



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

PRISCILLA TEREZA LOPES DE SOUZA

**DESAFIOS AO CUIDAR: ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES
ESPECIAIS DOS PACIENTES EM TERAPIA INTENSIVA**

Cuité – PB
2013

PRISCILLA TEREZA LOPES DE SOUZA

DESAFIOS AO CUIDAR: ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES
ESPECIAIS DOS PACIENTES EM TERAPIA INTENSIVA

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

Orientadora: MSc. Jocelly de Araujo Ferreira

Cuité – PB
2013

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

S729d Souza, Priscilla Tereza Lopes de.

Desafios ao cuidar: atendimento das necessidades especiais em pacientes de terapia intensiva. / Priscilla Tereza Lopes de Souza. – Cuité: CES, 2013.

86 fl.

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

Orientadora: Jocelly Ferreira de Araújo.

1. Enfermagem - cuidado. 2. Enfermagem - pessoas
com necessidade especiais. 3. Cuidados em saúde.
I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-083.98

PRISCILLA TEREZA LOPES DE SOUZA

DESAFIOS AO CUIDAR: ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES ESPECIAIS
DOS PACIENTES EM 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
Avaliadora Interna
Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a MSc. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Avaliadora Externa
Faculdade de Ciências Médicas – Campina Grande

Cuité, 11 de setembro de 2013

Dedico essa pesquisa aos meus pais, **Edivaldo Mariano de Souza** e **Maria Cleonice Lopes de Souza**, por acreditarem em meu potencial e nunca fraquejarem diante das adversidades que a vida impôs no difícil dever de me educar como filha e cidadã. A vocês, todo o meu respeito, admiração e amor.

AGRADECIMENTOS

Deus fonte de misericórdia e amor... A Ti, todo meu reconhecimento e agradecimento pelo dom da vida, por todas as graças alcançadas, pela saúde e por todos esses anos de luta, coragem e discernimento para, em fim, carregar comigo o título de Enfermeira. És a inspiração do meu sucesso profissional e pessoal.

Papai e Mamãe, Edivaldo e Cleonice, obrigada por todo exemplo de força, perseverança, dedicação e por todos os princípios que foram fundamentais em minha vida e nas minhas escolhas, permitindo ser quem eu sou com orgulho e dignidade. Essa vitória é mais de vocês do que minha.

Irmã, Patrícia Tereza, meu amor maior, minha metade, minha palavra amiga, meu guia, meu tudo... Obrigada pelo: companheirismo, cumplicidade, paciência, carinho e por acreditar e se orgulhar que a sua gêmea será a “melhor enfermeira do mundo”. Assim como a nossos pais essa vitória também é sua. Obrigada e prometo não te decepcionar!

Irmão, João Mariano, meu orgulho, te agradeço fraternalmente por todo o zelo, carinho, amor, por todos os ensinamentos e incentivos a mim dedicados durante minha vida acadêmica. Você sabe como o admiro pelo esforço e exemplo de homem que carrega. Meu saudoso, muito obrigada.

Família, um agradecimento carinhoso, mesmo aqueles distantes, por me apoiarem e acreditarem em minhas escolhas, em especial a tia e “segunda Mãe” **Maria Paz Filha** e minha tia **Maria das Neves**, pela admiração e confiança depositadas em minha capacidade e pela interseção fundamental em minha educação.

Amor, Jader Nóbrega, por ser além de um namorado, um amigo pra todas as horas. Agradeço-te por todos os momentos, pela mão estendida na aflição e desespero, pelos atos de coragem e amor nas minhas inseguranças infinitas, por todas as risadas, por todo o carinho, todo o cuidado e principalmente por toda confiança e paciência a mim conferidas. Você faz parte de tudo que já foi construído durante esses seis anos e de tudo que está por vir, muito obrigada. Amo-te!

“**Irmãs que Deus uniu**”, nossos laços jamais desatarão. **Ruana Furtado**, minha alma amiga, que brinca de ser minha irmã de verdade, obrigada por todos os conselhos de uma vida e por toda a confiança a mim depositada. **Camyla Raniely**, meu riso é tão

feliz contigo, meus sinceros agradecimentos por todas as verdades ditas e pelo lindo afeto que nos une. **Taína Veras de Menezes** és um anjo, obrigada por todos esses dezessete anos de amizade e companheirismo. **Gabriela Gomes**, meu exemplo de sentimento verdadeiro, obrigada por fazer parte da minha vida e por estender a mão no momento que preciso. **Janaina Vieira** meu ponto de equilíbrio, és um exemplo de força e garra, obrigada por fazer acreditar que tudo, quando queremos, é possível. **Milena Rayane**, que por já ser da família compartilha conosco todos os momentos e se faz presente sempre.

“**Irmãs que Deus uniu**”, **Mylena Rocha**, minha serenidade em pessoa, obrigada pela transmissão constante de paz interior que me proporciona dia após dia, mesmo que estando distante. **Laura Miranda** obrigada pela concreticidade daquilo que sempre existiu, nossa amizade. **Larissa Leite**, pelo carinho e atenção disponibilizados durante esses anos que moramos juntas. Agradeço-te mais ainda por ter tornado minha vida mais alegre e gratificante pelo presente que é o **Arthur. Meu Pequeno**, mesmo com toda a correria do dia-a-dia, mesmo estando perto, mas distante, te agradeço por tornar meus dias mais alegres e prazerosos. Orgulho-me imensamente por ser sua Madrinha e meu amor a ti não tem dimensões.

Cuité, minha querida cidade que a considero como minha terra natal. Não poderia deixar de agradecer a hospitalidade durante todos esses anos, aqui vivi momentos inesquecíveis, conheci pessoas que vou levar para o resto da vida e, principalmente foi aqui que as portas para minha realização profissional foram abertas. Muito Obrigada!

“**Já era Amor antes de ser**”, como não amar? Como não querer viver tudo outra vez? São quase seis anos de muitas risadas, muitos segredos, angústias, alegrias, ensinamentos, dores e flores compartilhados. Um misto de sensações que não tem explicação. Só sentindo pra saber! Jamais me esquecerei de vocês, nossa amizade vai além da faculdade. Agradeço a **Karoline Santana** por fazer parte intensamente de toda a minha história acadêmica, por todas as noites em claro estudando e por toda a paciência, conselhos e pela amizade sincera e verdadeira. A **Rayssa Muniz e Família** pelo cuidado e carinho, com toda certeza a recíproca é verdadeira. A **Edjancley Teixeira e Família** pelo acolhimento nos momentos felizes e tristes, me permitindo sentir amparada e protegida durante todo esse tempo em Cuité. A **Nayara Medeiros**

que sua calma e serenidade configuram-se em alívio para minha alma. “Sempre ali pra estender a mão. Maior valor não há, é feito IRMÃO”! Obrigada meninas.

“**Anjos**” **Jaciara Milena** e **Camila Carla**, que na brincadeira de “mãe” e “irmã,” respectivamente, souberam se fazer presentes em muitos momentos, me apoiando e acolhendo. A vocês que não são de sangue, mas são de alma, muito obrigada hoje e sempre, por tudo.

“**Turma 2013.1**” vocês jamais serão passados despercebidos na minha vida. Mesmo com todas as negatividades que aconteceram ou acontecem, sem vocês não teria sido tão gratificante. Muito obrigada em especial a: **Priscila Nunes** – por se fazer presente, sendo amiga e confidente nos últimos tempos –, **Alana Dionízio** – pelos braços abertos que sempre me acolhem – **Jéssica Ladyanne** – pela loucura que adoça minha vida – **Luana Rodrigues** – pela alegria constante e conselhos oferecidos – **Kamilla Kafran** – pela amizade que se fortalece com o passar dos dias – **Thaysmara Martins** – pelo exemplo de acadêmica e profissional que é, bem como pelo companheirismo que nos une – **Isabelle Araújo** – por ser quem é, sem meias palavras – **Sarah Medeiros** – pela harmonia que carrega, transmitindo paz aos corações de todos que a rodeiam – e **Eloise de Lourdes** – pela gargalhada contagiante.

Amigos que Cuité presenteou Victor Medeiros, Jefferson Dantas, Ramon Aparecido, Marcelo Alves, Paola Batista, Cíntia Feitosa, Valquíria Lima e Regina Valéria. Obrigada pela força, carinho e risos durante esses anos de convivência.

Orientadora Jocelly Ferreira, palavras não descrevem tudo que eu tenho para te agradecer. Serei eternamente grata por todos os ensinamentos, recomendações de amiga e por nortear-me a ser uma profissional boa por excelência. Não só a isso, fizeste perceber que nossa fortaleza interior é capaz de tudo quando se tem garra, perseverança e pensamento positivo. Obrigada de coração!

Aos “**Mestres**” pelo conhecimento, ética e sabedoria durante o processo acadêmico, em especial aqueles que fazem e fizeram parte do grupo de docentes de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- *Campus Cuité*, como **Flávia Negromonte**, **Érika Acioli**, **Marclineide Nóbrega**, **Gilvânia Smith** e **Alan Dionízio**.

“**Pra sempre Rondonistas**”, com vocês vivi momentos inenarráveis, ao qual posso dizer que foi a experiência mais marcante e valiosa durante todos esses anos de curso. Aos meus nove companheiros **Anderson**, **Dalyane**, **Aline**, **Tuanny**, **Nadege**,

Andrezza, Alanne, Alynne e Paulo minha vida acadêmica tomou um rumo diferente depois que vocês adentraram nela. Obrigada!

Equipe da UBSF Diomedes Lucas de Carvalho, palavras não descrevem o imenso carinho que tenho por vocês. Foram meses inesquecíveis de convivência e aprendizado. Agradeço em especial **Andréa Dias**, pelo acolhimento e conhecimentos repassados!

A **Banca examinadora** Adriana Montenegro de Albuquerque e Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho agradeço imensamente pelo bom trabalho executado em prol de enriquecer minha pesquisa.

Ao **Bibliotecário Jesiel** pela valiosa contribuição, através de sua acessibilidade perante todos os questionamentos apresentados durante o desenvolver do trabalho. Agradeço imensamente a disponibilidade e apoio.

Profissionais da UTI do HUAC, por me receber de braços abertos e permitir a conclusão da minha pesquisa. Agradeço ainda pelo apoio, assistência e compreensão para com os pacientes, eles serão eternamente gratos. Muito obrigada.

Pacientes da UTI do HUAC por se fazerem presentes em meu trabalho, mesmo com todas as adversidades encontradas no momento, vocês além de tornar meu estudo mais intenso e enriquecedor, me fizeram crescer como pessoa e profissional. A meus Anjos, muito obrigada!

A todos que mencionei e aqueles que não foram nomeados, mas contribuíram de alguma forma no meu percurso acadêmico, minha especial gratidão!

"Guarde a convicção de que todos estamos caminhando para adiante, através de problemas e lutas, na aquisição de experiência, e de que a vida concorda com as pausas de refazimento das nossas forças, mas não se acomoda com a inércia em momento algum."

Francisco Cândido Xavier

RESUMO

SOUZA, P. T. L. **Desafios ao cuidar: necessidades especiais em pacientes de terapia intensiva.** Cuité, 2013. 84 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2013.

Os Centros de Terapia Intensiva tem o objetivo de oferecer um cuidado intensivo a paciente que se encontra em situação crítica, mas recuperável. Através de uma equipe multiprofissional e de recursos materiais avançados, o paciente é submetido à monitorização intensa até a reestabilização de sua saúde. Assim, entende-se que quando as necessidades ditas como básicas não são atendidas, o corpo fica passível de desarmonia, podendo ocasionar malefícios. Quando esse entendimento parte do paciente possibilita um maior conhecimento acerca de sua condição, permitindo uma relação íntegra com a equipe de saúde. Desse modo, esta pesquisa foi desenvolvida para que esse paciente seja ouvido, sobre as necessidades que ele considere como vitais. Assim o objetivo geral da pesquisa é apreender o conhecimento de pacientes críticos acerca de suas necessidades especiais e os objetivos específicos são: investigar quais as necessidades especiais de pacientes críticos internos em CTI; identificar os fatores que influem, positiva ou negativamente, no atendimento dessas necessidades; e conhecer os sentimentos vivenciados por estes pacientes. O referencial teórico foi subdividido em três tópicos, a saber: resgatando a existência da Terapia intensiva; teorizando em enfermagem: um enfoque as Necessidades Humanas Básicas; e aprendendo sobre as necessidades especiais em terapia intensiva. Ancorou-se metodologicamente em um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, amostragem por critério de saturação e foi realizado com os pacientes da UTI adulto do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), localizado na Cidade de Campina Grande, Paraíba. Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, atendeu a Resolução 466/12, sendo aprovado no Comitê de Ética do HUAC a sob o CAAE Nº: 14308013.7.0000.5182 e prosseguiu de acordo com a disponibilidade de cada paciente, durante os meses de Julho e Agosto de 2013. Os resultados obtidos agruparam-se em quatro categorias: Investigando as necessidades básicas como especiais aos pacientes em terapia intensiva; Identificando os fatores contributivos no atendimento das necessidades especiais em terapia intensiva; Investigando os fatores agravantes no atendimento das necessidades especiais em terapia intensiva; Conhecendo os sentimentos vivenciados pelos pacientes

críticos perante suas necessidades especiais: o essencial como invisível aos olhos. Também se identificou na primeira e quarta categoria, dois núcleos de ideias centrais em cada uma delas. Para tanto, cita-se, respectivamente: Necessidades psicobiológicas; Necessidades psicossociais e Necessidades atendidas; Necessidades não atendidas. Assim, fica exposta a relevante contribuição da assistência de enfermagem na reabilitação do paciente crítico, bem como a necessidade de mudanças em termos de estrutura, normas e rotinas predeterminadas dentro das Unidades de Terapia Intensiva, com o intuito do acolhimento as necessidades apresentadas como especiais. Além de entender as especificidades do paciente, promove a qualificação e embasamento científico dos profissionais que trabalham nessa área.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia intensiva. Enfermagem. Pessoas com necessidades especiais. Determinação de necessidades de cuidados em saúde.

