

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

**THAYS DAYANE OLIVEIRA ARAÚJO**

**VIVÊNCIA DE PACIENTES QUE ESTIVERAM HOSPITALIZADOS EM UMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**CUITÉ - PB**

**2014**

THAYS DAYANE OLIVEIRA ARAÚJO

**VIVÊNCIA DE PACIENTES QUE ESTIVERAM HOSPITALIZADOS EM UMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),  
apresentado à coordenação do curso de  
Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal de Campina Grande - UFCG, como  
requisito a obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Me.Jogilmira Macedo Silva Mendes

CUITÉ- PB

2014

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

A663v Araújo, Thays Dayane Oliveira.

Vivência de pacientes que estiveram hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. / Thays Dayane Oliveira Araújo. – Cuité: CES, 2014.

55 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Jogilmira Macêdo Silva Mendes.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Terapia intensiva. 3. Cuidados críticos. I. Título.

CDU 616-083

THAYS DAYANE OLIVEIRA ARAÚJO

**VIVÊNCIA DE PACIENTES QUE ESTIVERAM HOSPITALIZADOS EM UMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado à coordenação do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como requisito a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem

APROVADA EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG  
Prof<sup>ª</sup>. Me. Jogilmira Macedo Silva Mendes (Orientadora)

---

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG  
Prof<sup>ª</sup> Me. Mariana Albernaz P. de Carvalho (Examinadora)

---

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG  
Prof<sup>ª</sup>. Me. Isolda Maria Barros Torquato (Examinadora)

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, a minha mãe Helena, ao meu pai Antônio e os meus familiares por acreditarem em mim, ao meu noivo, pela paciência, amor e compreensão e aos que contribuíram para essa vitória em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa de minha vida se concretiza, e é impossível descrever tamanha felicidade. Só tenho a agradecer aos que de forma direta ou indireta me ajudaram a chegar até aqui. Em primeiro lugar quero agradecer ao meu **Deus** por ter me dado forças para enfrentar as turbulências da vida durante esse percurso e pelas alegrias concedidas.

Agradeço aos meus pais, **Antônio e Helena**, por me custearem esses anos e acreditarem em mim. A minha família (**Nery, Gláucia, Anderson, Andriel, Andrew** e todos os meus sobrinhos), meu alicerce, meu tudo.

Ao meu noivo, **Daniel Coriolano**, pelo amor, companheirismo e compreensão. A minha sogra, Aneliza, e todos da família Coriolano, que é a minha segunda família, pelo apoio e carinho.

Aos colegas que conquistei e aos velhos amigos, amigos de infância, a compreensão pela ausência nos momentos de estudo. Também não poderia deixar de citar as grandes amizades que Cuité me proporcionou e levarei comigo a lembrança de tempos bons.

Aos mestres, pela paciência de repassar toda sabedoria com amor, obrigada pelos ensinamentos, incentivos e pelos apoios constantes, pois cada um teve grande importância em minha vida acadêmica.

Aos cuitenses, que me acolheram muito bem numa cidade desconhecida. A equipe de segurança, zeladores, motoristas e ASG da UFCG, pelo apoio e amizade. Aos demais, agradeço a torcida que de alguma forma, me ajudou a chegar até aqui. Obrigada!

## RESUMO

ARAÚJO, T. D. O. **Vivência de pacientes que estiveram hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva.** Cuité, 2014.55f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2014.

