada como a morte de uma pessoa de maneira isolada, mas se encontra integrada à coletividade de cultos aos mortos e ancestrais. Assim, o morrer é percebido como uma forma de assumir uma existência diferente, passando a pertencer à comunidade dos mortos. (BRÊTAS, OLIVEIRA, YAMAGUTI, 2006).

No tocante a UTI a realidade é diferente, uma vez que apesar dela ser considerada como um setor que disponibiliza sofisticados recursos materiais e humanos, todos quando em perfeita harmonia tornam-se capazes de prolongar a vida de pacientes, nem sempre é a vida que prevalece, e sim o fim dela, essa ideia, provavelmente, está relacionada ao fato da UTI ser o destino de muitos pacientes graves o que onera exacerbadamente a frequência dos óbitos. Portanto, a certeza de transferir um paciente para a UTI, causa no mesmo ou em seus familiares sentimentos como medo, apreensão, incertezas, e sensação de morte iminente (SANCHES, CARVALHO, 2009).

No que se refere aos sentimentos vivenciados pelos pacientes na UTI, Haddad, Alcantara e Praes (2005, p. 65) enfatizam:

[...] Além da situação crítica que o paciente se encontra, existem outros fatores prejudiciais a sua estrutura psicológica, como falta de condições favoráveis ao sono, frequentes intercorrências terapêuticas, isolamento, suposição da gravidade da doença e até mesmo o risco de morte.

No entanto, a UTI é uma unidade com grande potencial de recuperação, capaz de prestar assistência a pacientes graves, com insuficiências em alguns dos sistemas corporais, e

recuperáveis, vindo a prolongar seu tempo de vida e promover sua recuperação (HADDAD, ALCÂNTARA, PRAES, 2005). Dessa forma, conforme destaca Lemos e Rossi (2002), o fato de o paciente sair da UTI recuperado, por alta médica, é motivo de grande alegria para o mesmo e para seus familiares, pois se têm esse fato como uma grande vitória.



PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS



6. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

6.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008), o estudo exploratório proporciona uma maior familiaridade com o problema em questão, e seu principal objetivo é o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Enquanto que o estudo descritivo tem a finalidade de conhecer as características de um determinado grupo, ou estabelecer relações entre variáveis.

A abordagem qualitativa possui um amplo foco de interesse e considera um universo de significados, motivos, aspirações, valores, crenças e atitudes acerca do tema em estudo, o que corresponde a uma maior profundidade das relações, e exige que o pesquisador procure entender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da pesquisa, não podendo reduzi-la à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

Diante dos conceitos acima descritos, a presente pesquisa possibilitou conhecer aspectos referentes à percepção de morte nos pacientes em UTI.

6.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa contemplou a UTI adulto do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) e do Hospital Pedro I, localizados na Cidade de Campina Grande, mas só foi possível a realização no HUAC, já que durante a coleta de dados os pacientes que se encontravam na UTI adulto do hospital Pedro I não atendiam aos critérios de inclusão.

As UTIs dos referidos hospitais conta com abundantes e sofisticados aparelhos tecnológicos, para prover uma assistência qualificada aos seus pacientes, além de uma equipe multiprofissional intensivista, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, assistente social e fonoaudiólogo, capazes de intervir rapidamente diante das instabilidades que acontecem frequentemente. Nestas referidas UTIs, as características existentes são típicas do ambiente, entre elas, faz-se referência a: iluminação artificial, movimentação intensiva de profissionais e ruídos gerados por aparelhos.

6.3 População e amostra

O estudo realizou-se com 07 pacientes da UTI adulto do HUAC, independentemente da sua patologia, idade ou sexo, todos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, para que os mesmos conseguissem expressar seus sentimentos e sua percepção de morte iminente, a partir da utilização de um instrumento semi estruturado de coleta de dados.

A escolha do local para realização do estudo foi determinada pelo fato da percepção de morte ser mais frequente neste setor, devido às constantes intercorrências associadas aos agravos clínicos e conseqüentemente a elevada ocorrência de óbitos. O próprio ambiente da unidade contribui para essa percepção tão aguçada de morte dos pacientes, por ser o setor que mais gera estresse, devido: a sua própria estrutura; as técnicas e procedimentos realizados; o quadro clínico apresentado pelo paciente, que interfere na capacidade de adaptação de mudanças no indivíduo e na sua família (PINA, LAPCHINSK, PUPULIM, 2008).

O número de entrevistados seguiu o critério de saturação, que conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008), aparece na pesquisa qualitativa ao se cancelar a inclusão de novos participantes no momento em que os dados coletados passam a repetirem-se. Dessa forma, a adição de novos participantes pouco acrescentaria ao material, pois os dados deixam de serem novos, não contribuindo mais significativamente com a pesquisa.

6.4 Critérios de inclusão e exclusão

Adotou-se nesta pesquisa como critérios de inclusão, os pacientes que se encontravam internos, preferencialmente aqueles que estavam em iminência de receber alta da UTI adulto do HUAC e do Hospital Pedro I; conscientes; em condições de verbalizar; e que se dispuseram a participar livremente do estudo. Foram adotados como critérios excludentes, os pacientes que se encontravam em coma ou aqueles que não obedeceram aos critérios supracitados.

6.5 Instrumentos de coletas de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista com questões de abordagem indireta ao sujeito em relação à percepção da morte, a fim de proporcionar mais liberdade de expressão nas respostas dos entrevistados, bem como diminuir as repercussões

psicológicas (APÊNDICE A). Utilizou-se um gravador de voz da marca Sony, para a gravação dos depoimentos mediante a anuência dos entrevistados, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE B). De acordo com Gil (2008, p.109), “a entrevista é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação”.

O roteiro da entrevista constava de nove perguntas objetivas e discursivas, sendo estruturada em duas partes, a primeira corresponde a caracterização do sujeito e esta consta de questões socioeconômicas e educativas, enquanto que a segunda, constava de questões específicas, as quais responderão aos objetivos do estudo. Também se fez necessário o uso de um diário de campo que serviu de instrumento auxiliar, para que o pesquisador pudesse registrar suas impressões a partir da não verbalização pelos sujeitos da pesquisa.