ABSTRACT

SOUZA, P. T. L. **Challenges in caring: special needs in intensive care patients.** Cuité, 2013. 84pgs. Conclusion of Course Project (Baccalaureate in Nursing) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2013.

The Intensive Care Centers aims to offer an intensive care to patients who are in critical condition, however their condition is recoverable. Through a multidisciplinary team, advanced materials and resources, the patients are subjected to intense monitoring until their health is reestablished. Thus, it is understood that when the basic needs are not met, the body can go in disharmony and may cause harm. When the patient has this knowledge about his or her condition, it allows a full and better relationship with the health care team. So, this study was developed for this patient to be heard on the needs that he considers to be vital. With this in mind, the objective of the research is to gather the knowledge of critical patients about their special needs and the specific objectives are: to investigate which are the special needs of critical patients who are in ICU; identify the factors that influence, positively or negatively, in meeting these needs, and know the feelings experienced by these patients. The theoretical framework was divided into three main topics: rescuing the existence of intensive therapy; theorizing in nursing: a focus in the Basic Human Needs; and learning about the special needs in intensive care. Methodologically based in a descriptive exploratory study with a qualitative approach, sampling criteria of saturation and it was conducted with adult ICU patients from the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC), located in the city of Campina Grande, Paraíba. Because it is a study involving humans, it attended the Resolution 466/12, and it was approved by the Ethics Committee of the HUAC under CAAE In: 14308013.7.0000.5182 and proceeded according to the availability of each patient during the months of July and August of 2013. The results were grouped into four categories: Investigating basic needs as special to patients in intensive care; Identifying contributing factors in meeting the special needs in intensive care; Investigating the aggravating factors in meeting the special needs in intensive care; Understanding the feelings experienced by critically ill patients before their special needs: the essential invisible to the eyes. In the first and fourth category was also identified, two main central ideas in each. To do so, cite respectively: psychobiological needs; needs and psychosocial needs met; Unmet Needs. So, it is exposed to significant contribution of

nursing in the rehabilitation of critically ill patients, as well as the need for changes in structure, rules and routines within the predetermined Intensive Care Units, with the intention of attending the needs presented as special. In addition to understanding the patient's side, it promotes the skills and scientific background of the professionals working in this area.

KEYWORDS: Intensive care. Nursing. People with special needs. Determination of health care needs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação esquematizada do primeiro núcleo da categoria temática I.....	53
Figura 2 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática I.....	56
Figura 3 – Representação esquematizada da categoria temática II.....	58
Figura 4 – Representação esquematizada da categoria temática III.....	60
Figura 5 – Representação esquematizada do primeiro núcleo da categoria temática IV.....	62
Figura 6 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática IV.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição absoluta e percentual dos participantes da pesquisa, segundo o sexo, a faixa etária e o estado civil. Campina Grande, Jul. e Ago. de 2013.....49

Tabela 2- Distribuição absoluta e percentual dos participantes da pesquisa, segundo a escolaridade e a profissão. Campina Grande, Jul. e Ago. de 2013.....50

Tabela 3- Distribuição absoluta e percentual dos participantes da pesquisa, segundo o CID 10 da sua patologia. Campina Grande, Jul. e Ago. de 2013.....51

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Análise de Conteúdo

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID 10 – Classificação Internacional das Doenças

CTI – Centro de Terapia Intensiva

CVD – Cateter Vesical de Demora

HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NHB – Necessidades Humanas Básicas

PE – Processo de Enfermagem

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNE – Terapia Nutricional Enteral

TVP – Trombose Venosa Profunda

UFMG – Universidade Federal de Campina Grande

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIs – Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	18
2.	JUSTIFICATIVA.....	22
3.	OBJETIVOS.....	25
3.1	GERAL.....	26
3.2	ESPECÍFICOS.....	26
4.	HIPÓTESE.....	27
5.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
6.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	41
6.1	TIPO DE PESQUISA.....	42
6.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	42
6.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	42
6.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	43
6.5	INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	43
6.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	44
6.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	45
6.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
7.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES.....	77
	ANEXOS.....	79

INTRODUÇÃO



1 INTRODUÇÃO

Após a Segunda Guerra Mundial, no século XX, e com o crescente avanço na tecnologia, observou-se a necessidade de aumentar os estudos e aprimorar os recursos materiais para o cuidado em Terapia Intensiva. Com estes estudos buscou-se atingir o conforto e retardar o processo de morte com inovações nos tratamentos e aperfeiçoamentos na prática, permitindo uma qualificação na assistência (MACHADO; et al, 2007).

Os Centros de Terapia Intensiva (CTI)¹ tem o objetivo de oferecer um cuidado intensivo e integral a pacientes que se encontram em situação crítica, mas recuperáveis. Este ambiente requer espaço físico específico e recursos pessoais especializados, o que demanda o seu alto custo. Através de uma equipe multiprofissional e de recursos materiais avançados, o paciente é submetido a monitorização intensa até a reestabilização de sua saúde. No Brasil, essa proposta foi implantada em 1971 sendo o Hospital Sírio Libanês o pioneiro com dez leitos (CHEREGATTI; AMORIM, 2011).

As ações realizadas com esse tipo de paciente colaboram com a diminuição dos índices de mortes, além de contribuir para a recuperação rápida e enérgica. Esses pacientes podem ser advindos de traumas, problemas cardiovasculares, respiratórios, em pós-operatório, procedimentos invasivos para fins diagnósticos, em cuidados paliativos, com frágil condição clínica e doenças neurodegenerativas (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, Amante, Rossetto e Schneider (2009) afirmam que a enfermagem deve proporcionar uma assistência individualizada e qualificada, fundamentada nos conhecimentos científicos adquiridos e focado no atendimento das precisões de cada ser. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ser ajustada de acordo com uma teoria e com os recursos disponíveis da instituição, de modo que o paciente seja acolhido e atendido no nível de todas as suas necessidades.

Contemporaneamente, o processo de cuidar desses profissionais é fundamentado nas teorias de enfermagem que perpetuam e desnivelam uma assistência integral em todos os âmbitos do indivíduo. A estudiosa e enfermeira Wanda Horta (2011) afirma que todo conhecimento humano não deve ser originado de uma única filosofia e sim de um leque de conceitos dependentes um do outro, e com a enfermagem não é diferente.

¹ Apesar de que CTI (Centro de Terapia Intensiva) não constar de sinônimo de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), nesta pesquisa vão ser utilizados como afins, visto que necessidades especiais estão presentes em ambos os ambientes independentes de serem sinônimos.

Seguindo essa premissa, no século XX surgiram as primeiras teorias de enfermagem, com o intuito de descentralizar o modelo biomédico, dando atenção ao ser humano e não apenas a enfermidade. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas alicerçada na Teoria de Motivação Humana de Maslow, entende as necessidades como universais e vitais, porém diferenciadas pelas particularidades de cada sujeito.

Percebendo o homem como membro de um universo em constante dinamismo, é natural o perpasso por estágios de equilíbrio e desequilíbrio com o meio ao qual vive. Desse modo, como precursor dessas mudanças, cada ser reage de uma maneira particular a fim de atingir a homeostase, e quando isso não é possível gera um desconforto que pode evoluir para um adoecimento (HORTA, 2011).

Assim, torna-se legível o entendimento de que quando as necessidades ditas como básicas não são atendidas, o corpo fica passível a desarmonia, podendo ocasionar malefícios a saúde física e psíquica.

As necessidades são consideradas momentos de inquietação do indivíduo, que consciente ou inconscientemente, resultam de desordens de ordem biopsicobiológica ou biopsicoespiritual. Funcionam de maneira hierárquica baseada na busca plena da satisfação. Maslow propõe cinco níveis para essas necessidades, a saber: fisiológicas, segurança, sociais, ego e auto realização. É importante entender que quanto maior a satisfação sentida, maior será o atendimento da necessidade (REGIS; PORTO, 2006).

Alguns fatores modificam essa dinâmica, uma vez que o paciente quando interno na Terapia Intensiva precisa de uma atenção intensificada, qualificada e individualizada. Assim sendo, o atendimento de suas necessidades passa por transições, o que antes era visto como básico e satisfatório quando alcançado, agora requer um olhar mais complexo e que nem sempre será atingido pelo indivíduo, vindo a necessidade de recurso material e pessoal para assim ser feito.

Conforme Baggio; et al (2011) a internação em Terapia Intensiva gera insatisfação, pelos horários inflexíveis de visitas por normas do serviço, pela perda da autonomia e da privacidade, causando uma ruptura do seu cotidiano. Assim, o paciente sente-se incapaz de realizar suas vontades, de se expressar e acaba por se isolar em meio a tantos aparelhos e profissionais.

Atingir a satisfação do paciente crítico com a realização de seus desejos e necessidades não é fácil, pois existem vários aspectos envolvidos que impossibilitam a realização destes pelo próprio paciente. Então, os profissionais precisam entender essas

particularidades e procurar de uma maneira plausível identificar as peculiaridades de cada paciente para que sintam-se satisfeitos, sem que a assistência as suas precisões não seja realizada por si só.

Nessa conjectura, é notório que o princípio da autonomia não é exercido. A bioética traz como essencial o respeito pelas escolhas do indivíduo, como meio de reverenciar a dignidade humana, mesmo sendo o ambiente da terapia intensiva um lugar facilitador para que a vontade e as escolhas dos pacientes, por muitas vezes não seja percebidas pelos profissionais (BAGGIO; et al, 2011).

Diante da intensa afirmativa, conhecer a percepção do paciente sobre sua própria condição, bem como suas necessidades, aproxima os profissionais da tão desejada assistência científica humanizada. Desse modo, todas as necessidades vistas como básicas - fisiológicas, de segurança, sociais, do ego e de auto-realização - poderão ser percebidas pelos profissionais de uma maneira mais diferenciada, entendendo que o rotineiro passa a ser especial, exigindo assim, um olhar mais criterioso da equipe de saúde.

JUSTIFICATIVA



Fonte: Internet, 2013

2 JUSTIFICATIVA

Para discutir a presente temática, deve-se entender que todo paciente de Terapia Intensiva é visto como especial, por apresentar necessidades que dificilmente teriam em outros setores hospitalares. Uma necessidade dita como básica para pessoas que não se encontram neste ambiente, pouco provável terá essa mesma designação dentro do referido espaço.

Assim, para que a satisfação do paciente² em CTI seja atendida, há a inópcia de requerer do profissional um olhar mais criterioso e humanizado entendendo que, permanecer nesse ambiente por vezes hostil e desagradável, impede a realização de muitas de suas tarefas tidas como simples no dia-a-dia, porém, devido às restrições e normas do setor ou até mesmo as condições do paciente, não podem ser mais realizadas por si, dependendo de recursos materiais e pessoais. Tal fato torna essas necessidades antes atribuídas como básicas e rotineiras, agora complexas, pois, o paciente interno em Terapia Intensiva não as pode realizar sozinho.

Quando esse entendimento parte do paciente possibilita um maior conhecimento acerca de sua condição e de seus direitos, permitindo de certa forma uma relação íntegra com a equipe de saúde, refletindo beneficentemente no cuidado prestado.

Mediante as considerações apresentadas, somadas a oportunidade de ter cursado disciplinas como Enfermagem na Saúde do Adulto, do Idoso, Humanização, Enfermagem Cirúrgica e Cuidados Críticos; estagiado em Centro de Terapia Intensiva. Além de ter vivenciado de maneira singular a experiência familiar, em ofertar cuidados especiais a um tão especial pai, quando este assumiu a condição de paciente crítico, emergiu em mim enquanto acadêmica de enfermagem, o interesse em realizar essa pesquisa.

Não obstante, é visto que alguns cuidados considerados como especiais são até identificados pela enfermagem, no entanto, em alguns casos não são realizados. Desse modo, esta pesquisa está sendo desenvolvida para que esse paciente seja ouvido em sua essência, sobre as necessidades que ele considere como vitais.

² Considerando que cliente relaciona-se, entre outros significados, ao ser doente ou aquele que precisa de cuidados médicos e paciente que significa indivíduo doente, sob cuidados médicos, nessa pesquisa os referidos temas serão usados como sinônimos.