A Unidade de Terapia Intensiva se destina a atender pacientes em estado crítico, que necessitam de cuidados contínuos. Contudo a demanda por leitos para pacientes críticos no Brasil é muito maior que a oferta, o que torna o atendimento aos pacientes graves cada vez mais distante do cuidado humanizado e de excelência. O estudo teve como objetivo geral: Conhecer a vivência de pacientes que estiveram hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde foram encontrados 350.677 artigos relacionados aos descritores, após os filtros foram analisados 578 artigos e ao final das análises foi possível obter uma amostra de 04 artigos desses descritores para compor a pesquisa literária. No intuito de possibilitar um melhor entendimento a respeito dos achados bibliográficos que embasaram a produção deste estudo, elaboraram-se quadros para demonstrar, ordenadamente alguns itens avaliados, como identificação dos autores, área temática, título e ano das publicações; objetivos dos artigos utilizados, tipos de estudo e resultados sintetizados em trechos citados. Em seguida estes foram organizados em quadros e posteriormente discutidos. Portanto, de acordo com os artigos analisados, foi possível identificar que os pacientes, de início tiveram uma visão de terminalidade do setor, devido comentários, experiências de vivência de parentes próximos. Um fator prévio que prevaleceu nos artigos foi a angústia e o medo da morte, medo do desconhecido e do que poderia acontecer com o paciente. Após internação, a maioria citou o setor como um ambiente favorável ao tratamento, com uma equipe de profissionais qualificados, atenciosos e uma assistência de qualidade. Dessa forma, foi possível identificar que a enfermagem está diretamente ligada ao processo do cuidar no ambiente da UTI, em que os profissionais de enfermagem devem utilizar o cuidado técnico junto com a assistência humanizada, para que sejam identificadas as reais necessidades dos pacientes, tratando-os de forma holística.

**Palavras-chave:** Cuidados críticos. Terapia intensiva. Cuidados de enfermagem. Humanização da assistência.

## ABSTRACT

ARAÚJO, T. D. O. Experience of patients who were hospitalized in the intensive therapy unit. Cuité, 2014.55f. Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Academic Unit of Health, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, PB -Cuité, 2014.

The Intensive Therapy Unit is designed to attend critical patients who need continuing care, however, the demand for beds for critically ill patients in Brazil is much greater than the supply, which makes the care of complex patients increasingly distant of humanized care and excellence. The study had as main objective to know the experience of patients who were hospitalized in the Intensive Therapy Unit. It is an integrative literature review, where 350,677 articles related to the descriptors were found; after the filters, 578 articles were analyzed and at the end of the analysis was possible to obtain a sample of four articles of these descriptors to compose literary research. In order to provide a better understanding about the bibliography that supported the production of this study, boards were elaborated in order to demonstrate some items evaluated such as identification of authors, subject area, title and year of publication; goals of the articles used, types of study and summarized in passages quoted results. Then these elements were organized in frames and discussed. Therefore, according to the articles that were analyzed, we found that patients initially had a vision of the sector due terminally comments and experiences of close relatives. One factor that prevailed in previous articles was the anguish and fear of death, fear of the unknown and what might happen to the patient. After admission, the majority pointed the sector's favorable environment to treatment, with a team of qualified, caring professional and quality care. Thus, it was possible to identify that nursing is directly linked to the care in the ITU setting, where nurses should use the technical care along the humanized care process so that the real needs of patients are identified by treating them holistically.

**Keywords:** Critical care. Intensive care. Nursing care. Care humanization.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Artigos selecionados. Dados da pesquisa, 2014.....	35
Quadro 2: Distribuição dos artigos por título, autores, nome do periódico e ano de publicação, 2014.....	35
Quadro 3: Objetivos dos artigos selecionados, 2014.....	36
Quadro 4: Principais resultados dos artigos selecionados, 2014.....	37
Quadro 5: Principais Conclusões dos estudos, 2014.....	38

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
- Sistema Único de Saúde (SUS)

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	16
2.1 GERAL: .....	16
2.2 ESPECÍFICOS: .....	16
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	18
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS, ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS DA UTI .....	18
3.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	23
3.3 O CUIDAR HUMANIZADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM O DOENTE CRÍTICO .....	24
<b>4 APRESENTANDO A METODOLOGIA</b> .....	28
4.1 ETAPAS DA PESQUISA .....	28
4.2 QUESTÕES DA PESQUISA.....	31
4.3 PROCEDIMENTOS PARA A SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	31
4.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	32
4.5 OBSERVÂNCIAS ÉTICAS .....	33
<b>5 RESULTADOS</b> .....	35
5.1 DADOS REFERENTES À IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS .....	35
5.2 DADOS REFERENTES À IDENTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA ABORDADA.....	36
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	42
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	47
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	50