6.6 Procedimento de coleta de dados

Para a realização da coleta de dados foram seguidos os seguintes passos: solicitou-se o requerimento através dos Termos de Autorização Institucional para realização da pesquisa com os pacientes da UTI do HUAC e do Hospital Pedro I¹, na cidade de Campina Grande (ANEXOS A1 e A2). Solicitou-se autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUAC da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Após a autorização do CEP, foi agendada a visita do pesquisador colaborador, com a finalidade de apresentar a pesquisa aos pacientes alvos e convidá-los a participarem da mesma; promoveram-se informações aos sujeitos da pesquisa sobre a proposta, a relevância, assim como os objetivos do estudo; explicou-se o motivo da coleta de dados, o modo como foi efetuada a entrevista, a garantia do seu anonimato e a possibilidade da desvinculação do estudo sem danos pessoais; em seguida cada participante foi convidado para a realização da leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B); solicitou-se a assinatura do TCLE e prosseguiu-se o início da entrevista. A coleta dos dados foi realizada mediante aprovação em parecer do CEP, sob a CAAE N^o: 04818912.0.0000.5182, e prosseguiu de acordo com a disponibilidade de pacientes, durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2013.

¹ Durante coleta de dados, não foi possível realizá-la na UTI do Hospital Pedro I, pois durante o período destinado a essa etapa da pesquisa, os pacientes que lá se encontravam, não atendiam aos critérios de inclusão.

6.7 Processamento e análise dos dados

Ao término da coleta de dados foi possível à análise dos mesmos, os quais constaram, em um primeiro momento, da caracterização do sujeito, posteriormente da elucidação dos objetivos do estudo, através da técnica de Análise de Conteúdo (AC), que conforme Bardin (2009, p. 33), “[...] é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” e trata as informações provenientes das falas dos sujeitos investigados sobre um determinado assunto, onde seja possível centralizar as ideias e categorizá-las tematicamente. A Análise de Conteúdo busca a codificação em unidades de compreensão, e trabalha com a frequência das informações nas falas.

De acordo com o mesmo autor, a AC divide-se em quatro fases as quais são necessárias para analisar os dados: 1ª Fase – pré-análise: é uma fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura, determinação das palavras-chaves e recortes dos depoimentos; a 2ª Fase – exploração ou codificação do material: implica na transcrição dos dados e agrupamentos em unidades de registros, possibilitando uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo; 3ª Fase – categorização: para a construção de categorias temáticas e por ultimo a 4ª Fase – tratamento dos resultados obtidos: que é a interpretação dos resultados.

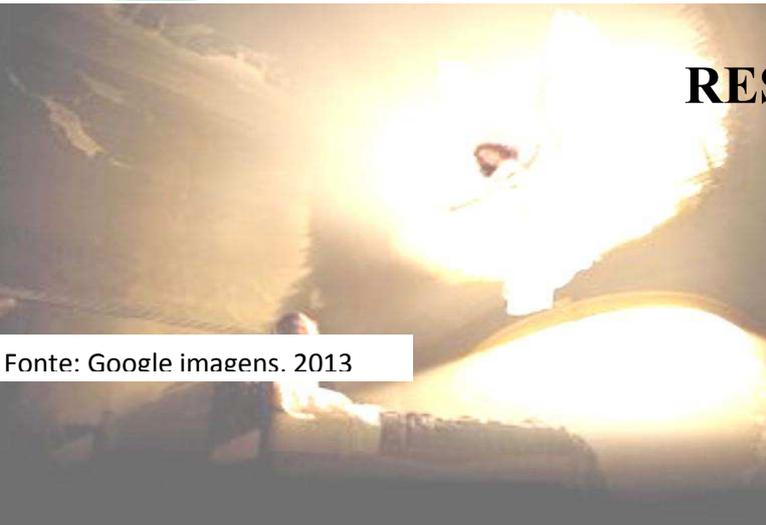
Após a categorização e interpretação dos resultados, os mesmos foram analisados e discutidos a partir da literatura pertinente, considerando autores, estudiosos da temática, a citar Elisabeth Kubler-Ross, Maria Júlia Kovács, entre outros.

6.8 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa realizada com seres humanos, foram observados os princípios éticos, estabelecidos pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que preconiza no seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando, entre seus princípios éticos (capítulo III, item 1.a.) a necessidade do TCLE (APÊNDICE B) dos indivíduos-alvo. Para atender a este princípio, foi explicado aos participantes o objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato, bem como o direito do participante de desistir a qualquer momento do estudo sem riscos de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Para aqueles que aceitaram participar, apresentou-se o TCLE, que depois de lido e assinado,

em duas vias, ficou uma com o participante da pesquisa e a outra com a orientadora e orientando da pesquisa.

O estudo foi submetido ao CEP do HUAC, e só teve início após autorização do mesmo. Tal exigência ocorreu para atender ao propósito da Resolução nº 196/96.



RESULTADOS E DISCUSSÕES

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo descreve os resultados encontrados mediante as entrevistas realizadas com os pacientes da UTI adulto do HUAC. Os dados foram tratados e dispostos em tabela e na forma de categorias. A tabela exterioriza a caracterização dos sujeitos da pesquisa e as categorias respondem aos objetivos deste estudo.

7.1 Caracterização do sujeito

Para caracterização da população entrevistada, foi utilizado um roteiro abrangendo perguntas sobre o sexo, a faixa etária, o estado civil, a escolaridade, a profissão e a patologia dos pacientes internos na UTI. Essas informações tiveram o propósito de caracterizar os participantes deste estudo.