É necessário saber se o paciente de terapia intensiva entende quais são suas reais necessidades e se estas estão sendo atendidas neste ambiente, independente de sua patologia e de todo contexto o qual está inserido. Diante das respostas do paciente e da sua percepção, entende-se que esse estudo traz benefícios tanto para o cliente que está sendo assistido, quanto para a família que esta diretamente ligada nessa conjuntura.

Como estratégia para beneficiar o cuidado, esse estudo também origina acréscimos para os profissionais da saúde, uma vez que possibilita a prestação de uma assistência integral e humanizada focada na essência dos detalhes apresentados pelo indivíduo.

Um estudo voltado para o paciente e principalmente para suas necessidades ditas como especiais, instiga uma reflexão para a atenção que lhe é ofertada. Quando o profissional de enfermagem visualiza essas necessidades a partir do olhar do paciente, ele consegue entender o que realmente se faz necessário para prestar uma assistência com cuidados integrais, dentro dos Centros de Terapia Intensiva.

Corroborando com o que foi exposto, o estudo em questão trará resultados benévolos para a comunidade científica, possibilitando um embasamento teórico-científico mais amplo sobre o tema, permitindo reflexões sobre a temática e qualificando os estudantes e os profissionais de enfermagem.

OBJETIVOS



Fonte: Internet, 2013

3 OBJETIVOS

Geral:

Apreender o conhecimento de pacientes críticos acerca de suas necessidades especiais internos no Centro de Terapia Intensiva.

Específicos:

Investigar quais as necessidades especiais de pacientes críticos internos no Centro de Terapia Intensiva;

Identificar os fatores que influem, positiva ou negativamente, no atendimento das necessidades especiais de pacientes críticos internos no Centro de Terapia Intensiva;

Revelar os sentimentos vivenciados pelos pacientes críticos durante a dependência de necessidades especiais no Centro de Terapia Intensiva.

HIPÓTESE



Fonte: Internet, 2013

4 HIPÓTESE

O ser humano para sentir-se bem e ser visto como saudável, é necessário que todas as suas funções corporais e sociais estejam em equilíbrio. O atendimento de todas as suas necessidades, quer sejam básicas ou especiais, independente do nível de atenção à saúde em que está inserido, devem ser vistas como elementos fundamentais para se atingir a estabilização e o bem-estar do indivíduo.

De acordo com o embasamento científico, inicialmente exposto, sobre o presente tema, torna-se de grande importância que os profissionais da enfermagem entendam quais são as necessidades do paciente, prestando um cuidado holístico, livre de intercorrências e pautada numa assistência que vai desde o campo biopsicobiológico até o biopsicoespiritual.

No que concerne ao paciente dos Centros de Terapia Intensiva é imprescindível à prestação de um cuidado mais especializado, criterioso, íntegro e eficaz, atendendo todas as necessidades dos pacientes, mesmo que estes em alguns momentos, não consigam expressar de forma satisfatória suas dúvidas e desejos. Ainda é visto que determinadas necessidades, não são atendidas ou são passadas despercebidas pelos profissionais que assistem ao paciente crítico.

Dessa forma, é relevante compreender as necessidades e todos os sentimentos que acometem ao paciente durante sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. Através do conhecimento de suas necessidades, como por exemplo: se está sendo bem acolhido, se consegue perceber o que realmente precisa enquanto paciente e indivíduo, se suas necessidades desde as fisiológicas até as espirituais estão sendo devidamente atendidas. Esta atitude permite ao profissional um olhar diferenciado e completo do paciente, bem como a satisfação do mesmo perante a assistência prestada, favorecendo a recuperação física, mental e social do paciente.

É fundamental que seus sentimentos sejam visualizados e que os fatores contribuintes de maneira positiva ou negativa para sua permanência na Terapia Intensiva, sejam identificados.

Portanto, torna-se possível que os benefícios decorrentes da assistência sejam concebidos em curto prazo na relação profissional e paciente, permitindo um impacto positivo na assistência de enfermagem, na recuperação e na alta do CTI. Partindo desse pressuposto, o enfermeiro e sua equipe passarão a entender o que realmente o paciente

precisa, direcionando sua assistência não apenas a patologia, mas também as necessidades ditas como básicas, entendendo a essência daquele que é cuidado e se permitindo vê-lo em todos os seus aspectos.

REFERENCIAL TEÓRICO



5 REFERENCIAL TEÓRICO

Como meio de nortear o referido estudo, além de subsidiar um embasamento mais profundo e a compreensão do presente tema, será apresentada uma breve revisão de literatura sobre Terapia Intensiva, Teorias das Necessidades Humanas e pacientes especiais.

5.1 Resgatando a existência da Unidade de Terapia Intensiva

Diante das transformações ocorridas com o avanço da tecnologia, os hospitais começaram a sofrer modificações e a obter melhorias, a fim de que todos os pacientes da baixa ou da alta complexidade fossem contemplados com um atendimento de qualidade. A partir disso, na década de 70, surgiram as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e os Centros de Terapia Intensiva (CTI) com o intuito de aprimorar o atendimento de pessoas em estado grave ou risco de vida (JERÔNIMO; CHEREGATTI, 2011). Esse local apresenta preceitos e rotinas diferenciados, que requer uma atenção distinta de toda equipe, bem como um conhecimento mais amplo acerca do cuidado prestado.

Contemporaneamente, dentro do CTI, não se procura preservar a vida a todo custo, mas manter a qualidade de vida do paciente e o respeito as suas vontades. Nesse sentido, a busca pelo processo de morte e morrer com dignidade é mais importante do que prolongar inutilmente o sofrimento do paciente (BRASIL, 2002).

De acordo com a Portaria 3.432 de 12 de agosto de 1988 do Ministério da Saúde, o dimensionamento de pessoal nesse ambiente, apresenta-se de maneira multiprofissional e interdisciplinar, composta por: médicos intensivistas, plantonistas e diaristas; enfermeiro coordenador com respaldo científico para atuar na seguinte área; técnicos em enfermagem; fisioterapeuta; funcionários responsáveis pela limpeza e acesso a cirurgião geral, cardiovascular, neurocirurgião, torácico e ortopedista (BRASIL, 1988).

É importante destacar que para estabelecer a implementação de Unidades de Terapia Intensiva é necessário seguir as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, na Resolução número 07, de 24 de fevereiro de 2010, onde estabelece requisitos mínimos para implantação e funcionamento desses setores.

Acrescentando recursos humanos e materiais necessários para a segurança do paciente (BRASIL, 2010).

A estrutura física é disposta de modo que não tenha livre acesso com outros setores hospitalares. Deve estar próximo ao serviço de emergência, centro cirúrgico, unidade de recuperação pós-anestésica, laboratório e radiologia. Deve existir boa iluminação sem incomodar o paciente em seu leito, refrigeração entre 21°C e 24°C e umidade do ar entre 40% e 60% (CHEREGATTI; AMORIM, 2011).

O número de leitos deve ser no mínimo 6% do número total de leitos da instituição de saúde, além de que a cada dez leitos é obrigatório que um seja para aqueles pacientes que necessitem de isolamento. Outras exigências também fazem parte desse local como: copa, depósito de material de limpeza, rouparia, sala de utilidades, secretaria, quarto para repouso e vestiários masculinos e femininos (Idem, 2011).

Os autores supracitados afirmam que a eficácia desse serviço só é atingida a partir de um planejamento alicerçado no perfil do paciente; nas patologias encontradas; na admissão, encaminhamento e fluxo de visitantes dos clientes; nas instalações de apoio; no armazenamento de materiais e equipamentos; e nas condições burocráticas e administrativas.

Visto isso, esse espaço articula diferentes modalidades de profissionais, dispondo de equipamentos e recursos pessoais para procedimentos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos. Contempla assistência exclusiva nas vinte e quatro horas do dia, oferecendo respeito e a preservação constante da dignidade do paciente. Primordialmente, os maiores cuidados dentro do CTI são voltados para o manejo respiratório, cardiovascular, renal, metabólico, complicações vindas de infecções e problemas hematológicos (BRASIL, 2009).

De acordo com as suposições teóricas de Gonçalves (2006), entender a gravidade de cada caso admitido nesse ambiente e concomitante adequar à assistência de acordo com as peculiaridades de cada ser, é possível prever e diminuir os índices de mortes e reduzir os custos nesse ambiente.

De forma objetiva e singular, a assistência ao paciente crítico vem obtendo progresso pelo compromisso que o Ministério da Saúde oferece, provendo recursos que possibilitam atingir esse pressuposto. A promoção de capacitações para aperfeiçoamento dos profissionais, desenvolvimentos de projetos, melhorias na gestão e uma rede de serviço contínuo que permite uma assistência segura e integral, traz

resultados positivos, qualificando o atendimento e promovendo a satisfação de todos os envolvidos no atendimento (BRASIL, 2009).

A hospitalização é um momento difícil para o indivíduo e quando se trata da UTI, as mudanças são mais ríspidas. Na maioria das vezes, sentimentos negativos são apresentados de forma significativa; o medo do desconhecido, insegurança, temor pela morte e a falta da família induzem a rejeição da terapêutica e estresse.

Nesse sentido, a equipe representa um papel primordial para minimizar esses sinais. A comunicação quer seja verbal ou não verbal, funciona como subsídio para promover uma relação completa entre equipe e paciente, permitindo o alcance satisfatório dos objetivos propostos para a assistência. Um olhar, um toque, um gesto faz toda a diferença (FERREIRA, 2006).

Membro relevante nessa equipe, à enfermagem por permanecer presente durante toda a assistência contribui diretamente com o sucesso da terapêutica. Sua participação na tomada de decisões juntamente com outros profissionais, no gerenciamento da equipe de enfermagem, bem como na prestação de um cuidado pautado em conhecimentos técnico-científicos proporciona a Qualidade do serviço e concomitante a satisfação dos trabalhadores e pacientes (SCHMIDT; DANTAS, 2006).

Assim, é imprescindível a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a fim de organizar o trabalho realizado por sua equipe. Entender esse processo e se fazer atuante em todas as etapas, além de ter aptidão para elaborar estratégias voltadas para prevenção de doenças e agravos, bem como desenvolver protocolos voltados para o cuidado, são pontos importantes para ter uma avaliação positiva dentro do CTI (BRASIL, 2009).

Mesmo desmistificando o que antes era visto como local de morte e aprimorando todos os recursos existentes, infelizmente esse local ainda continua sendo motivo de repulsa de indivíduos que precisam de cuidados mais especializados. Com todas as mudanças ocorridas ao longo do tempo e além da diminuição dos índices de mortes, a terapia intensiva ainda é nomeada como um local de sofrimento e não de recuperação para a vida (MACHADO; et al, 2007; BAGGIO; et al, 2011). Diante disso, constata-se a importância da harmonia entre profissional, cliente e família para que conhecimentos errôneos sejam atualizados e não coloque em risco a vida do paciente crítico.

Pacientes relatam que a maior dificuldade na permanência no CTI é o medo iminente da morte e a separação da família pelas normas rigorosas do serviço. Portanto, é necessário que a equipe entenda os sentimentos negativos que possam vir aparecer durante a estadia do cliente nesse setor, e a partir disso inserir mais a família no cuidado, mesmo que sua permanência seja pequena durante o dia (MORITZ, 2007). Dessa maneira, torna-se notório conhecer o perfil de cada paciente na terapia intensiva para dispor de um cuidado holístico e humanitário.

O aspecto humano de cada paciente deve servir como o alicerce que norteia todo o cuidado prestado. Investigar as necessidades do paciente para além do quadro patológico instalado, prediz um prognóstico favorável e uma assistência menos hostil e agressiva. Dessa forma, o enfermeiro deve usar como preceito fundamental no seu processo de trabalho a sua vertente humana ao invés da puramente mecanicista, para que essa experiência não seja tão traumatizante para o indivíduo (NOGUEIRA, 2013).

5.2 Teorizando em Enfermagem: Enfoque nas Necessidades Humanas Básicas

O trabalho de enfermagem só é um método fidedigno e real pelo embasamento científico que perpetua esse processo. Isso se fundamenta por teorias que desnivelam uma assistência completa e eficaz, cujo ponto principal está voltado para a autonomia adquirida por esses profissionais no decorrer dos anos.

Essa profissão sofreu muitas transformações com os avanços ocorridos nos últimos tempos, com isso teorias foram criadas como meio estratégico para contribuir com essa profissão. A teoria pode ser vista como a percepção do meio, a fim de que este seja compreendido da melhor maneira possível, através de elementos que o identifica e o modifica procurando atingir o equilíbrio (MATOS, et al, 2011).

Para Horta (2011, p. 05) teoria é o “aparelho conceptual” que procura explicar algo ou conseguir soluções para algum evento. Todas possuem um objetivo, um propósito para guiar um conhecimento em determinada área. Dentro da enfermagem, as teorias trouxeram inovações no campo do cuidado, podendo através delas, compreender, explicar, aprimorar e atualizar os fenômenos envolvidos nesse contexto. Dessa forma, é passível o entendimento de que possuir um recurso metodológico é primordial para guiar a assistência nessa área e inovar em técnicas e conhecimentos em virtude do bem-estar do ser humano.