# CONSIDERAÇÕES INICIAIS

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) surgiu a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para pacientes graves e se diferencia dentro do contexto hospitalar por se tratar de um local com equipamentos e tecnologia avançada. Esta unidade se destina a atender pacientes em estado crítico, que necessitam de cuidados contínuos, sendo o objetivo principal manter uma estrutura capaz de fornecer suporte para essas pessoas, com potencial risco de vida (FERNANDES, 2010; VIEIRA, 2013).

Apesar da grande necessidade de expansão das redes de UTI's para atender às diversas regiões do país, a demanda por leitos para pacientes críticos no Brasil é muito maior que a oferta, o que torna o atendimento aos pacientes graves cada vez mais distante do cuidado humanizado e de excelência (VARGAS, 2013).

Conforme o Censo da AMIB (2009), o Brasil tem 25.367 leitos de UTI distribuídos por 2.342 unidades de UTIs em 403 municípios. No entanto, uma pesquisa ainda realizada pela mesma, no ano de 2009, com os 26 Estados e o Distrito Federal revela que o Brasil tem 1,3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes e que 20 Estados estão abaixo do índice recomendado pela Portaria GM/MS nº 1.101/2002, do Ministério da Saúde, principalmente as regiões do Norte e o Nordeste, que correspondem a menos de um leito por 10 mil habitantes, o que se mostra inferior ao recomendado pela referida portaria (BRASIL, 2002).

Essa divisão desigual causa consequências graves para pacientes críticos que não encontram disponibilidade de vagas e muitas vezes morrem sem ter assistência em uma UTI. Segundo Laus e Anselmi (2004), outros setores do hospital, a exemplo das clínicas médicas e cirúrgicas chamam atenção pelo quantitativo de pacientes em cuidados intensivos, os quais não estão em uma UTI por falta de vagas, o que requer da equipe uma assistência diferenciada, para atender às necessidades desses pacientes mais graves, apesar de uma inadequada infraestrutura na unidade de internação, seja em termos de recursos humanos, materiais e/ou equipamentos, o que corrobora a necessidade urgente de ampliação de leitos nas UTI's no País.

Para que haja esses cuidados intensivos, Vargas (2013) afirma que a assistência aos pacientes na UTI deve ser realizada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, além do pessoal administrativo do setor, os quais são exclusivos para esta unidade, com treinamento especializado para realização de cuidados constantes para a recuperação do paciente, em que o enfermeiro está diretamente ligado nesses cuidados contínuos.

O enfermeiro é responsável pela implantação de cuidados que valorizam o desenvolvimento físico, psíquico e social do paciente, pela gerência da equipe de enfermagem e juntamente com o médico, trabalha na decisão de condutas de tratamento, realizando assistência direta ao paciente e oferecendo suporte emocional às famílias (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011).

Em uma UTI as ações desenvolvidas são de alta complexidade e tecnologia, visando manter a vida dos pacientes, os quais têm familiares e amigos esperando a sua melhora. Segundo Centa, Moreira e Pinto (2004), atuar em UTI requer não só competência e conhecimento, mas principalmente ética, dedicação e amor.

Segundo Heidemann (2011), o ambiente de uma unidade crítica é diferente de seu lar, por ter máquinas e pessoas estranhas e principalmente a perda de espaço/tempo e privacidade, sendo também necessários recursos tecnológicos, para garantir a estabilidade do paciente, principalmente os invasivos. Esses elementos são identificados pelos familiares como fatores que geram desconforto ao paciente, causando ansiedade e medo em relação ao diagnóstico, tratamento e prognóstico e acarreta aumento do nível de estresse, da ansiedade e da irritação, tanto de pacientes quanto de seus familiares e profissionais.