Participaram da pesquisa sete (07) pacientes, dos quais três (03) eram do sexo masculino e quatro (04) do sexo feminino, na faixa etária de quarenta e um (41) a sessenta e nove (69) anos. Dentre os entrevistados, cinco (05) eram casados e dois (02) viúvos. Quanto à escolaridade, cinco (05) dos entrevistados afirmaram ter cursado apenas o Ensino Fundamental Incompleto, um (01) afirmou ter cursado o Ensino Médio Incompleto, e apenas um (01) declarou ter cursado o Ensino Superior Completo. No que se refere à profissão, uma (01) disse ser embaladora, dois (02) professores, três (03) agricultores, e uma (01) doméstica. A patologia que os participantes possuíam eram: um (01) com Doença pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), um (01) com Anemia, um (01) com colecistite, um (01) com Doença de Chagas, um (01) com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), um (01) com Acidente Vascular Encefálico (AVE) e um (01) com Cardiopatia desconhecida.

TABELA I- Distribuição absoluta e percentual dos participantes da pesquisa, segundo o sexo, a faixa etária e o estado civil.

Sexo	Nº	%
Masculino	03	43 %
Feminino	04	57%
Total	07	100%
Faixa etária		
18-30	00	00%
31-40	00	00%
41-60	03	43%
>60	04	57%
Total	07	100%
Estado civil		
Solteiro	00	00%
Casado	05	71%
Viúvo	02	29%
Outros	00	00%
Total	07	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

A tabela demonstra que a maioria dos participantes inseridos na pesquisa eram do sexo feminino correspondendo a 57 % dos entrevistados, sendo ainda um público de idade avançada, composto por 57 % de idosos acima de 60 anos, confirmando o que Japiassú et al (2009) revela em seu estudo, que a idade avançada é um dos fatores que traz maiores chances para a admissão de pacientes em UTI.

Com relação ao estado civil, a grande maioria é casada, correspondendo a 71 % dos participantes, e os demais são viúvos, o que leva a compreensão de que se trata de uma população com vínculo familiar, que pode influenciar nos sentimentos do paciente diante da hospitalização.

TABELA II- Distribuição absoluta e percentual dos participantes da pesquisa, segundo a escolaridade e a profissão.

Escolaridade	Nº	%
Ensino funda. Incompleto	05	72%
Ensino funda. Completo	00	00%
Ensino médio incompleto	01	14%
Ensino médio completo	00	00%
Ensino super. incompleto	00	00%
Ensino superior completo	01	14%
Total	07	100%
Profissão		
Agricultor (a)	03	43%
Professor (a)	02	29%
Embalador (a)	01	14 %
Doméstica	01	14%
Total	07	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2013

A tabela II expõe a escolaridade e a profissão dos participantes da pesquisa. No que se refere à escolaridade, 72 % possuem ensino fundamental incompleto, 14, % possui ensino médio incompleto e apenas 14, % ensino superior completo, caracterizando uma população com baixa escolaridade e baixo nível de conhecimento, o que possivelmente reflete nas profissões dos mesmos. As profissões relatadas durante entrevistas foram: agricultores (43

%), professores (29 %), embalador (a) (14 %) e doméstica (14 %). Neste caso, apenas para exercer a profissão de professor é que se torna necessário a presença da escolaridade eficaz para a profissionalização.

TABELA III- Distribuição absoluta e percentual dos participantes da pesquisa, segundo o CID 10 da patologia.

PATOLOGIA	CID 10	Nº	%
DPOC	J44.1	01	14%
Anemia	D64.9	01	14%
Colecistite	K81	01	14%
ICC	I50.0	01	14%
AVE	I64	01	14%
Cardiopatía Descomp.	I27.9	01	14%
Doenças de Chagas	B57.3	01	14%
Total		07	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2013

Na tabela III está evidenciado a patologia e os respectivos CIDs 10 dos entrevistados. Percebe-se que as patologias foram bastante variáveis, sendo que nenhuma se repetiu nos pacientes, isso por ser a unidade hospitalar em estudo, não específica a uma determinada enfermidade, caracterizando assim um Centro de Terapia Intensiva.

7.2 Identificação dos objetivos do estudo

Considerando a análise do material coletado, e com o intuito de responder aos objetivos do estudo, emergiram quatro categorias temáticas provenientes da transcrição e interpretação das falas dos entrevistados, expressas por: a face preponderante da UTI: morte é seu sinônimo; a força do pensamento negativo, a gravidade de outros pacientes internos, os óbitos frequentes, o medo da morte, os cuidados intensivos ofertados, o olhar dos profissionais: fatores agravantes à percepção de morte; a força do pensamento positivo, a

presença da fé, o cuidado intensivo proporcionado pelos profissionais, à humanização na assistência, a agilidade e a aparelhagem: fatores atenuantes à percepção de morte; e o sentimento de morte iminente na UTI: percepção desencadeadora de fatores que delongam a recuperação do paciente.

Perante as referidas categorias, discute-se neste capítulo cada uma delas de maneira individual:

CATEGORIA I- A face preponderante da UTI: morte é seu sinônimo

Essa categoria vem confirmar que os pacientes da UTI têm a percepção sobre a morte bastante acentuada, ao associarem a mesma a essa unidade de terapia intensiva. Percebe-se tal afirmativa nos discursos provenientes dos sujeitos, conforme trechos das entrevistas expostos abaixo:

[...] Eu tenho a impressão, que a qualquer momento a gente pode morrer [...] (ENT. 1)

[...] Num pensei em nada porque acho que morto eu já vim! Eu acho que morto eu já vim! Ta entendendo? (ENT. 2)

[...] É... O caba quando sai numa situação que eu saí, tanto faz morrer como viver. Pra mim o caminho é um só. O caba já sai morto de casa. [...] (ENT.2)

[...] Remédio tem muito, mas não vai servir pra nada, já leva pra UTI é pra morrer, foi o que eu pensei. Eu imaginei, eu já magra desse jeito, eu digo, eu volto viva nada...se vai pra UTI é porque ta nas ultimas. A confiança que a gente tem só é essa, que vai morrer! (ENT. 5)

[...] Eu acho que só esse nome, UTI... Já vai pra morrer! (ENT. 5)

[...] Senti... Senti... Se me leva praqui é porque é coisa séria [...] (ENT. 5)

[...] Eu to achando que...o sujeito que tem medo de fazer uma coisa, algum problema cresce nele né! É...uma comparação (...) ainda com pouco bate uma, uma crise deu voltar pra UTI, aí se eu for ficar nervoso, eu já tou...Pra UTI voltei, já vim e já fui ,voltei pra lá de novo,já, eu já vou...imaginando em morrer, aí quer dizer que aquele nervoso lhe acresce né! Nervoso lhe acresce. (ENT. 6)

Eu acho que já, eu acho que já! Devi... Devido... Devido não só a... A... A... O... O termo, UTI né [...] (ENT. 7).