Essas teorias de uma maneira geral, são estruturadas em quatro eixos: humano; meio ambiente englobando o físico; social e simbólico; saúde e enfermagem. Muitos teóricos trouxeram inovações nos saberes dessa profissão a fim de que os conhecimentos dos profissionais fossem reconstruídos e que trouxessem benefícios para sua prática assistencialista (ALCÂNTARA, et al, 2011).

Alguns modelos tiveram início na década de 50 como a de *Hildegard Peplau*, em 1952, propondo a teoria interpessoal em que o relacionamento entre profissional e paciente é o suporte para obter a melhoria do quadro apresentado pelo ser cuidado. Essa interação permite um apoio maior para o enfrentamento das adversidades apresentadas pelo quadro patológico (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

A teoria Homeostática, descrita por *Wanda Mcdowell* em 1961, propõem que o paciente está totalmente envolvido na sua condição de saúde, bem como que a enfermagem é responsável por essa ação. Estes trabalham juntos para um bem comum que é a homeostasia, ou seja, o equilíbrio entre saúde e mente. Isso se torna capaz quando o enfermeiro consegue ver de maneira holística a condição do indivíduo, a entende e atua para que os sinais e sintomas sejam amenizados, fazendo, dessa maneira que o objetivo principal seja alcançado (HORTA, 2011).

A teoria Holística proposta por *Myra Levine* em 1967 e descrita por Horta vê o homem como um todo, em um meio que vive em constantes mudanças. Dessa maneira, tudo o que este apresenta será em decorrência da sua adaptação, de sua integração com o meio em que vive e as respostas a quatro níveis do organismo que são determinadas para que o indivíduo, tanto interno como externamente viva em equilíbrio, a saber: resposta ao medo - preparo do organismo para tudo o que está por vir - resposta inflamatória - remoção de material estranho do organismo - resposta ao “stress” - resposta a longo prazo dentro do sistema biológico - e a resposta sensorial - o mundo é percebido pelos sentidos (Idem, 2011).

Baseada no comportamento humano a teoria de *Imogenes King* em 1971, é voltada para o dinamismo do comportamento humano e como este interfere na saúde e na relação com a sociedade. Ou seja, tudo que o homem absorve do meio e tem sua percepção em relação a este, será diretamente ligado a seu comportamento, saúde e sociabilidade. A enfermagem é importante no processo de ação e reação desses comportamentos, intervindo nos problemas de saúde e os adaptando ao meio em que a

pessoa está inserida. Suas premissas foram baseadas em sistemas sociais, saúde, percepção e relação interpessoal (Idem, 2011).

À teoria sinérgica foi apresentada por *Dagmar E. Brodt* em 1969, a mesma deu ênfase a prestação do cuidado oferecido pela enfermagem. Toda e qualquer ação voltada para a recuperação da saúde tem sua valia e beneficia a relação profissional e paciente. As dimensões para as ações de enfermagem estão voltadas para a preservação das defesas do corpo, complicações, reestabelecimento da relação do paciente com a sociedade e implementação da terapêutica. Em meados de 1970, foi publicada a teoria da adaptação onde explana que o meio é o interventor do estado saúde-doença do indivíduo e sua adaptação será o meio de conservação do seu bem-estar (Idem, 2011).

Conforme a autora acima citada, processos metodológicos voltados diretamente para as necessidades humanas tiveram origem com Wanda de Aguiar Horta, *Virginia Henderson e Dorothea Orem*. Com intuito de desvendar o caráter biomédico dos sistemas de saúde, essas teorias tem o objetivo de conhecer o ser de maneira integral, e não apenas pelo problema de saúde apresentado.

A Teoria de Orem, proposta por *Dorothea Orem* em 1970, diz que para se ter saúde e bem estar, é necessário que o indivíduo se proponha a cuidar da própria saúde. Dessa forma, precisa-se que este se adapte a sua condição e que a enfermagem ofereça subsídios para que o autocuidado seja possível, com o intuito de tornar o ser independente (SAMPAIO, et al, 2008).

Na década de 60, Horta (2011) baseada na teoria da Motivação Humana, proposta por *Maslow*, escreveu a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB). O seu objeto de estudo era as necessidades, vendo essas como únicas de cada ser, porém universais e vitais. O atendimento destas é importante para que o indivíduo se sinta realizado e satisfeito dentro do meio em que vive.

As necessidades mais básicas são as fisiológicas que compreendem: oxigenação, eliminação, nutrição, hidratação, integridade cutaneomucosa e sexualidade. A segunda é a segurança que visa manter um ambiente ordenado e sem ameaça ao paciente. Nestes níveis estão às necessidades de amor, de autoestima e finalmente a de auto-realização sendo que a última relaciona-se ao estado em que o indivíduo está feliz, realizado, inventivo e receptivo (Idem, 2011).

Além de *Maslow*, Horta adotou a preceitos teóricos de João *Mohana*, em que acredita nas necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual (Neves,

2006). As Necessidades Psicobiológicas são consideradas, forças inconscientes que abroham sem idealização, e se manifestam, por exemplo, na vontade de se banhar e repousar. As Necessidades Psicossociais são manifestações que ocorrem no indivíduo por meio de instintos do nível psicossocial, como a necessidade de comunicar-se e de viver em grupo. As Necessidades Psicoespirituais são aquelas por meio das quais o homem procura compreender o que cientificamente não tem razão (BORDINHÃO; ALMEIDA, 2012).

Necessidades são condições apresentadas por qualquer ser humano que se sente inquieto e insatisfeito podendo ser consciente ou inconsciente, sendo incididas de desordens biológicas, espirituais e sociais. Então, o indivíduo vive em busca plena da satisfação. Nessa égide, atingir as necessidades fisiológicas, de segurança, social, de estima e auto-realização como propõe Horta, é possível atingir a motivação proposta por Maslow, uma vez que o ser só sentirá bem se todas as suas necessidades forem adequadamente atendidas em todos os seus aspectos. O comportamento do ser humano é motivado pelo grau de satisfação que este se encontra e concomitante com suas precisões (REGIS; PORTO, 2006).

Por se basear em princípios, a enfermagem deve obter um julgamento crítico acerca de tudo que se passa no seu ambiente de trabalho e também, por todos aqueles que de alguma maneira precisam do seu cuidado. A resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009 dispõe sobre a utilização do Processo de Enfermagem (PE), vendo como ação privativa do enfermeiro, e devendo ser utilizada como instrumento indispensável do trabalho, servindo de método norteador e facilitador da prática dessa profissão. A aplicação do PE proporciona uma maior autonomia desse profissional, predizendo uma melhor visibilidade e reconhecimento de suas ações (BORDINHÃO; ALMEIDA, 2012).

No contexto da terapia intensiva ainda existem enfermeiros que não documentam suas ações e que não atendem as necessidades de maneira satisfatória, o que causa inquietação e insatisfação dos indivíduos ali presentes (LIMA; et al, 2006). Faz-se relevante entender que as necessidades apresentadas nesse ambiente, mesmo sendo semelhantes ou até mesmo iguais as apresentadas em outros setores devem ser visualizadas de uma forma diferente, criteriosa e individualizada.

Sustentados no referencial teórico de Horta, entende-se que qualquer necessidade, desde a fisiológica até a de obtenção da realização pessoal, é vista como

básica, porém dentro dos Centros de Terapia Intensiva esses pressupostos passam a ter um conceito diferenciado. Dificilmente um paciente crítico conseguirá atingir sua satisfação sozinho, o que o torna especial, visto que todas as suas necessidades para serem atingidas, requerem de outros recursos, quer seja pessoais ou materiais.

Assim destaca-se a precisão de bases teórico-filosóficas voltadas para pacientes em terapia intensiva. Quando o olhar a esses pacientes for de maneira mais investigativa e criteriosa, perceberá o quão esses são especiais e que precisam de recursos mais particularizados, que os façam atingir a satisfação pessoal, elemento tão imprescindível para Horta. Dessa forma, fica possível que todas as necessidades desses pacientes sejam atendidas, não sendo despercebidas pelos profissionais que assistem ao paciente crítico (GUALDA, 2001).

5.3 Aprendendo sobre as necessidades especiais em terapia intensiva

De maneira geral, as teorias contribuíram positivamente para o desenvolver do trabalho de enfermagem em todos os âmbitos de sua prática profissional, tanto na assistência como no ensino e na pesquisa. Com o passar dos anos, essas influências colaboraram para a dinamicidade do conhecimento, perpetuando mudanças e inovações no fazer dessa profissão, determinando o sucesso e a melhoria no cuidado prestado (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Nessa égide, essas bases filosóficas trouxeram melhorias em todos os campos da saúde, permitindo a construção de conhecimentos e diversas transformações na assistência, contribuindo para a promoção de uma atenção mais qualificada e humanizada, aos pacientes e clientes em todos os ambientes hospitalares (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Partindo desse pressuposto, conceitua-se paciente todo e qualquer ser que se encontra em desequilíbrio e precisa de cuidados médicos. Enquanto que cliente, está relacionado ao ser doente ou que precisa de assistência (FERREIRA, 2004). Dessa forma, é notório que o indivíduo, de maneira geral, requer cuidados em alguma ocasião. O usuário, como um todo, quer seja no ambiente hospitalar, na atenção básica ou em qualquer outro lugar relacionado ou não a saúde, necessita de atenção para que sua satisfação pessoal seja alcançada (HORTA, 2011).

Para o paciente ser considerado especial, de acordo com Carvalho e Araújo (2004) deve apresentar irregularidades desde sua condição física até sua condição

social e esse desvio pode ser de caráter transitório ou permanente. Estes necessitam de atendimento diferencial, de forma a permitir que vivam dignamente com promoção, proteção e controle dos problemas de saúde apresentados (MENEZES et al, 2011).

Independente do que o paciente apresente, ou do que ele faz relevante, o entendimento de que o especial prediz um significado mais amplo, indica um maior zelo e uma visão mais ampla pela sociedade. Apesar de todas essas particularidades, na maioria das vezes elas são atendidas (CARVALHO; ARAÚJO, 2004).

De acordo com a Constituição Federal de 1988 essas pessoas, tidas como pacientes, devem ser asseguradas em todos os campos e aspectos, resguardando sua integridade física e mental, bem como seus direitos dentro do meio em que vivem. As Leis n.º 7.853/89 e n.º 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde - explicita em seu artigo 23 capítulo II que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”.

Alicerçado nas premissas de Peres, Peres e Silva (2005), para ser considerado especial ou “excepcional” (p. 50), o indivíduo não precisa apresentar alguma modificação do que é considerado normal ou mesmo déficit mental. Segundo estes autores todo aquele que é excluído, incapaz e limitado também é considerado especial. Esse fato passou a ser mais notório, quando esses indivíduos passaram a ser preocupação pedagógica além de médica.

Dessa forma pode-se fazer um elo com os pacientes de Terapia Intensiva, por viverem em intenso regime terapêutico para atingir sua estabilização, os mesmos encontram-se incapazes e limitados em um leito sendo impossibilitados de realizar suas vontades por conta própria (LOSS, 2009). Dessa forma, podendo ser considerados especiais.

No sentido de cuidado, é relevante que o profissional possua requisitos técnicos e científicos aprimorados para esse tipo de paciente. Além de sua essência humanitária, que nem todos são dignos de possuir, sua boa vontade e paciência, algumas situações exigem um pensamento crítico e técnicas aprimoradas, para que o objetivo seja alcançado e o bem-estar atingido (CELESTE; et al, s/a).

Nesse contexto é relevante existir políticas públicas e leis regulamentadoras voltadas para esse grupo. Assim como portadores de necessidades físicas e mentais, os pacientes de CTI, necessitam também de cuidados mais criteriosos e de alicerces que protejam seus direitos e sua individualidade no âmbito hospitalar. Soma-se a isso o desafio de despertar estudos nessa área voltados para a qualidade de vida desses indivíduos, que independente do tempo de permanência nesse setor hospitalar, necessitam ter qualidade de vida durante sua internação.

É necessária uma assistência baseada no atendimento das carências básicas que, na maioria das vezes dentro da Terapia Intensiva tornam-se especiais. O conceito de necessidades humanas básicas proposto por Horta como anteriormente citado, possui um sentido tão amplo e corriqueiro que na maioria das vezes algumas particularidades são passadas despercebidas pelos profissionais, deixando explícito que de certa forma o caráter biológico fica restrito a um critério apenas técnico sem a relevância necessária (OLIVEIRA; et al, 2011).

Pacientes especiais não precisam ser portadores de deficiências físicas para assim serem considerados, dependendo das circunstâncias todos podem ser considerados especiais, e dessa forma, precisam de olhares diferenciados da equipe que promove à assistência. Portanto, se esses pacientes são especiais suas necessidades também são especiais e é assim que precisam ser vistas e atendidas, sempre levando em consideração, quando possível à vontade deste.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS



6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo exploratório para Gil (2008) dispõe de um maior conhecimento sobre o referido problema, onde seu objetivo primordial é o aperfeiçoamento e esclarecimento de ideias ou mesmo a descoberta delas. Enquanto que o estudo descritivo para o autor citado tem a finalidade de conhecer as características de um determinado grupo.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2004, p. 21) “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Nesse sentido, esse tipo de estudo possibilitou conhecer as necessidades especiais de pacientes em Terapia Intensiva.