Portanto, é importante abordar a necessidade de humanização do cuidado na UTI, com a finalidade de provocar uma reflexão da equipe assistencial, em especial, de enfermeiros que estão em contato direto com os pacientes e que muitas vezes se sentem em um ambiente hostil. Sendo ainda relevante que a equipe de saúde passe informações sobre o paciente e a rotina do setor aos familiares para que eles entendam o processo do cuidar, a necessidade de tais recursos e possam se sentir seguros e calmos quanto ao tratamento aquedado para melhora do paciente (SAIOTE; MENDES, 2011).

A participação dos familiares é de suma importância para o paciente que se encontra em uma UTI, uma vez que tornam-se o elo no processo de cuidado entre a equipe e o paciente (SANTANA, 2011). Segundo Santos e Caregnato (2013), os profissionais devem estar cientes da importância da participação da família no tratamento do enfermo, além de estarem atentos para perceber as diversas reações dos familiares frente aos pacientes, orientando-os sobre as normas da unidade, visto que é um setor complexo, sendo sua rotina diferente das demais unidades da instituição, colaborando assim com a qualificação da assistência e para que a vivência do usuário em uma UTI se torne um processo menos difícil.

No entanto, a rotina diária e complexa das UTI's faz com que muitas vezes os profissionais que ali estão negligenciem o tocar, conversar e ouvir o ser humano que se encontra debilitado, dando ênfase apenas à prática de atividades técnicas e mecanicistas (POTT, 2013).

Entretanto, os cuidados vão além das atividades técnicas, é preciso um cuidado que veja o paciente como um todo, com história, sentimentos e expectativas (SANTANA, 2012).

Para obter êxito na promoção de conforto de pacientes e familiares, a equipe de saúde precisa atuar propondo práticas do cuidar relacionadas ao acolhimento, ao apoio social e espiritual e a comunicação com o familiar e o ser doente (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2012). Portanto, para um cuidado humanizado dos usuários do serviço público, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) que tem como objetivo melhorar as relações dos profissionais da saúde, com os usuários, visando atender as necessidades desses pacientes (BRASIL, 2010).

Assim, o cuidado humanizado dentro da UTI pode acontecer de várias maneiras, sendo uma delas a comunicação através das leituras verbais e não-verbais. Azevedo e Araújo (2010) acreditam que as leituras não-verbais, pelos enfermeiros, podem contribuir para melhorar o cuidado. A comunicação pelo toque – táctica - no momento da assistência de enfermagem é uma maneira de proporcionar segurança e conforto ao paciente.

O cuidado humanizado também deve contemplar a empatia, a receptividade, o atendimento resolutivo e a dignidade do ser doente, com assistência atenciosa, respeitando sua privacidade, individualidade, valores éticos e culturais e sua autonomia, sempre que possível (LOPES; BRITO, 2009).

Nesta perspectiva, considera-se que a relevância deste estudo centra-se na possibilidade de explorar o ambiente da UTI mediante os relatos de vivência de pacientes que estiveram hospitalizados no referido setor, enfatizando a importância de uma assistência holística e humanizada prestada por toda a equipe de saúde, principalmente o Enfermeiro. Tendo em vista, que apesar de tratar-se de um setor que apresenta os benefícios da tecnologia para manter a vida, mas que ao mesmo tempo impõe desafios de como cuidar do ser humano em sua totalidade e complexidade, sem infringir os aspectos que compreendem o significado da vida