Ao encontrar-se na UTI, o sentimento que predomina nos pacientes é de medo e insegurança, devido à vulnerabilidade em decorrência da gravidade do seu quadro clínico e por encontrarem-se em um ambiente desconhecido, que os mesmos relacionam a morte. Tais

sentimentos refletem seu estado emocional de ansiedade, por estarem internados em uma UTI, instáveis, sendo vigiados dia e noite e intensamente monitorizados e com prognósticos incertos (HADDAD, ALCANTARA E PRAES 2005).

Em todos os relatos pode-se perceber a associação que os pacientes fazem entre a UTI e a morte, evidenciando dessa forma, que essa unidade hospitalar é vista como sinônimo de morte, pois os pacientes relatam medo de morrerem a qualquer momento, simplesmente por estarem em uma UTI, outros não demonstram nenhuma expectativa de vida ao serem transferidos para a referida unidade, e ainda, há aqueles que apenas em ouvir o termo UTI, remete-o à morte.

Dessa forma, Pina, Lapchinsk e Pupulim (2008), ressaltam que o pensamento na morte esta diretamente relacionado com a internação do paciente em uma UTI, sendo esta uma das manifestações desfavoráveis mais presentes no processo de recuperação do paciente.

A falta de expectativa de vida pode ser observada nos relatos expostos, onde se percebe que o paciente, considera-se grave clinicamente no momento da transferência para a UTI, e por se encontrar neste ambiente não diferencia o processo de morrer da sua recuperação. Os mesmos relatam que não há diferença entre esses dois processos, o da morte e o da transferência para uma UTI. Este achado corrobora com o que Urizzi et al (2008) enfatiza que existe uma pré-concepção cultural de que a internação em UTI significa estar entre a vida e a morte, podendo ser uma ida sem volta.

Nas palavras dos referidos autores, sobre a visão estereotipada que o paciente tem do setor em estudo, está diretamente relacionada à questão da morte, permeando os pensamentos e os sentimentos tanto do paciente quanto do familiar ao ser encaminhado à UTI. Com base nos depoimentos dos pacientes inseridos nesta pesquisa, percebe-se que os mesmos estão de acordo com o relatado pelos autores citados, pois partilham da mesma ideia de que o nome UTI é sugestivo de morte.

Ficou expressa ainda a questão do retorno a UTI após uma primeira internação neste setor, como um fator gerador de nervosismo e medo da morte, uma vez que o paciente está voltando para o mesmo setor de onde saiu, local considerado por ele como sinônimo de morte. A reinternação diminui a esperança de uma recuperação, por parte do paciente. Com base neste achado, Japiassú et al (2009) destacam que a readmissão em UTI está relacionada a maior gravidade e mortalidade de pacientes. Assim justifica-se o medo que os mesmos desenvolvem ao retornar à UTI, mesmo já tendo passado por este ambiente.

De acordo com os relatos dos participantes inseridos nesta pesquisa, pode-se perceber que a sua internação na UTI é permeada de diferentes sentimentos, expressos por: incertezas, medo, insegurança, instabilidades clínicas, dentre todas as debilidades físicas e psíquicas de um paciente crítico, que associado ao impacto que a UTI causa em um primeiro momento e a monitorização intensa, justificam a relação deste ambiente à morte, e sua consideração como sinônimos por parte dos pacientes.

CATEGORIA II- A força do pensamento negativo, a gravidade de outros pacientes internos, os óbitos frequentes, o medo da morte, os cuidados intensivos ofertados, o olhar dos profissionais: fatores agravantes à percepção de morte.

Essa categoria vem realçar as falas dos participantes inseridos na pesquisa que identificam os fatores agravantes à percepção de morte, conforme relatos expostos abaixo.

[...] Eu tenho a impressão, que a qualquer momento a gente pode morrer, por causa dos cuidado, é, eu sei lá, acho que é, (...) Os cuidado que eles têm a mais, os olhares dos médico, a preocupação, aí isso preocupa a gente [...]
(ENT. 1)

[...] Pensando mal, aí só vem mal... Né! [...] (ENT. 2)

[...] Eu tento me concentrar, quando eu olho, que aquilo era uma coisa natural, faz parte, que ela não vinha bem, que a qualquer momento ia acontecer isso, mais a gente fica com medo de os médicos num, num passar isso pra gente, que a gente não tá bem, que tá... Mentindo e qualquer momento acontecer com a gente, entendeu [...] (ENT. 1)

[...] Era gente passando mal, eles correndo pra um canto e pra outro, aumentava o medo [...] (ENT. 5)

[...] Eu acho que quanto mais medo eu tenho, mais minha situação se agrava, eu acho. Quando tem essa coisa que, que eu recuperar, mais o medo é maior e eu vou...regredindo [...] (ENT. 1)

[...] O doutor tá, curando, como se diz né, curando uma doença, é aquele medo que ele teve já causou outro problema, ai ele num tá sabendo, né! [...]
(ENT. 6)

[...] É... Vai criando outros, outros problemas, causado de que? do medo que teve, né... É [...] (ENT. 6)

[...] Mas deu medo, quando eu vi o paciente falecendo ali, aí meu Deus [...]
(ENT. 1)

[...] A não ser que... Que a gente veja, vamos supor, um...um paciente ao lado da gente, morrendo, aí eu acho que a gente fica com medo, né... Aí eu acho que a gente fica com medo [...] (ENT. 7)

De acordo com os relatos dos pacientes, pode-se perceber que existem fatores na UTI agravantes a percepção de morte, aumentando a preocupação e intensificando o medo de morrer. Dentre estes fatores, destacam-se: os cuidados prestados e o olhar ofertado pelos profissionais. Esses aspectos contradizem com a afirmativa de Haddad, Alcantara e Praes (2005), quando enfatizam que a presença e o cuidado constante da equipe multiprofissional e sua proximidade e dedicação com o paciente desempenham um papel importante para que tenha uma imagem positiva da UTI. Assim, o fator que se considera negativo por parte de uns pacientes, nem sempre é visualizado desta forma por outros, o que remete a certeza da especificidade e individualidade humana.