6.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi concretizada na UTI adulto do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), localizado na Cidade de Campina Grande. Esse ambiente é contemplado com diversos aparatos tecnológicos com o intuito de promover uma assistência qualificada aos seus pacientes, além de uma equipe multiprofissional intensivista, composta por médico, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, farmacêutico e assistente social, todos com aptidão técnica e científica capaz de intervir quando necessário.

Os atributos existentes sustentam as características peculiares desse setor, como: iluminação e ventilação artificial, leitos apropriados, isolamento, ruídos advindo dos aparelhos e movimentação intensiva dos profissionais.

6.3 População e amostra

O estudo obteve a participação de dez pacientes da UTI do HUAC, todos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, independentemente da sua patologia ou sexo. A partir da utilização de um instrumento semi estruturado de coleta de dados, foi possível investigar quais as necessidades especiais de pacientes

críticos internos em Terapia Intensiva, conhecer os fatores que influem no atendimento das mesmas e identificar os sentimentos vivenciados por esses pacientes.

A escolha do local para realização da pesquisa foi determinada por ser nesse setor, na maioria das vezes, onde o paciente perde sua autonomia e, conseqüentemente suas necessidades tem que ser atendidas por profissionais ou até mesmo por aparelhos. A partir da visualização desse aspecto pelo próprio paciente, permitiu-se perceber que o mesmo entende quais as suas necessidades e como elas são atendidas, se são humanas e eficazes por parte da equipe.

O número de entrevistados seguiu o critério de saturação, que segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008) acontece quando na pesquisa qualitativa os dados de novos participantes começam a ser equivalentes com os dados já existentes na pesquisa, sendo necessário cancelar a inclusão. Logo, fica perceptível que 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

Constituíram como critérios de inclusão nessa pesquisa: os pacientes que estavam internos na UTI adulta do HUAC; encontravam-se conscientes; em condições de verbalizar; e que se dispuseram a participar livremente do estudo. Foram adotados como critérios excludentes, os pacientes que não obedeceram aos critérios supracitados.

6.5 Instrumentos de coletas de dados

A coleta de dados realizou-se por meio de uma entrevista com questões de abordagem diretas ao sujeito em relação as suas necessidades especiais dentro do referido ambiente, para que fosse mais fácil de interpretar o que foi dito, bem como ajudar no andamento dos questionamentos, diminuindo o tempo entre uma pergunta e outra (APÊNDICE A). Foi utilizado um gravador de voz da marca Sony, para a gravação dos depoimentos mediante a anuência dos entrevistados, a partir da assinatura do TCLE (APÊNDICE B). De acordo com Gil (2008), a entrevista é uma maneira de proporcionar um diálogo, onde uma das partes envolvidas busca colher dados e a outra dispõe desses dados, constituindo a fonte de informação.

O roteiro da entrevista constou de dez perguntas objetivas e discursivas, sendo estruturado em duas partes, a primeira correspondeu a caracterização do sujeito

contendo questões sociais, educativas e de saúde, enquanto que a segunda, incluiu questões específicas, as quais responderam aos objetivos do estudo. Também se fez necessário o uso de um diário de campo que serviu de instrumento auxiliar, para que o pesquisador registrasse 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 seguiu os seguintes passos: autorização da UFCG/CES/ UAS (ANEXO A), solicitou-se o requerimento através dos Termos de Autorização Institucional para realização da pesquisa com os pacientes da UTI do HUAC, na cidade de Campina Grande (ANEXOS A2) e também foi pedido à autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUAC da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) (ANEXO C).

Após a autorização do CEP, foi agendada a visita da graduanda, onde foi possível a apresentação da pesquisa aos pacientes alvos e posteriormente o convite a participarem da mesma; promoveu informações aos sujeitos da pesquisa sobre a proposta, a relevância, assim como os objetivos do estudo; foi explicado 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 a realizar ou ouvir a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B); solicitou-se a assinatura do TCLE e prosseguiu o início da entrevista. A coleta dos dados realizou-se mediante aprovação em parecer do CEP sob a CAAE N^o: 14308013.7.0000.5182 (ANEXO C) e prosseguiu de acordo com a disponibilidade de cada paciente, durante os meses de Julho e Agosto de 2013. Com o intuito de garantir o anonimato dos participantes, estes foram intitulados por nomes de Anjos, por serem representações espirituais que possuem inteligência, emoções e vontades (BÍBLIA, 1982), condiz com a tematização do referido estudo. Dessa forma, foram elencados os seguintes nomes de anjos, cada um de acordo com as características que o pesquisador considerou mais relevante nos sujeitos do estudo:

Adonael: Um arcanjo;

Af: Anjo de luz;

Amitiel: Anjo da verdade;

Barrattiel: Anjo de apoio;
Barman: Anjo da inteligência;
Camael: Anjo-chefe dos poderes;
Dumah: Anjo do silêncio;
Haniel: Anjo da árvore da vida;
Raphael: Anjo do sol;
Uziel: Anjo força de Deus.

6.7 Processamento e análise dos dados

Após a coleta de dados foi possível à análise, que num primeiro momento se deu pela caracterização do sujeito, em seguida pela elucidação dos objetivos do estudo, através da técnica de Análise de Conteúdo (AC), descrita por Bardin (2009, p. 33), como sendo: “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações” caracterizado por uma diversidade de formas e adaptação às comunicações.

De acordo com a autora supracitada, 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 último a 4ª Fase – tratamento dos resultados obtidos: que é a interpretação dos resultados. Posterior à categorização e interpretação dos resultados, foram analisados e discutidos a partir das leituras feitas para a construção do estudo.

6.8 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa a ser realizada com seres humanos, foram observados os princípios éticos, estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que revoga a 196/96, onde 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 2.g) a

necessidade do TCLE (APÊNDICE B) dos indivíduos-alvo (BRASIL, 2012). 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 orientanda da pesquisa. O estudo foi submetido ao CEP do HUAC, e só foi iniciado após a sua autorização. Tal exigência ocorreu para atender ao propósito da resolução CNS 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em concordância com o instrumento da pesquisa utilizado, este capítulo descreve a análise e os resultados encontrados nas entrevistas efetivadas com os pacientes da UTI adulto do HUAC, que se encontravam aptos a participar da pesquisa. Mediante isso, os dados foram dispostos e montados em tabela e na forma de categorias. A tabela caracteriza os sujeitos da pesquisa e as categorias respondem aos objetivos deste estudo.

7.1 Caracterização do sujeito

Para caracterização dos indivíduos entrevistados, 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 são relevantes para caracterizar os participantes deste estudo.

Participaram da pesquisa dez (10) pacientes, dos quais três (30%) eram do sexo masculino e sete (70%) do sexo feminino, na faixa etária de vinte e dois (22) a noventa e dois (92) anos. Dentre os entrevistados, quatro (40%) eram casados, quatro (40%) solteiros e dois (20%) viúvos. Quanto à escolaridade, oito (08) dos entrevistados afirmaram ter cursado apenas o Ensino Fundamental Incompleto, dois (02) relataram ter cursado o Ensino Médio Completo. No tocante à profissão, quatro (04) não tem profissão específica, três (03) são agricultores, um (01) comerciante, um (01) porteiro noturno e um (01) frentista. As patologias apresentadas eram: um (01) com Dengue, um (01) com Câncer de Pâncreas, um (01) com Bronquiectasia, um (01) com Meningite Bacteriana, dois (02) com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), um (01) com Trombose Venosa Profunda (TVP), dois (02) com Pneumonia e um (01) com Prolapso Retal.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual dos participantes da pesquisa, segundo o sexo, a faixa etária e o estado civil. Campina Grande, em Jul. e Ago. de 2013

Sexo	Nº	%
Masculino	03	30%
Feminino	07	70%
Total	10	100%
Faixa etária		
18-30	02	20%
31-40	03	30%
41-60	00	00%
>60	05	50%
Total	10	100%
Estado civil		
Solteiro	04	40%
Casado	04	40%
Viúvo	02	20%
Outros	00	10%
Total	10	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Na Tabela 1 está esquematizado o sexo, a faixa etária e o estado civil dos entrevistados da pesquisa. A maioria era do sexo feminino, correspondendo a 70 % dos participantes, a idade prevalente era superior a sessenta anos, compondo 50% do total da pesquisa. Dessa forma, percebe-se a presença da fragilidade de dois eixos importantes, a feminilidade e a fase idosa, com isto evidenciando uma necessidade incontestável de acolher esses pacientes da melhor maneira possível, indo ao encontro

de suas deficiências e desenvolvendo estratégias para a construção de uma relação efetiva entre profissional, paciente e família (MAESTRI et al, 2012). No que se refere ao estado civil, foi encontrado um quantitativo equivalente de participantes solteiros e casados, correspondendo a 40%. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística afirma que o número de solteiros aumentou 0,5% nos últimos dez anos (IBGE, 2010).

Tabela 2- Distribuição absoluta e percentual dos participantes da pesquisa, segundo a escolaridade e a profissão. Campina Grande, em Jul. e Ago. de 2013

Escolaridade	Nº	%
Ensino funda. Incompleto	08	80%
Ensino funda. Completo	00	00%
Ensino médio incompleto	00	00%
Ensino médio completo	02	20%
Ensino super. incompleto	00	00%
Ensino superior completo	00	00%
Total	10	100%
Profissão		
Nenhuma	04	40%
Agricultor (a)	03	30%
Comerciante	01	10%
Porteiro noturno	01	10 %
Frentista	01	10%
Total	10	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

A Tabela 2 expõe a escolaridade e a profissão dos participantes da pesquisa. No que tange a escolaridade, a maior parte, correspondendo a 80% possuem ensino

fundamental incompleto e apenas 20% possuem ensino médio completo, o que evidencia um grupo com baixa escolaridade e pouco conhecimento; isso foi bem explícito quando eram questionados acerca de suas patologias. As profissões, bem como as suas ausências, são reflexos dos baixos níveis educacionais que são elas: agricultores (30%), comerciante (10%), porteiro noturno (10%) e frentista (10%). Segundo o IBGE (2010), mesmo com a diminuição dos índices de analfabetismo em nosso país nos últimos dez anos, percebe-se nesta pesquisa que as profissões apresentadas confirmam a falta de escolaridade da população brasileira.

Tabela 3- Distribuição absoluta e percentual dos participantes da pesquisa, segundo o CID 10 da patologia. Campina Grande, em Jul. e Ago. de 2013

PATOLOGIA	CID 10	Nº	%
Dengue	A0906	01	10%
Cancêr de Pâncreas	C25.0	01	10%
IAM	I21	02	20%
Bronquiectasia	J47	01	10%
Pneumonia	J12.9	02	20%
Meningite Bacteriana	G00.9	01	10%
TVP	I82.9	01	10%
Prolapso retal	K62.3	01	10%
Total		10	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Na Tabela 3 está evidenciado a patologia e os respectivos CIDs 10 (Classificação Internacional de Doenças) dos entrevistados. Percebe-se que as patologias foram bastante variáveis, onde apenas duas se repetiu nos pacientes, o que deixa claro o Centro de Terapia Intensiva, como um setor hospitalar que abrange uma infinidade de patologias podendo ser advindas dos sistemas respiratório, cardiovascular,

renal, metabólico, complicações vindas de infecções e problemas hematológicos (BRASIL, 2009).

7.2 Identificação dos objetivos do estudo

Com a finalidade de atingir os objetivos da pesquisa, bem como levando em consideração a análise do material coletado, insurgiram quatro categorias temáticas provenientes da transcrição e interpretação das falas dos entrevistados, a saber: *Investigando as necessidades básicas enquanto necessidades especiais dos pacientes em terapia intensiva; Identificando os fatores contributivos no atendimento das necessidades especiais em terapia intensiva; Investigando os fatores agravantes durante atendimento das necessidades especiais em terapia intensiva; Conhecendo os sentimentos vivenciados pelos pacientes críticos perante suas necessidades especiais: o essencial como invisível aos olhos.*

Também identificou-se na primeira e quarta categoria, dois núcleos de ideias centrais em cada uma delas. Para tanto, cita-se, respectivamente: *Necessidades psicobiológicas; Necessidades psicossociais e Necessidades atendidas; Necessidades não atendidas.* Diante as categorias e seus núcleos, discute-se neste capítulo cada uma das categorias de maneira individual.

CATEGORIA I: Investigando as necessidades básicas enquanto necessidades especiais dos pacientes em terapia intensiva

PRIMEIRO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: Necessidades psicobiológicas

Figura 1 – Representação esquematizada do primeiro núcleo da categoria temática I.



Fonte: Própria da pesquisa, 2013.

[...] É, importante, é! [...] Por uma parte eu acho bom, por outra acho ruim porque toda vez eu comi com minhas mãos e agora eu não posso comer com minhas mãos. Eu acho ruim [...] (BARRATTIEL).