Tendo em vista a realidade das UTI's no país, a precarização de recursos humanos e materiais nesses setores, a autora, enquanto acadêmica de enfermagem, vivenciou situações de despreparo de profissionais com relação à ausência de comunicação com o paciente, assistência mecanizada, falta de estrutura física adequada, recursos materiais insuficientes. Tais questões a levaram a refletir acerca de como esses fatores podem dificultar a prática de um cuidar humanizado e fez emergir o interesse em investigar a visão do paciente crítico, uma vez que a mesma experienciou, como familiar de um paciente internado em uma UTI, a preocupação de ter um ente querido dependendo de cuidados invasivos, entre os limites da vida e da morte, em um hospital público com restrição de recursos humanos e materiais e profissionais

sobrecarregados, experimentando sensação de angústia e medo, principalmente, por falta de humanização dos profissionais de enfermagem.

Para Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2006), é um erro acreditar que a humanização pode ser avaliada apenas por dados quantitativos porque ela se assenta na retomada de valores, de princípios éticos e de aspectos intrínsecos ao significado da vida do paciente, precisando ser sentida e percebida pelos pacientes/familiares e pela equipe multiprofissional.

Assim, este estudo se justifica mediante a necessidade de pesquisas que contemplem a humanização na UTI na percepção de quem recebeu este cuidado, de modo que possa sensibilizar profissionais de saúde, acadêmicos e docentes sobre a importância dos cuidados do paciente hospitalizado em uma unidade de cuidados críticos. Outrossim, a pesquisa tem a intenção de provocar uma reflexão acerca do cuidado humanizado da equipe e, em especial, de enfermagem, visto que, são os que mantêm contato contínuo com o paciente no referido setor e podem transformar o momento de assistência em um encontro vívido, perceptivo e que anteceda qualquer sofrimento do ser cuidado.

Com base no exposto questiona-se: qual a vivência de pacientes que estiveram hospitalizados em UTI? Qual o conceito de humanização para pacientes no período pós-internação em UTI? Será que os pacientes receberam uma assistência pautada na humanização durante o período de internação no referido setor? Qual a qualidade dos cuidados de enfermagem oferecidos aos pacientes internados sob a ótica dos pacientes? Como a família foi assistida pela equipe multiprofissional durante o período de internação do paciente?





## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL:**

- Analisar a vivência de pacientes que estiveram hospitalizados em unidade de terapia intensiva, sob o ponto de vista da literatura pertinente.

### **2.2 ESPECÍFICOS:**

- Investigar se os pacientes receberam uma assistência pautada na humanização durante o período de internação no referido setor;
- Descrever a qualidade dos cuidados de enfermagem oferecidos aos pacientes internados sob a ótica dos pacientes;
- Identificar o grau de satisfação dos pacientes e a sua angústia no período de internação;
- Analisar como a família foi assistida pela equipe multiprofissional durante o período de internação do paciente.



### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Sabe-se que desde os primórdios do século XIX com a “Era Florence” quando se deu o início da enfermagem no mundo que a UTI se faz presente na história da saúde, adaptando-se ao tempo e espaço de acordo com a época e o local onde se estruturavam, conseqüentemente, foi e é crucial o papel do enfermeiro nesse contexto, haja vista, que partiu primeiramente da enfermagem, os cuidados prestados aos pacientes que necessitavam de um atendimento integral e específico, ou seja, aqueles pacientes que estavam em estado crítico e requeriam uma atenção humanizada, ou seja, uma atenção sem distinção de raça ou etnia, que levasse em consideração os valores de cada um, sem que houvesse nenhum tipo de julgamento e sim a valorização dos princípios morais de cada paciente, tratando-os com total dignidade e um sentimento de troca, onde o profissional deve ter a capacidade de se colocar no lugar do outro (LIMA, 2010; LINO, 2001).

Portanto torna-se necessário um estudo que aborde os aspectos históricos, estruturais e funcionais da UTI, a atuação do enfermeiro na UTI e o cuidar humanizado da equipe de enfermagem com o doente crítico.