Foi destacado o pensamento negativo como fator prejudicial ao paciente, por estes considerarem a força do pensamento como algo que atrai resultados positivos ou negativos, dessa forma, prevê-se resultados negativos, neste caso o agravamento da percepção de morte, como pode ser constatado nos relatos dos entrevistados.

Conforme trechos retirados dos depoimentos, pode-se perceber que o óbito na UTI, assim como as intercorrências nos pacientes vizinhos, desencadeia e intensifica o medo de que o mesmo venha a acontecer com os demais. Dessa forma, Pina, Lapchinsk e Pupulim (2008) expõem que as situações ocorridas ao seu redor com os demais pacientes, inclusive a morte, pode chocar, estressar e exacerbar a fragilidade e impotência do paciente que assiste.

Em muitos casos que o paciente ainda não tem um diagnóstico concluído, prevalece a incerteza e a dúvida acerca da gravidade da patologia, assim incide o desconhecimento do que acontecerá nas próximas horas ou dias. A ausência de um diagnóstico e possível prognóstico, foram citados como fatores que intensificam a percepção de morte dos pacientes. Legitimando a afirmativa oriunda desta pesquisa, Pina, Lapchinsk e Pupulim (2008) salientam que durante o período de hospitalização, a falta de informação acerca do seu estado de saúde e dos procedimentos realizados, são aspectos que geram insegurança e medo nos pacientes.

CATEGORIA III- A força do pensamento positivo, a presença da fé, o cuidado intensivo proporcionado pelos profissionais, a humanização na assistência, a agilidade e a aparelhagem: fatores atenuantes à percepção de morte.

Nesta categoria serão apresentados os fatores que diminuem a percepção de morte nos pacientes em UTI, conforme relatos expostos nos trechos transcritos, seguidos de uma discussão acerca dos depoimentos.

[...] Tem que ser muito forte, tem que ser, muito pensamento positivo pra, pra você ficar bom [...] (ENT. 1)

[...] É porque o caba vem com aquela fé de miorar néh! Vindo com a fé de miorar acho que miora. Se Deus quiser miora né! [...] (ENT. 2)

[...] Num tem que ter medo não, é fé em Deus e confiança nos médico [...] (ENT. 5)

[...] Elas dá remédio a gente, as meninas são tudo boa, os doutor, vive aqui [...] (ENT. 3)

[...] O carinho, a força que eles dão a gente, tá ali sempre do lado...Explicando... Porque eles têm a boa vontade. Ai a gente vai se animando. [...] eles ficava em cima. Olha pra um lado, olha pra outro, escuta, conversa...Ave Maria, parece pai e mãe, melhorou todo medo[...] (ENT. 5)

[...] Bom, porque lá tem mais aparelho, né! entendeu? a medicação é em cima. Em todo canto é bom, mais lá, sempre é melhor [...] (ENT. 4)

[...] É a noite todinha, médico, enfermeiro, a assistência, é... Muito boa. É... muito boa a assistência [...] (ENT. 7)

Conforme os relatos extraídos das entrevistas dos participantes inseridos na pesquisa, torna-se evidente que apesar do medo da morte está relacionado à UTI, existem fatores que atenuam essa sensação, deixando o paciente mais tranquilo e confiante na sua recuperação. Aos fatores relacionados com o exposto, destaca-se a presença de recursos materiais, como a aparelhagem e as medicações, todas referidas pelos pacientes como atenuantes ao seu sofrimento perante a morte. Contrapondo ao referido, Bitencourt et al (2007) enfatiza que o ambiente de uma UTI, a complexidade do atendimento prestado, a estrutura física e os equipamentos são aspectos geradores de estresse físico e psicológico para os pacientes. Dessa

forma, esse estudo traz uma realidade contrária ao pensamento do referido autor, caracterizando uma mudança no entendimento dos pacientes acerca da UTI.

Percebe-se também, no relato dos pacientes, a força do pensamento positivo, da fé, como fator atenuante no tocante à percepção de morte. Segundo Gutierrez e Ciampone (2007), ao pensar em morte e no processo de morrer, as pessoas baseiam-se nos seus princípios religiosos e em sua fé, sendo uma das fontes de ajuda mais solicitada pelo paciente, por representar um contato com o divino e propor uma força positiva para o alívio do sofrimento e do medo, renovando assim as expectativas de melhora e bons prognósticos.

Os pacientes também referenciaram a qualidade dos profissionais, o cuidado, a assistência prestada e a atenção que os mesmos têm para com os pacientes, como fatores atenuantes à percepção de morte. Em conformidade com o encontrado na pesquisa, Pina, Lapchinsk e Pupulim (2008) enfatizam que a assistência prestada pela equipe, sua proximidade com o paciente, assim como a dedicação prestada, são fatores que contribuem para uma percepção satisfatória da UTI pelo paciente, amenizando assim seu desconforto e a sensação de morte iminente.