[...] Olhe minha filha to bem atendida num sabe, mas assim é ruim por uma parte sabe porque uso isso no nariz [...]É né, assim eu vivo cansada num sabe aí isso vem ajudar né! O ruim é que fica dentro do nariz fazendo uma coceira, uma coisa ruim [...] (BARMAN).

[...] É uma necessidade. Passou nesse negócio aí, meu Deus quando a gente sente a vontade e vai no vaso e faz o serviço tudo bem. Mas um “negócio” que está no “negócio” da gente sem a gente perceber! Sem ver, sem sentir [...] Incomoda um pouco [...] (BARRATTIEL).

[...] Falar a verdade a dormida! A luz acesa [...] (HANIEL).

Partindo do princípio de que todo paciente de terapia intensiva é um paciente especial, é válida a ressalva que todas as suas necessidades devem ser vistas como especiais. Dessa forma, o paciente como um todo deve ser olhado criteriosamente para que todas as suas inópias sejam atendidas, já que ele por si só não pode fazê-las.

De acordo com os relatos acima mencionados, as necessidades psicobiológicas vistas como especiais dentro da UTI são: nutrição, eliminação, oxigenação, sono e repouso, regulação térmica e locomoção. Para os entrevistados, são necessidades especiais por saírem da normalidade do lar ou por precisar de alguém ou algo para que estas sejam alcançadas:

[...] É lógico que seja especial sem isso aí a pessoa não vive. [...] Andar não, de jeito nenhum [...] Pra todo mundo eu acho que seja [...] Mas no momento não é possível (AMITIEL).

É importante perceber que todas as necessidades do ser humano estão relacionadas, ou seja, não se pode falar de necessidade de nutrição, sem considerar a necessidade de eliminação, por exemplo. Todas fazem parte de um conjunto que precisa está em equilíbrio, e essa homeostase depende do trabalho da enfermagem (HORTA, 2011).

O indivíduo quando hospitalizado em terapia intensiva depende parcial ou até mesmo totalmente dos cuidados de enfermagem. A terapia nutricional é de grande relevância por interferir diretamente no curso clínico do paciente; a quantidade da dieta, o horário e a via de administração devem ser bem avaliadas para que as complicações não venham a aparecer (FERREIRA, 2007). Neta pesquisa, nenhum paciente fazia uso de terapia nutricional enteral (TNE), porém só o ato de não poder se alimentar com as próprias mãos ou mesmo por outras pessoas trazerem a alimentação, fazia com que esta necessidade fosse apreciada como especial.

No que tange as necessidades de eliminação, Regis e Porto (2006) se referem como sendo as necessidades biológicas mais relevantes do indivíduo. São estas que determinam o comportamento, portanto quando os pacientes encontram-se insatisfeitos diante suas eliminações, eles tendem se voltar para a satisfação dessas necessidades. Assim, sua visão de futuro fica limitada a mercê de atingir sua exultação.

Evidencia-se também que o autocuidado na UTI fica prejudicado, o que implica em um olhar mais criterioso da enfermagem. Ribeiro et al (2011), preconiza que é dever

da enfermagem prevenir infecção por cateter vesical de demora (CVD), evitando mais agravos a saúde dos pacientes e concomitante o surgimento de novos problemas. Ficou expresso neste estudo, como a sondagem vesical contribui negativamente no bem-estar do paciente em terapia intensiva.

Relacionado ao exposto, o quesito sono e repouso é uma necessidade também prejudicada na UTI. Os barulhos advindos de equipamentos, as conversas, a baixa temperatura e a iluminação são fatores que contribuem para que essa necessidade não seja devidamente atendida. Assim, é importante a conscientização dos profissionais para que os fatores estressores sejam minimizados e o paciente crítico apresente respostas positivas para sua recuperação (BORDINHÃO; ALMEIDA, 2012). A necessidade de regulação de temperatura é notória no relato que se segue:

[...] Porque é importante ter tudo isso assim pra minha estadia e minha melhora aqui também. Por isso que é especial. O que não ajuda, o ar condicionado. [...] Tento me enrolar e tento pensar em outras coisas (CAMAEL).

Como necessidade psicobiológica, os entrevistados relataram a oxigenação como especial dentro da UTI. Por usarem mecanismos de ventilação artificial como cateter tipo óculos e máscara tipo Venturi, os pacientes sentiam-se incomodados e presos a esses recursos. Para Horta (2011), essa necessidade está no topo das precisões do ser, e para que a mesma seja consentida deve interrelacioná-la com as outras necessidades, visto que nenhuma se manifesta isoladamente.

Não obstante, faz-se necessário a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na terapia intensiva para um cuidado integral e humanizado, além de contribuir para uma maior autonomia do enfermeiro. As prescrições de enfermagem são importantes para documentar todo o cuidado direcionado ao atendimento das necessidades do paciente e nortear a assistência oferecida, ofertando dessa forma uma melhor qualidade de vida ao cliente da terapia intensiva (NEVES; SHIMIZU, 2010).

SEGUNDO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: Necessidades psicossociais

Figura 2 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática I.



Fonte: Própria da pesquisa, 2013.

[...] Sim, ficar uma pessoa da família com a gente né, acompanhar aqui pra a gente pedir e elas falar com a enfermeira. Porque é ruim demais ficar aqui sozinho (AF).

[...] O que eu acho ruim sabe menina é que, ontem mesmo tinha um bocado aqui do meu lado. Aí assim é ruim né, quero meu cantinho (BARMAN).

[...] É importante, é! Necessidade que eu tenho é o mais rápido possível sair daqui né! Pra eu ficar lá fora [...] ficar a vontade [...] (BARRATTIEL).

[...] É demais [...] Trabalhei minha vida toda no roçado e na minha casinha aí aqui não posso fazer nada [...] (BARMAN).

Os trechos acima relatados são voltados para as necessidades psicossociais dos pacientes em terapia intensiva. Os entrevistados fazem relevância a necessidade de gregária, privacidade, liberdade e trabalho. Neves e Shimizu (2010) afirmam que as necessidades biológicas exigem uma atenção de maior tenacidade dos enfermeiros do que as sociais. Isso se dá pela resistência do enfermeiro em construir plano de cuidados voltado para esse âmbito. É importante entender que essas características fazem parte do

ser e que elas também estão diretamente relacionadas com o processo de reabilitação do paciente.

Voltado para a necessidade de gregária, Silva e Santos (2010) afirmam que incluir o familiar na terapia intensiva, seria uma maneira de manter a integridade do laço afetivo ente os familiares. Entende-se que essa junção proporcionaria não só a melhoria do ser cuidado, mas também, traria benefícios para a família que é o suporte do indivíduo.

Conforme Vieira, Pires e Santos (2010), a presença de gregária vem a somar no processo saúde-doença do paciente crítico, visto que a companhia de algum familiar poderia ajudar no trabalho da enfermagem, no que se refere à realização de algumas atividades como a alimentação e também tornaria um incentivo para tornar o paciente mais cooperativo durante a realização de procedimentos.

A experiência de ser interno em UTI traz consigo mudanças em todos os âmbitos da vida do paciente. A modificação na rotina, nos hábitos, a falta de autonomia e a falta de privacidade são fatores que dificultam a permanência nesse setor. O indivíduo torna-se incapaz de lidar com seu próprio corpo e com suas vontades, o que na maioria das vezes gera sentimentos negativos de estresse e tristeza durante a hospitalização (BAGGIO; et al, 2011).

Segundo o autor supracitado, a necessidade de alguns procedimentos e da higiene pessoal fere o pudor do paciente e, infelizmente os profissionais de enfermagem pouco discutem esse tema. É imprescindível discussões sobre essa lacuna, ao passo em que o paciente precisa se sentir bem com o cuidado ofertado pelo enfermeiro que entende como sendo corriqueira esta situação a qual ele está imerso. Contudo, a enfermagem esquece que para o paciente é uma situação nova e que exige um preparo da equipe para orientá-lo nesse momento, como no trecho a seguir:

[...] O banho eu fico com vergonha, mas eu tenho que tomar. É uma necessidade que eu tenho também [...] (CAMAEL).

Foi possível perceber que o sentimento de impotência dos pacientes é bem visível quando questionados sobre a falta de trabalho ou ocupação. Esse quesito é essencial, visto que os pacientes se sentem aprisionados aos leitos e ineficazes para com suas obrigações, que não é necessariamente um trabalho, mas que podem ser vistas como as atividades de vida diária.

O trabalho para Santos (2011) influencia no comportamento humano. Quando o indivíduo está apto às condições de trabalho e quando o realiza, seu estado de saúde física e mental entra em equilíbrio. Dessa maneira, quando o paciente interno não está ativo, seu estado de saúde pode entrar em desequilíbrio pela falta de algo que remete o prazer, no caso em questão essa satisfação pode ser advinda do trabalho:

[...] È com certeza, ficar bom logo pra voltar a trabalhar [...]
Sinto, sinto [...] (ANIEL).

Ribeiro e Campos (2009) visualizam o trabalho como uma necessidade social e psicológica do ser humano e o mesmo faz parte de uma construção da sociedade que causa impacto em todos os âmbitos do ser, desde a satisfação – lado pessoal – até a produtividade – lado profissional.

CATEGORIA II: Identificando os fatores contributivos no atendimento das necessidades especiais em terapia intensiva

Figura 3 – Representação da categoria temática II.



Fonte: Própria da pesquisa, 2013.

[...] as meninas me ajudam né, no banho também, assim tudo elas me ajudam. Tudo com elas [...] (BARMAN).

[...] Aqui não faltou nada pra mim. Vou até ficar com saudade de sair daqui [...] Eu nunca digo assim – Ô meninas vem cá – pra elas não virem ou deixar pra mais tarde. Tudo na hora certa. Muito bem tratada [...] Tudo que eu queria eles faziam pra mim [...] com a maior paciência [...] (RAPHAEL).

[...] Aqui é bem direito, eu chamo e elas vem na hora [...] (ADONAE).

[...] Tudo que a gente pede elas vem [...] aqui é tudo rápido [...] (AF).

De acordo com os relatos descritos, pode-se perceber, que o trabalho da enfermagem contribuiu substancialmente no atendimento das necessidades especiais dos pacientes em UTI. Apesar do ambiente estigmatizado, a enfermagem consegue desmistificar e fazer com que os indivíduos se sintam bem tratados e amparados, deixando-os mais tranquilos e confiantes na sua recuperação.

O trabalho da equipe visa promover o bem para o ser cuidado através de comportamentos de compaixão, auxílio e promoção da melhoria do paciente. De maneira mais ampla a enfermagem busca uma relação interativa com o paciente de forma que sua integralidade e dignidade não sejam denegridas. Esse comportamento está pautado na humanização da assistência, que acontece quando assume a posição do outro e quando trata o outro da maneira que gostaria de ser tratado, naquele momento (ALVES, 2013). Diante disso é possível perceber que o resgate da saúde desses pacientes está intrinsecamente relacionado ao preparo desses profissionais:

[...] vem uma e outra e conversa comigo [...] as vezes ficam só as amigas daqui [...] ajudam, ajudam [...] (BRRATTIEL)

Discordando, os autores Costa, Figueiredo e Shaurich (2009) afirmam que dentro da UTI esses aspectos tornam-se inviáveis de serem executados. A rotina diária e de alta complexidade e o envolvimento com os equipamentos, fazem com que os profissionais desse ambiente sobreponham à técnica e, na maioria das vezes, o ato de conversar e ouvir fica esquecido.

É notório nos relatos descritos que o vínculo adquirido promove a superação de algumas dificuldades, onde apenas o ato de dialogar e ouvir já ameniza o sofrimento do paciente. Maestri; et al (2012) asseguram que a maneira que o paciente é acolhido

permite que suas dificuldades sejam superadas, mesmo que o uso de tecnologias duras se sobressaia:

[...] Assim tudo que eu quero eu estou tendo [...] a equipe de enfermagem ajuda [...] A equipe é muito boa, muito boa mesmo [...] faz bem. (ANIEL).

Em consonância com Nascimento; et al (2008), o enfermeiro deve ser inserido no cuidado de maneira competente e consciente em relação ao conhecimento científico e a prática, para a concretização de um trabalho completo respaldado em evoluções positivas para com o paciente. Assim, tornou-se evidente nos relatos, que a enfermagem está sendo capaz de prestar uma assistência ágil, de qualidade e humanizada, atendendo as necessidades que estão cabíveis a cada ser.

CATEGORIA III: Investigando os fatores agravantes durante o atendimento das necessidades especiais em terapia intensiva

Figura 4 – Representação esquematizada da categoria temática III.



Fonte: Própria da pesquisa, 2013.

[...] Só o único fator é que a pessoa fica sozinho aqui [...] Um vazio, como se eu estivesse sozinha no mundo, como se não tivesse mais ninguém ao redor [...] (AF).

[...] O que eu acho ruim sabe menina é que... Ontem mesmo tinha um bocado aqui do meu lado... Assim é ruim né... Quero meu cantinho [...] (BARMAN).

[...] Sim, ficar uma pessoa da família com a gente né [...] pessoa fica toda por fora com a mulher dando banho na pessoa que eu nunca vi [...] (AF).

[...] Tento me enrolar e tento pensar em outras coisas. Eu sei que é para o meu bem né [...] (CAMAEL).