#### 3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS, ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS DA UTI

As Unidades de Terapia Intensiva foram criadas com o intuito de receber e atender ao paciente em estado crítico, ou seja, em situações graves e de alto risco para saúde e que tenham a necessidade de observação e monitoramento contínuos, durante 24 horas por dia e geralmente durante muitos dias. Apesar da maioria dos internados estarem em uma situação delicada, trabalha-se sempre com a chance de recuperação do paciente crítico (MOREIRA; CASTRO, 2006).

Em 1800 emergiu a era Florence e com esta é dado um grande passo na história da saúde mundial. Florence Nightingale foi um marco para enfermagem no mundo e serviu como base para consideráveis avanços, estudos e pesquisas na área da saúde. Nascida na Inglaterra, Florence viveu numa época em que as mulheres da sociedade preparavam-se desde cedo para o casamento e costumavam passear de carruagem, visitar amigos e ocupar-se com pinturas, bordados e aulas de piano (FRELLO; CARRARO, 2013).

No entanto, Nightingale recusava-se a seguir os princípios da sociedade e resolveu dedicar-se aos trabalhos de caridade e saúde. Em 1854 quando se deu início a guerra da Criméia, as condições precárias de sobrevivência dos combatentes chamou a atenção de Florence, que

embarcou, junto com mais 38 companheiras, na importante missão de cuidar dos guerrilheiros. E foi justamente pela necessidade de um lugar específico para os mais feridos que surgiu a Unidade de Terapia Intensiva, haja vista que Florence partiu do pressuposto de que se os soldados mais graves fossem agrupados nesses locais teriam uma recuperação mais rápida e, conseqüentemente, diminuiria o índice de mortalidade, já que naquele ambiente a atenção e os cuidados seriam mais intensos (MENDES, 2010).

Considerada a primeira enfermeira intensivista do mundo, idealizou a UTI e passou a chamá-la, primeiramente, de Unidade de Monitoração de Paciente Grave e foi posteriormente implantada em várias instituições de saúde de todo mundo, passando, em cada época, por modificações e aperfeiçoamentos. Em meados da década 1950, com a modernização das técnicas de ventilação mecânica prolongada, criaram-se as UTI's nos Estados Unidos e a partir de então a enfermagem começava a conhecer novas técnicas tendo que adaptá-las ao seu cotidiano, o que marcou uma geração de inovações e avanços significativos para o que se tem de mais moderno acerca de UTI's atualmente (MOREIRA; CASTRO, 2006).

A diversidade e peculiaridade de equipamentos, bem como a destreza e o conhecimento científico necessários para a utilização e gerenciamento de uma UTI passou a fazer parte da história da saúde Brasileira em 1970, quando algumas instituições hospitalares adotaram-na e passaram a prestar um atendimento específico e qualificado, uma vez que passou a ter local adequado, com equipamentos modernos e equipe profissional capacitada, com objetivo de oferecer suporte às funções vitais do paciente enquanto ele se recupera (FRELLO; CARRARO, 2013; MOREIRA; CASTRO, 2006).

A UTI é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (BRASIL, 2010a), devendo ser dividida por grupo etário em UTI adulto, especializada, neonatal e pediátrica, de acordo com a resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTI (BRASIL, 2010b).

Conforme a referida portaria, a UTI Adulto é destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos. Na UTI especializada a assistência está voltada a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatias, neurologias, cirurgias, entre outras. No que concerne a UTI Neonatal, esta é responsável pela assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias, sendo que a Unidade Pediátrica fica incumbida de assistir pacientes com idade a partir dos 29 dias de nascimento a 14 ou 18 anos, dependendo da rotina da instituição. Há também a UTI Pediátrica Mista em que a assistência a pacientes recém-

nascidos e pediátricos ocorre em um mesmo ambiente, com separação física entre os pacientes pediátricos e neonatos. Portanto, essa faixa etária é dividida no intuito de facilitar a assistência, visto que existem vários materiais para procedimento, recursos humanos, especialidades médicas e específicas para cada faixa etária.