CATEGORIA IV- O sentimento de morte iminente na UTI: percepção desencadeadora de fatores que delongam a recuperação do paciente

Essa categoria vem a confirmar a hipótese de que a percepção de morte dos pacientes em UTI aumenta o tempo para sua recuperação física, conforme pode ser constatado nos relatos dos pacientes inseridos na pesquisa, expostos a seguir:

[...] Eu acho que quanto mais medo eu tenho, mais minha situação se agrava, eu acho. Quando tem essa coisa que, que eu recuperar, mais o medo é maior e eu vou regredindo [...] (ENT. 1)

[...] Tem gente que se altera aí, pensa que vai morrer, pronto, aí... Ele altera, pronto, atrapalha [...] (ENT. 4)

[...] Eu acho que atrapalha, aumenta o tempo lá na UTI. Isso aqui, ó, isso tudo foi lá, eu nervosa, pensando que ia morrer, as veia sumiram. Atrapalha... Olhe, fiquei toda dolorida [...]a demora da gente tomar o medicamento [...] (ENT. 5)

[...] Eu acho que influencia, eu acho que influencia, porque... Atrapalha [...] (ENT. 7)

Diante dos fragmentos das entrevistas dos participantes inserido no estudo, pode-se inferir que a permanência em uma UTI gera medo de morrer, sentimento este que reflete direta ou indiretamente na evolução clínica do paciente, maneira pela qual retarda a sua recuperação, fazendo com que venha a permanecer mais tempo hospitalizado.

Dessa forma, o medo da morte, bastante comum entre esses pacientes, é um fator que interfere negativamente para o tempo da alta destes pacientes da UTI. Ratificando este fato encontrado nesta pesquisa, Remonato, Coutinho e Souza (2012) esclarecem que o paciente ao apresentar medo, inquietações e problemas interiores, desenvolve uma influência negativa na sua recuperação, o que implica na necessidade de uma atenção psicológica redobrada.

Os participantes da pesquisa também relataram que o medo da morte faz com os mesmos venham a se alterar e desenvolver um estado de ansiedade, e que essas alterações de ordem psicológica resultem no retardo da sua recuperação. Em consonância à pesquisa, Haddad, Alcantara e Praes (2005) expõem que o estado de estresse e tensão que o paciente desenvolve, acaba por interagir negativamente com as manifestações orgânicas da doença. Dessa maneira, entende-se que a percepção de morte e os fatores que a desencadeia, resultam por retardar a recuperação física do paciente, ocasionado inicialmente pelo estado de medo, nervosismo e tensão, conforme destacado pelos participantes.

Além desses fatores, foram mencionado pelos participantes as alterações físicas que o medo desencadeia, dificultando a realização fidedigna da terapia necessária, como a punção venosa e conseqüentemente a administração de fármacos na hora prescrita. Assim, tem-se um atraso na administração dos medicamentos, ou até mesmo a sua inexistência. Com base no que foi descoberto, Gimenes et al (2009) esclarecem que o medicamento administrado fora do seu horário correto, em intervalos muito próximos ou muito distantes um do outro, resulta em efeito tóxico para o paciente, além daqueles que deixaram de ser administrados prolongando o tempo de hospitalização.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo partiu do pressuposto que os pacientes de uma UTI sentem a sensação de morte por estarem em um setor destinado ao atendimento de pacientes em estado grave e onde os óbitos e intercorrências são frequentes. Tais realidades, os levam a temer que isso venha a acontecer com eles. Dessa forma, acredita-se que existem fatores na UTI que intensificam essa sensação, interferindo negativamente na recuperação do paciente, prolongando seu tempo de internação.

Nesta pesquisa existiu a oportunidade de ouvir os pacientes para melhor compreender o medo que circunda a UTI, além das consequências acarretadas por este medo e o que faz esses pacientes associarem à morte a este setor hospitalar. Para tanto, usou-se um roteiro de entrevista como instrumento de coleta de dados e um diário de campo, em que foram anotadas todas as expressões emitidas pelos pacientes no momento da coleta e que não foram expressas verbalmente.

Após evidências encontradas nos resultados da pesquisa, confirmou-se o pressuposto que norteou este estudo, aparecendo como destaques novos achados quando comparados aos encontrados na literatura, entre eles estão: os cuidados intensivos prestados e o olhar direcionado pelos profissionais, considerados fatores negativos geradores de preocupação no paciente e agravantes da sua percepção de morte. Destacou-se ainda, os recursos materiais como um fator que atenua à percepção de morte, por transmitir tranquilidade e confiança na recuperação.

Quanto ao ambiente da UTI, foi confirmado por meio dos relatos dos entrevistados, que eles associam esta unidade com a morte, por acharem que é um caminho sem volta, não visualizando expectativa de vida por estarem inserido em um ambiente desconhecido, destinado ao atendimento de pacientes em estado grave. Os participantes da pesquisa também mencionaram a existência da peculiaridade de que seu estado clínico, muitas vezes incerto, o transmite essa insegurança, além do conceito histórico de negatividade que eles possuem arraigado em suas origens culturais.

Concordando com os dados encontrados na literatura, constatou-se neste estudo que, mesmo com os avanços tecnológicos na área hospitalar, todo o suporte oferecido pelas UTIs e a alta capacidade de tratar e recuperar pacientes em estado grave, estes não sentem segurança ao serem transferidos para tal setor, por associá-lo à morte.

A existência do medo de morte iminente é justificado pela presença de fatores na UTI que remetem a esta possibilidade, como o próprio olhar do profissional que desencadeia

preocupações e incertezas no paciente; os óbitos frequentes; as intercorrências clínicas; além de fatores próprios do paciente vinculados a gravidade do seu quadro clínico; os pensamentos negativos; os diagnósticos médicos por vezes ausentes ou não precisos. Todos esses fatores, sejam associados ou individuais, são considerados como agravantes, tornando mais tensa a permanência do paciente no referido setor.

Em contrapartida, constatou-se que o medo, geralmente, é mais intenso em um primeiro momento, dissipando-se à medida que o tempo vai passando e os pacientes vão percebendo fatores na UTI que os tranquilizam e diminui a sua sensação de morte. Os fatores que são considerados pelos pacientes como tranquilizadores são: a atenção e carinho prestados pelos profissionais; os recursos materiais, além da força do pensamento positivo e da fé. Estes fatores amenizam o medo e renovam a esperança dos pacientes por uma recuperação, enchendo-os de expectativas de vida.

Os fatores positivos encontrados por parte dos pacientes são importantes para a sua recuperação, já que referenciam o medo assim como todos os agravantes à percepção de morte, relatados anteriormente, como desencadeador de um prognóstico negativo, prolongando o seu tempo de internamento hospitalar.