Essa categoria vem expor e discutir as falas dos pacientes que expressam os fatores que impedem ou dificultam o atendimento das necessidades especiais, dentro da terapia intensiva. Faz relevância a falta de gregária na maioria dos entrevistados, deixando claro que a ausência de acompanhante é um fator crucial na permanência satisfatória na UTI, mesmo que suas necessidades sejam atendidas pela equipe de enfermagem.

Segundo Maciel e Souza (2006) a complexidade que envolve esse setor, as patologias apresentadas e a necessidade de reabilitação da demanda levam os profissionais a priorizarem a diminuição ou ausência a todo custo de problemas que venham a colocar a vida dos pacientes em risco. Dessa maneira, as regras são rígidas e seguidas a risca em relação às visitas e aos acompanhantes. Além de todo estresse que o ambiente promove, o paciente é privado da presença constante de alguém que ajude na realização das tarefas e que traga segurança e companhia para o mesmo, como explicitado nesse relato:

[...] É ruim né [...] só na hora da visita, de três horas [...] (HANIEL).

A estrutura física que não dispõe de assentos para os acompanhantes, a entrada restrita e em horários preconizados e a falta de preparo por parte dos profissionais para com os familiares, contribuem com o estigma e a hostilidade desse ambiente (MARUITI; GALDEANO, 2007). Quando Horta (2011), afirma que a saúde é um equilíbrio biopsicossocial, enfatiza-se que o familiar deveria ser inserido dentro do ambiente da UTI, para que este se torne um facilitador e um contributivo no atendimento das necessidades especiais.

Arelado à falta de gregária o pudor pessoal, intrínseco a falta de privacidade, influi negativamente no atendimento das necessidades especiais. Foi notório nas

entrevistas que os pacientes, principalmente nos primeiros dias de internação na UTI, sentem-se constrangidos com as pessoas ainda consideradas estranhas, que em sua tarefa laboral executam a higiene pessoal destes pacientes. O Código de Ética de Enfermagem (2007) menciona como dever do profissional, respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente. Em alguns relatos dos participantes, fica evidente o medo e a vergonha do desconhecido, como exposto a seguir:

[...] O banho eu fico com vergonha, mas eu tenho que tomar [...] se tivesse alguém como minha mãe [...] (CAMAEL).

Pelas normas do serviço deve existir iluminação artificial durante todo o dia e refrigeração entre 21°C e 24°C (CHEREGATTI; AMORIM, 2011). A luz artificial faz com que o paciente perca o contato com a iluminação natural, perca a noção de tempo, fatores estes que interferem na necessidade básica de sono. A temperatura baixa dificulta que sua necessidade de termorregulação também seja atendida, porém é um meio facilitador no momento de intercorrências (MACIEL; SOUZA, 2006).

CATEGORIA IV: Conhecendo os sentimentos vivenciados pelos pacientes críticos perante a iminência de suas necessidades especiais: o essencial é invisível aos olhos

PRIMEIRO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: Necessidades atendidas

Figura 5 – Representação esquematizada da categoria temática IV.



[...] Acho que é o prazer [...] eu acho que seja assim. Elas tem aquele prazer de atender o paciente e a gente também tem o prazer de ser atendido pela pessoa que gosta de fazer o que quer fazer (AMITIEL).

[...] Quando chega uma pessoa da família minha eu me sinto mais tranquila, assim mais a vontade. [...] Sim, consigo me sentir bem. Uma melhora boa graças a Deus, que eu não tinha (BARRATTIEL).

[...] Sinto um alívio. Assim sinto mais tranquila, não tenho muito medo, essas coisas. (CAMAEL).

[...] Bem, satisfatório! [...] (ANIEL).

Diante das entrevistas dos participantes do estudo, o atendimento das necessidades especiais proporciona sentimentos de prazer, de melhoria do quadro clínico, de alívio e bem-estar. Mesmo com o ambiente considerado hostil, os pacientes relatam um estado satisfatório quando suas necessidades são atendidas e a enfermagem tem um papel fundamental nisso.

Achados da pesquisa confirmam Maestri; et al (2011) quando concerne acerca das habilidades emocionais que os profissionais devem possuir, a fim de atender a esses pacientes. Algumas vezes, os profissionais conseguem ultrapassar normas institucionais e atingir a satisfação pessoal do paciente, ao passo de que essas necessidades são atendidas, a família deposita confiança e se sente grata com o acolhimento oferecido ao seu ente querido. Tal afirmativa pode ser exemplificada nos relatos, a seguir:

[...] Confortável [...] muito bem atendida. Muito satisfeita [...] (ADONAEL).

[...] Eu sinto bem né. Porque quem me fez o mal eu nunca esqueço e o bem também não [...] (UZIEL).

Estar interno em terapia intensiva, além de ultrapassar todos os parâmetros fisiológicos, excede também todos os limites emocionais dos pacientes. É relevante que os profissionais saibam visualizá-los e estejam preparados para possíveis conflitos de ordem psicológica que possam vir acontecer (PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008).

Para Horta (2011), o enfermeiro é responsável por manter o estado de equilíbrio do indivíduo. Dessa forma, compete a esse profissional junto aos outros membros da equipe multiprofissional consentir as necessidades do paciente, da melhor maneira

possível, evitando a insatisfação do paciente e proporcionando a recuperação e manutenção da sua saúde.

Alcançar a satisfação do paciente crítico a partir da realização de suas precisões não é fácil, visto que os aspectos existentes impossibilitam a realização das necessidades pelo próprio paciente. Então, quando os profissionais entendem essas particularidades e procuram meios de atendê-las de uma maneira que não seja tão introspectiva, esses pacientes conseguirão se sentir satisfeitos, mesmo que não sejam realizadas por si só.

SEGUNDO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: Necessidades não atendidas

Figura 6 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática IV.



Fonte: Própria da pesquisa, 2013.

[...] Quando vão embora aí eu fico sem ânimo (BARRATTIEL).

[...] Não, não me sinto bem (ANIEL).

[...] É porque aqui dentro é muito ruim [...] eu viro as costas e tento dormir [...] (DUMAH).

[...] É meio tenso. Tento me enrolar e tento pensar em outras coisas. Eu sei que é para o meu bem (CAMAEL).

Quando os participantes foram questionados sobre como eles se sentiam quando suas necessidades não eram atendidas, as respostas foram semelhantes em todas as entrevistas. O sentimento de insatisfação se repetiu em todos os pacientes, dessa forma fica claro que aquilo que se vê como corriqueiro e fácil de ser executado fora da UTI, se torna especial dentro desse setor.

Para que esses sentimentos negativos sejam amenizados é importante que o paciente seja visto de uma maneira especial em toda a sua estrutura biológica, psicológica, social e espiritual; a fim de que a falta da família, a falta do lar e a quebra de sua rotina não sejam agravantes na sua recuperação (MOREIRA; CARTRO, 2006).

Levando em consideração os preceitos teóricos de Baggio; et al (2011), é passível o entendimento de que o princípio da autonomia não é exercido na terapia intensiva, nesse sentido é imprescindível que os profissionais atuem juntamente com as escolhas do indivíduo, agindo como um facilitador no atendimento de todas as suas necessidades, buscando da melhor forma atingir a satisfação pessoal do indivíduo. Nos relatos abaixo, os pacientes se sentem insatisfeitos e entendem que existem fatores intrínsecos a isso, que impedem a realização de suas necessidades, como por exemplo, a mudança de ambiente:

[...] Fico pra baixo né [...] em casa é uma coisa, aqui outra [...]
(RAPHAEL).

[...] Fico pra baixo né (RAPHAEL).

Nessa conjectura, não se pode considerar a terapia intensiva como “mecanicista e desumana” (p. 05), visto que o não atendimento das necessidades ou a não autonomia dos pacientes nesse setor, não quer dizer que a humanização não é posta em prática ou que a equipe não proporcione um tratamento íntegro e eficaz, ou mesmo que essa assistência seja voltada apenas para a tecnologia dura (PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008).

Entende-se dessa maneira que a equipe tem que ter compromisso com as emoções apresentadas pelos pacientes, reconhecendo de maneira satisfatória os sentimentos desencadeados como desânimo, indiferença, sofrimento, medo, angústia, entre outros. É necessário um preparo que vá além da prática e do conhecimento científico para lidar com paciente de Unidade de Terapia Intensiva corroborando para a diminuição de algumas situações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um amplo contexto, para atingir a satisfação do indivíduo é necessário que o corpo esteja em equilíbrio biológico, social e espiritual. Desse modo, para conseguir a satisfação do paciente requer dos profissionais um preparo científico e técnico, a fim de que estes possam se sentir bem no ambiente em que se encontram proporcionando uma assistência com o equilíbrio promulgado o alcance da saúde.

Alicerçado as ideias anteriormente citadas, todo paciente de terapia intensiva é um ser especial por apresentar necessidades que dificilmente serão encontradas em outros ambientes. Concomitante, suas precisões devem ser olhadas de uma forma mais criteriosa para que a visão hostilizada desse setor e a árdua rotina que é imposta, não sejam empecilhos na sua recuperação.

Na referida UTI, foi possível descobrir as principais necessidades a partir do olhar do próprio paciente, a saber: necessidade de nutrição, eliminação, oxigenação, sono e repouso, regulação térmica, locomoção, gregária, privacidade, liberdade e trabalho. Nesse sentido, necessidades para os entrevistados não são apenas as biológicas, mas e principalmente, as sociais, visto que todos os pacientes relataram a falta de alguém da família ou acompanhante, em tempo integral dentro da UTI, como algo imprescindível para uma permanência satisfatória nesse setor.

Em consonância com os objetivos propostos, o paciente na terapia intensiva consegue ter a percepção que suas necessidades básicas são especiais, por saírem da rotina domiciliar e por precisarem de recursos materiais e/ou pessoais para assim fazê-las. O fato de não poder se alimentar com as próprias mãos ou usar sonda para eliminações vesicais já deixava o paciente triste pelo sentimento de impotência, o que evidencia a importância do tocar e do sentir, que às vezes é tão irrelevante ou despercebido quando se está em condições de realizar as tarefas da vida diária.

Outro ponto relevante e nítido é que o tempo de internação influencia diretamente na não aceitação dos pacientes pelos profissionais. Aqueles que consideravam o ambiente ainda novo, ou que estavam nos primeiros dias de internamento não conseguiam visualizar a importância do trabalho da enfermagem, o que na maioria das vezes constrangia o paciente ou o reprimia na realização de procedimentos e no atendimento de suas precisões. Não obstante, aqueles que possuíam

longos períodos na UTI conseguiam atender algumas de suas necessidades com ajuda da equipe ou com outros meios.

Quando questionados sobre os fatores que contribuem no atendimento das necessidades especiais, os pacientes relataram que a enfermagem desempenha um trabalho íntegro e eficaz, o que permite a satisfação e o bem-estar dos pacientes. Foi notório em todas as entrevistas que o profissional enfermeiro, mesmo estando inserido em um setor voltado mais para o equipamento e os procedimentos complexos, consegue humanizar o ambiente e considerar o dialogar e o ouvir como instrumentos fundamentais para uma assistência holística e eficaz.

Os fatores não contributivos mais mencionados foram à falta de gregária e do pudor pessoal. Por estarem em um ambiente diferente de sua realidade e com pessoas de certa forma estranhas, o paciente demonstra tristeza na medida em que está sendo tocado e se sente impotente perante a isso. Nesse sentido, faz concordância com achados na literatura, onde a inclusão de familiar ou acompanhante nas unidades de terapia intensiva somaria na assistência, propiciando resultados positivos no processo saúde-doença e tornando essa experiência menos traumática.

Fazendo valia aos sentimentos perceptíveis e mencionados durante a coleta de dados da pesquisa, é inegável como os pacientes se sentem bem e satisfeitos quando suas necessidades especiais são atendidas, não deixando passar despercebido o trabalho da enfermagem. Em contrapartida, quando questionados acerca do não atendimento destas necessidades, foi perceptível expressões de tristezas e desconforto e os sentimentos de tensão, mal-estar, vazio e desânimo eram relatados.

Nessa égide, tornou-se evidente que quando o atendimento das necessidades é defasado, pela ausência ou mesmo por fatores e normas do setor que não contribuem, o corpo fica passível ao desequilíbrio e a desarmonia, podendo ocasionar malefícios a saúde física e psíquica, o que foi evidente nos relatos mencionados.

Dessa forma, por ser um tema pouco encontrado na literatura, essa pesquisa torna-se de grande valia para os profissionais da área, bem como os acadêmicos, pois permite entender o lado do paciente enquanto interno em terapia intensiva, além de promover a qualificação e o embasamento científico dos profissionais que trabalham nessa área. Também é possível o entendimento da essência do paciente, a qualificação da assistência ofertada, não só pela enfermagem, mas por todas as outras profissões da equipe multiprofissional desse setor.

Através de uma escuta qualificada e de uma atenção intensificada é possível fazer a diferença proporcionando um cuidado integral. Espera-se que o resultado dessa pesquisa possa vir a somar em novos estudos voltados a essa temática, com o intuito de renovar nos profissionais intensivistas, o conceito de cuidado.

Algumas fragilidades foram encontradas durante a realização desta pesquisa. Essas dificuldades expõe o porquê da falta de estudos voltados para os pacientes ingressos nesse setor. Impasses e tramitações encontradas por se tratar de pesquisa com seres humanos, ambiente de difícil acesso pelos cuidados preexistentes para evitar situações de risco, rotinas do serviço, barulho dos equipamentos e as condições apresentadas pelos pacientes como presença de tubo e máscara de Venturi, impossibilitaram uma amostra maior e um menor tempo para coleta de dados.

Ao passo que foi ofertado uma escuta terapêutica, um olhar atencioso e um toque acolhedor, foi possível ampliar a visão de cuidado do pesquisador, proporcionando reflexões positivas enquanto pessoa e profissional da saúde. Antes de oferecer a assistência, será possível a partir de então, se colocar no lugar do outro e o tratar com dignidade e compaixão, respeitando os limites de cada indivíduo enquanto paciente de Unidade de Terapia Intensiva.

Assim, fica exposta a relevante contribuição da assistência de enfermagem na reabilitação do paciente crítico, bem como a necessidade de mudanças em termos de estrutura, normas e rotinas predeterminadas dentro das Unidades de Terapia Intensiva, com o intuito do acolhimento as necessidades apresentadas como especiais.

REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação - trabalhos acadêmicos - apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

ALCÂNTARA, M. R. *et. al.* Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 2, n. 2, p. 115-132, maio/out. 2011.

ALMEIDA, V. C. F.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamental em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 202-210, 2005.

ALVES, E. F. O cuidador de Enfermagem e o cuidar em uma Unidade de Terapia Intensiva. **UNOPAR Científica: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 15, n. 2, p. 115-122, maio 2013.

AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D.G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009.

BAGGIO, M. A. *et. al.* Privacidade em unidade de terapia intensiva: direitos dos pacientes e implicações para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 64, n. 1, p. 25-30, jan./fev. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. ed. rev. e atual. Portugal: Edições 70, 2009.

BÍBLIA, Português. Bíblia Sagrada. Tradução: Centro Bíblico Católico, ed 24, ver. São Paulo: Ave Maria, 1982.

BORDINHÃO, R. C.; ALMEIDA, M. A. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de Horta. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 2, p. 125-131, jun. 2012.

BRASIL. Resolução COFEN – 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

_____. Resolução nº 466/2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2010/default.shtm>> Acesso em: 06 ago. 2013.

_____. Constituição (1988). Constituição República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; Centro Gráfico. p. 292. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar; Série A: Normas e Manuais Técnicos. 3ª ed, nº 117, 105p. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19p. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998. DOU Nº 154.

_____. Ministério da Saúde. Rede de gestão do cuidado ao paciente crítico: caderno do curso/ Ministério da Saúde; Hospital Sírio-Libanês Instituto de Ensino e Pesquisa. 65p. São Paulo, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Lei N.º 7.853 de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência sua integração social, sobre a Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências, 1989.

_____. Ministério da Saúde. RDC Nº 07, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva e dá outras providências. 11p. Brasília – DF, 2010.

_____. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências, 2009.

CARVALHO, E. M. C.; ARAÚJO R. P. C. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 65-75, jan./abr. 2004.

CAVALCANTI, J. R. D. Assistência integral à saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. 2012. 75 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2012.

CELESTE, R. K. *et. al.* Atendimento a pacientes especiais: uma prática de inclusão social. **Universidade Luterana do Brasil**, s/a.

CHEREGATTI, A.; AMORIM, C. P. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl.1, p. 571-580, 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio Século XXI**: o minidicionário da língua portuguesa. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com/>>. Acesso: 03 de jan. de 2013.

FERREIRA, I. K. C. Terapia nutricional em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 1, jan./mar. 2007.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 59, n. 3, p. 327-330, maio/jun. 2006.

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.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 57, n. 2, p. 228-232, mar./abr. 2004.

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

GONÇALVES, L. A. *et. al.* Necessidades de cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 59, n. 1, p. 56-60, jan./fev. 2006.

GUALDA, D. M. R. Fundamentação teórico-conceitual do processo de cuidar. In: CIANCIARULLO, T.I. *et. al.* **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, p. 85-92, 2001.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 2011.

JERONIMO, R.; CHEREGATTI, A. **Técnicas em UTI**. 2. ed. São Paulo: Rideel, 2011.

LIMA, L. R. *et. al.* Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva fundamentado em Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 8, n. 3, p. 349-357, 2006.

LOSS, S. H. Epidemiologia e característica do doente crítico. 2009. 79f. Dissertação de Mestrado (Graduação em Medicina) – Programa de Pós-graduação em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MACHADO, F. O. *et. al.* Avaliação da Qualidade e Satisfação de Vida dos pacientes antes da internação na Unidade de Terapia Intensiva e após a Alta Hospitalar. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Florianópolis (SC), v. 19, n. 1, p. 60-66, jan./mar. 2007.

MACIEL, M. R.; SOUZA, M. F. Acompanhante de Adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do Paciente. **Acta Paul Enferm** ;19(2):138-43, 2006.

MAESTRI, E. *et. al.* Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**; 46(1):75-81, 2012.

MARUITI, M. R. GALDEANO, L. A. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paul Enferm**;30(1):37-43, 2007.

MATOS, J. C. *et al.* Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná – Brasil. **Acta Paul Enferm**, 24(1):23-8, 2011.

MENEZES, T. O. A. *et al.* Perfil dos pacientes com necessidades especiais de uma clínica de odontopediatria. **RBPS**, Fortaleza, 24(2): 136-141, abr./jun., 2011.

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

MOREIRA, M. L.; CASTRO, M. E. Percepção dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva frente a internação. **Rev. RENE**, Fortaleza, Vº 07, n. 1, p 75-83, jan/abr. 2006.

MORITZ, R. D. Como Melhorar a Comunicação e Prevenir Conflitos nas Situações de Terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Florianópolis- SC, vol. 19 Nº 4, Out/Dez, 2007.

NASCIEMTO, K. C. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem: Vislumbrando um Cuidado Interativo, Complementar e Multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.4, Dezembro. 2008.

NEVES R. S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm*, 59 (4):556-9; 2006.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, mar-abr; 63(2): 222-9, 2010.

NOGUEIRA, J. J. Q. A influência da percepção da morte na recuperação dos pacientes em unidade de terapia intensiva. Cuité, 2013. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2013.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. **Esc Anna Nery** out-dez; 15 (4):838-844, 2011.

PERES, A. S.; PERES, S. H. C. S.; SILVA, R. A. H. Atendimento pacientes especiais: reflexão sobre aspectos éticos e legais. **Revista de Literarura/ Bibliography Review**. Lins, Piracicaba, 17 (1): 49-53, 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** Out/Dez; 7(4):503-508, 2008.

REGIS, L. F L V.; PORTO, I. S. A equipe de enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 59(4): 565-8, jul/ago, 2006.

RIBEIRO, C. A. O.; CAMPOS, L. N. M. Qualidade de vida no trabalho. **Revista Tecer**. Belo Horizonte, vol. 2, nº 2, maio 2009.

RIBEIRO, R.G. et al. Infecção hospitalar do trato urinário relacionado ao cateterismo vesical de demora. **Revista Científica FACS**. Vº 13, Nº 14, maio, 2011.

SAMPAIO, F. A. A., et al. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. **Acta Paul Enferm**, Fortaleza- CE; 21(1):94-100, 2008.

SANTOS, T. C. M. M. Unidade de terapia intensiva: fatores estressantes n a percepção da equipe de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. 2011 jan./fev.; 5(1):20-7.

SCHMIDT, D. R. C; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, 14(1):54-60, 2006.

SILVA, F. S.; SANTOS, I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. Esc. Anna Nery **Rev Enferm**, 2010 abr-jun; 14 (2):230 -235.

VIEIRA, M.P.; PIRES, N.S.; SANTOS, V. C. O acesso dos familiares a unidade de terapia intensiva: uma forma de comunicação com a equipe. 2012. 55f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, 2010.

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 Fundam. Completo ()		Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo () Ensino Superior incompleto () Ensino superior completo ()	
1.5 Profissão				
1.6 Patologia	CID 10 ()			
1.7 Internações anteriores	Setor do Hospital : CTI () Clínica médica () Clínica Infecto contagiosa () Clínica Cirúrgica () Outra (s) -----			

2 – IDENTIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS DO ESTUDO
<p>2.1 O (a) Senhor (a) tem alguma necessidade humana para ser atendida aqui na UTI? 2.1.1 Se sim, quais? 2.1.2 O (a) Senhor (a) a considera como especial? 2.1.2.1 Se sim, por que?</p>
<p>2.2 O (a) Senhor (a) acha que existe algum (ns) fator (es) positivos que contribuem para que essas necessidades sejam atendidas? 2.2.1 Se sim, quais?</p>
<p>2.3 O (a) Senhor (a) acha que existe algum (ns) fator (es) negativos que dificultam para que essas necessidades sejam atendidas? 2.3.1 Se sim, quais?</p>
<p>2.4 O que O (a) Senhor (a) sente quando essas necessidades são atendidas ? E quando não são atendidas?</p>

APÊNDICE B

**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: Desafios ao Cuidar: atendimento das necessidades especiais dos pacientes em 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: “Desafios ao cuidar: atendimento das necessidades especiais dos pacientes em 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 quais as necessidades especiais de pacientes críticos internos em Centro de Terapia Intensiva; Identificar os fatores que influem, positiva ou negativamente, no atendimento das necessidades especiais de pacientes críticos internos em Centro de Terapia Intensiva; Conhecer os sentimentos vivenciados pelos pacientes críticos durante a iminência de necessidades especiais no Centro de Terapia Intensiva.
- 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.
- VIII) 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: _____
 | (Priscilla Tereza Lopes de Souza). Discente do curso de enfermagem da UFCG, *Campus*-Cuité.
 | Endereço: Rua Pedro Gondim, 113, Centro, CEP: 58.175-000. Telefone
 | (83)-9652-1001, e-mail: priscillasouza_@hotmail.com

ANEXOS



ANEXO A1

ANEXO A1



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

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. José Alixandre de Sousa Luis
Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde (UAS) da UFCG no *campus* CES –
Cuité/PB

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda Priscilla Tereza Lopes de Souza, matrícula nº 508220069, CPF nº 066.532.554.17, está realizando uma pesquisa intitulada por: “Desafios ao Cuidar: atendimento das necessidades especiais dos pacientes em terapia intensiva”, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos pacientes internos na UTI do HUAC, em Campina Grande-PB.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 1 de março de 2013.

Priscilla Tereza Lopes de Souza

Priscilla Tereza Lopes de Souza
(Orientanda - Pesquisadora)

Jocelly de Araújo Ferreira

Jocelly de Araújo Ferreira
(Orientadora - Pesquisadora)

Luciana Dantas Perias de Andrade
Professora UFCG/CEB-SIAPE 1017082
Enfermeira COREN-PB 141650

José Alixandre de Sousa Luis
Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde – Cuité/PB

ANEXO A2

ANEXO A2



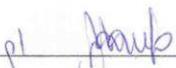
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José.
Cep.: 58107 – 670, Tel.: 2101 – 5545.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Berenice Ferreira Ramos, Diretora geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC/ UFCEG, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “Desafios ao cuidar: atendimento das necessidades especiais dos pacientes em terapia intensiva”, que será realizada na Unidade de Terapia Intensiva adulto, do referido Hospital no período de abril e maio de 2013, com abordagem qualitativa, tendo como pesquisadora Jocelly de Araújo Ferreira e colaborador Priscilla Tereza Lopes de Souza acadêmica de enfermagem da universidade Federal de Campina Grande – UFCEG.

Cuité, 06 de maio de 2013.

Maria do Socorro Campos Araújo
Diretora Administrativa - HUAC/UFCEG
Matrícula SIAPE 11161280


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

ANEXO B1**TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada: “Desafios ao cuidar: atendimento das necessidades especiais dos pacientes em 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, outros sim, 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, 01 de março de 2013.

Jocelly de Araújo Ferreira
Autora da Pesquisa
Jocelly de Araújo Ferreira

Priscilla Tereza Lopes de Souza
Orientando
Priscilla Tereza Lopes de Souza

ANEXO B2**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL****PESQUISA: “DESAFIOS AO CUIDAR: ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES ESPECIAIS DOS PACIENTES EM TERAPIA INTENSIVA”**

Eu, Jocelly de Araújo Ferreira, Enfermeira, docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 2224229 SSP/PB e CPF: 007.949.254-13, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, 01 de março de 2013.

Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora

ANEXO C



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação, que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, o projeto de número CAAE: 14308013.7.0000.5182 intitulado: **Desafios ao cuidar: atendimento das necessidades especiais dos pacientes em terapia intensiva.**

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC em 30 dias, relatório final de conclusão, antes do envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos do HUAC em data a ser acordada entre o CEP e o pesquisador.


Prof. Maria Teresa Nascimento Silva
Coordenadora CEP/HUAC/UFCG

Campina Grande - PB, 01 de Julho de 2013.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br