Evidenciou-se a existência de fatores que podem ser valorizados, com o objetivo de minimizar os transtornos psicológicos e emocionais que predominam no paciente internos em uma UTI, tornando esta experiência menos traumática e conseqüentemente uma alta mais rápida. Dentre estes fatores, destaca-se a importância da atenção do profissional, a humanização na assistência, o ato de ouvir os anseios do paciente, o esclarecimento de dúvidas, o conforto emocional, bastante referenciado como algo positivo e provedor de alívio.

Diante todo o contexto, justifica-se nos seus resultados a importância desta pesquisa, tanto para os profissionais intensivistas quanto para pacientes de UTI. Este estudo pode servir como incentivo aos profissionais para a execução de uma assistência cada vez mais humanizada, levando em consideração o paciente em sua totalidade biopsicosocioespiritual. Apenas desta forma, será desmistificada a imagem de UTI como sinônimo de morte, não causando mais esse medo nos pacientes ao serem transferidos para este setor, e conseqüentemente renovando suas expectativas de vida e esperanças na sua recuperação.

Portanto, considera-se bastante proveitoso os resultados, por tratar-se de um tema pouco evidenciado pela literatura, geralmente evitado na contemporaneidade por ser considerado como intimidador e padecedor, mais que os pacientes se dispuseram a participar e verbalizaram tranquilamente, expondo todos os medos, as incertezas, e ainda se mostraram contentes com a atenção, o diálogo e a troca de experiências promovidas pelo entrevistador, o

que causou grande realização pessoal por trazer alívio e conforto emocional para esses pacientes. Neste sentido, fica a esperança de que a escuta terapêutica considerada como uma medida de alívio e conforto para os pacientes, seja realizada por parte dos profissionais que atuam nesta área.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70, 2009.

BELLATO, R. *et al.* A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 255 -63, 2007.

BERNIER, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para Vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 1, p. 89 – 96, Jan/ Mar. 2007.

BITENCOURT, A. G. V *et al.* Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n.1, p. 53 – 59, Jan/ Mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Acesso em: 02/04/2012.

BRÊTAS, J. R. S; OLIVEIRA, J. R.; YAMAGUTI, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 477 – 483, 2006.

CHEREGATTI, A. L. *et al.* **Técnicas em UTI**. 2. ed. São Paulo: Rideel, 2011.

CIAMPONE, M. H. T; TRANQUITELLI, A. M. Número de horas de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p.371-7, 2007.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIMENES, F. R. E. *et al.* Influência da redação da prescrição médica na administração de medicamentos em horários diferentes do prescrito. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 4, p. 380 – 384. 2009.

GUTIERREZ, B. A. O; CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 660-7, 2007.

HADDAD, M. C. L.; ALCANTARA, C.; PRAES, C. S. Sentimentos e Percepções do paciente no pós-operatório de Cirurgia Cardíaca vivenciados na Unidade de Terapia Intensiva. **Maringá**, v. 4, n. 1, p. 65- 73, Jan/Abril. 2005.

JAPIASSÚ, A. M. et al. Fatores preditores precoces de reinternação em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 21, n. 4, p. 353 – 358. 2009.

KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, v. 14, n. 41, p. 457 - 68, 2008. Disponível em: www.scielo.br/paideia. Acesso em: 02/11/2012.

LEMONS, R. C. A.; ROSSI, L. A. O Significado cultural atribuído ao centro de Terapia Intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 345 - 57, mai-jun, 2002.

MADUREIRA, C. R.; VEIGA, K.; SANT'ANA. Gerenciamento de Tecnologia em Terapia Intensiva. **Rev. latino-am. Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 68 - 75, Dez. 2000.

MARTINS, J. D. J.; NASCIMENTO, E. R. P. D. A Tecnologia e a Organização do Trabalho da Enfermagem em UTI. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 34, n. 4, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, J. R.; BRÊTAS, J. R. D. S.; YAMAGUTI, L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 386 - 94, 2007.

PAZIN-FILHO. Morte: Considerações para a Prática Médica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, p. 20 - 25, 2005.

PINA, R. Z.; LAPCHINSK, L. F.; PUPULIM, J. S. L. Percepção de pacientes sobre o período de Internação em Unidade de Terapia Intensiva. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 4, p. 503 - 08, Out/Dez, 2008.

REMONATTO, A; COUTINHO, A. O. R; SOUZA, E. N. Dúvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós-alta hospitalar: implicações para a Enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 1, p. 39 – 48. Jan/Abr. 2012

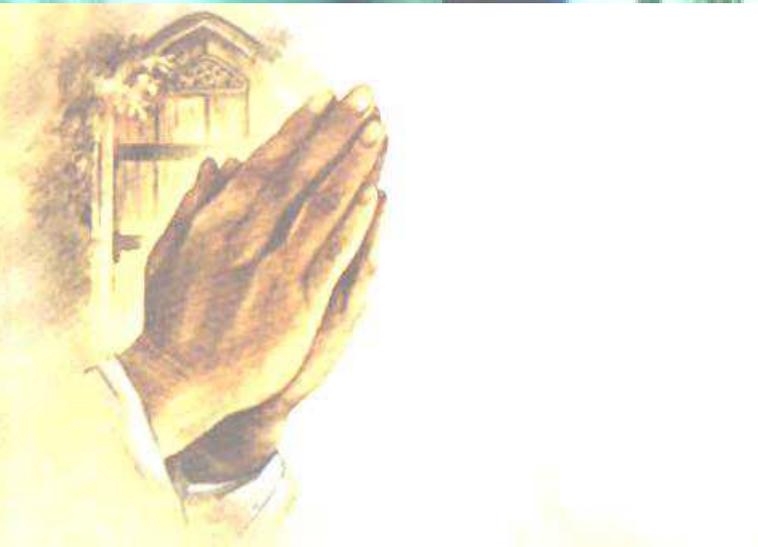
SANCHES, P. G.; CARVALHO, M. D. D. B. Vivência dos Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva frente à morte e o morrer. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 30, n. 2, p. 289 - 96, Jun, 2009.

SILVA, R. S.; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 738 - 44, 2011.

TADA, I. N. C.; KOVACS, M. J. Conversando sobre a morte e o morrer na área da deficiência. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27, n. 1, p. 120 - 31, 2007.

URIZZI, F. *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.

VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011.



APÊNDICES

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1-CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO				
1.1 Sexo	Masculino ()		Feminino ()	
1.2 Faixa Etária	18 – 30 ()	31 – 40 ()	41 – 60 ()	> de 60 ()
1.3 Estado Civil	Solteiro ()	Casado ()	Viúvo ()	Outros ()
1.4 Escolaridade	Ensino Fundam. incompleto ()		Ensino Médio incompleto ()	
	Ensino Fundam. Completo ()		Ensino Médio completo ()	
	Ensino Superior incompleto ()			
	Ensino superior completo ()			
1.5 Profissão				
1.6 Patologia	CID 10 ()			
2 – IDENTIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS DO ESTUDO				
2.1 Você acha que os pacientes desta UTI já sentiram a sensação de morte após a sua internação? Como você acha que ela ocorre nestes pacientes?				
2.2 Você acha que existe algum (ns) fator (es) aqui na UTI que aumenta a sensação de morte nos pacientes? E que diminui?				
2.3 Você acha que essa sensação de morte aumenta ou diminui o tempo para a alta dos pacientes dessa UTI? Por que?				



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**ESTUDO: A influência da percepção da morte na recuperação dos pacientes em
Unidade de Terapia Intensiva**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, profissão _____, residente na _____ e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF..... nascido(a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “A influência da percepção da morte na recuperação dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possa: Investigar a percepção de morte dos pacientes; identificar os fatores agravantes e atenuantes da percepção de morte nos pacientes; caracterizar a relação da morte iminente com a recuperação física do paciente.
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;

- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) A entrevista será gravada a partir de um gravador de voz digital. Durante a realização da pesquisa, o pesquisador utilizará um diário de campo, a fim de registrar suas impressões.
- VI) Os resultados obtidos durante esta pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VII) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, a Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cuité e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande, _____ de _____ de _____

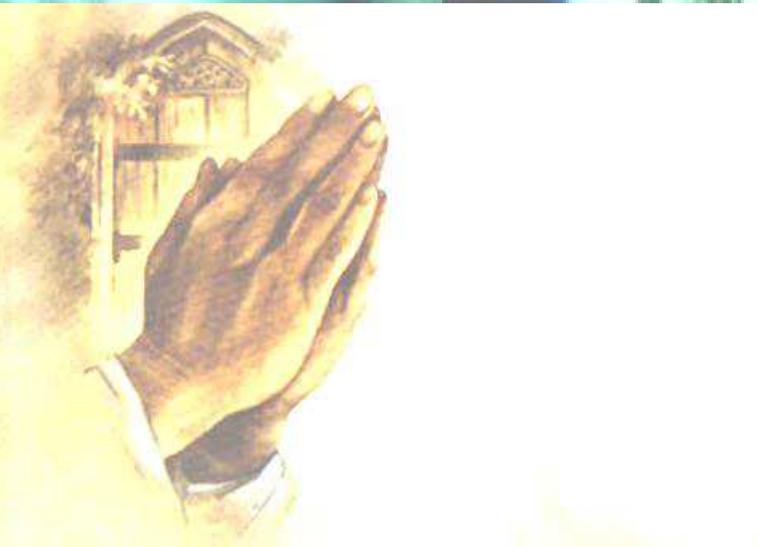
Paciente / Responsável : _____
(Assinatura)

Testemunha 1 : _____
(Assinatura/RG/Telefone)

Testemunha 2 : _____
(Assinatura/RG/Telefone)

Pesquisador Responsável: _____
(Jocelly de Araújo Ferreira. Professora Assistente I da UFCG, *Campus* Cuité. Enfermeira COREN 110230/PB. Telefone (83) 9624-5958, e-mail jocellyaferreira@hotmail.com)

Pesquisador Colaborador: _____
(Jose Joeudes de Queiroz Nogueira. Discente do curso de enfermagem da UFCG, *Campus* Cuité. Endereço: Rua Mario de Azevedo Burity, s/n, Antônio Mariz, CEP: 58.175-000. Telefone (84) 9604-6723, e-mail: joeudes.q@hotmail.com.)



ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José.
Cep.: 58107 – 670, Tel.: 2101 – 5545.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Berenice Ferreira Ramos, Diretora geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC/ UFCG, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “A influência da percepção da morte na recuperação dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva”, que será realizada na Unidade de Terapia Intensiva adulto, do referido Hospital no período de Agosto a Setembro de 2012, com abordagem qualitativa, tendo como pesquisadora Jocelly de Araújo Ferreira e colaborador Jose Joeudes de Queiroz Nogueira acadêmico de enfermagem da universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Campina Grande, 29 de maio de 2012

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "B. Ramos", is written over a horizontal line.

Dr^a. Berenice Ferreira Ramos
Diretora Geral do HUAC/ UFCG

HOSPITAL PEDRO I
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Rua Pedro I, 605, São José – Campina Grande - PB
Cep.: 58.107 – 615, Tel.: 3315 – 7701.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, João Batista Balduino, Diretor Técnico do Hospital Pedro I, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “A influência da percepção da morte na recuperação dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva”, que será realizada na Unidade de Terapia Intensiva adulto, deste referido Hospital no período de Agosto a Setembro de 2012, com abordagem qualitativa, tendo como pesquisadora Jocelly de Araújo Ferreira e colaborador Jose Joeudes de Queiroz Nogueira acadêmico de enfermagem da universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Campina Grande, 30 de maio de 2012

Dr. João Batista Balduino
MÉDICO
CRM 2701

Dr. João Batista Balduino
Diretor Técnico do Hospital Pedro I

ANEXO B

TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “A influência da percepção da morte na recuperação dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, 27 de junho de 2012.

Jocelly de Araújo Ferreira

Autora da Pesquisa

Jocelly de Araújo Ferreira

Jose Joesdes de Queiroz Nogueira

Orientando

Jose Joesdes de Queiroz Nogueira

ANEXO C