Toda UTI deve seguir normas e padrões da Portaria nº 466, de 04 de junho de 1998 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) e a seguir serão discutidos os aspectos fundamentais para a implantação e funcionamento desse setor dentro de um hospital.

A UTI deve ocupar área física própria, dentro do hospital, de acesso restrito, constituindo-se em uma unidade física exclusiva, e possuir acesso facilitado às Unidades de Tratamento Semi-Intensivo, de Urgência/Emergência, Centro Cirúrgico e, quando existentes no hospital, Ambulatório, Centro Obstétrico e demais Unidades correlacionadas (BRASIL, 1998).

Toda UTI deve ocupar uma área física própria e exclusiva, possuir acesso restrito e facilitado a outras áreas importante do hospital, como o Centro Cirúrgico e Urgência e Emergência, mantendo critérios de circulações internas e externas, de instalações prediais ordinárias e especiais (hidro-sanitárias; elétricas e eletrônicas; fluído-mecânicas; de oxigênio e ar comprimido), de condições ambientais de conforto, de condições de controle de infecções e de segurança contra incêndio (BRASIL, 1998).

Quando trata-se de Área Coletiva de Tratamento e/ou Quartos de Pediatria ou Adulto, toda Unidade de Terapia Intensiva deve possuir ambientes que são cruciais para um atendimento integral e qualificado, são eles: Área Coletiva de Tratamento, quarto de Isolamento, posto/área de serviços de enfermagem, área para prescrição médica, sala de utilidades, sala administrativa, copa, rouparia, sala de preparo de equipamentos/material, depósito de equipamentos/material, sanitário com vestiário para funcionários, sanitário ou banheiro para pacientes (opcional), sala de espera para acompanhantes e visitantes, sanitário para público, depósito de material de limpeza, sala de reuniões/entrevista (opcional), quarto de plantão com banheiro e área de estar para a equipe de saúde (opcional)(BRASIL, 1998).

Algumas características são específicas de cada ambiente, por exemplo, cada posto de enfermagem deve ficar responsável por 10 leitos/berços/incubadoras e está instalado num lugar que permita total observação visual desses leitos/berços/incubadoras. As áreas Coletivas de Tratamento devem dispor de painéis opacos, ou com possibilidade de opacidade, retráteis ou não, entre os leitos, seja em UTI Pediátrica ou Adulto, lavatórios exclusivos para uso da equipe de assistência, obedecendo à proporção de 1 lavatório para cada 5 leitos/berços ou incubadoras e esses lavatórios devem ser dotados de torneiras com dispositivos automáticos que permitam

a interrupção do fluxo de água sem o uso das mãos e ter, ainda, sabão, antisséptico e papel toalha ou jato de ar quente para secagem das mãos (BRASIL, 1998).

Para cada paciente internado na UTI, deve existir uma cama Fowler com grades laterais e rodízios e/ou um berço aquecido ou incubadora, de acordo com a modalidade de UTI e faixa etária dos pacientes atendidos, além de que toda UTI deve estar provida, no mínimo, dos materiais e equipamentos específicos, como carro ressuscitador com desfibrilador sincronizado e material para intubação endotraqueal (carro de emergência), negatoscópio, aspirador portátil, glicosímetro, ventilômetro, marcapasso provisório, geladeira para conservação de medicamentos, recipiente para aquecimento (banho-maria), máscara de Venturi com diferentes concentrações (BRASIL, 1998).

Outros materiais a serem destacados ainda de acordo com as normas e padrões da Portaria nº 466, de 04 de junho de 1998 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) são: maca de transporte com grades laterais e suporte para soluções parenterais, bandejas equipadas para curativos, diálise peritoneal, drenagem torácica e flebotomia, urodensímetro, hemogasômetro, cilindro de oxigênio com capacidade mínima de 115 pés cúbicos, ar comprimido, eletrocardiógrafo portátil, aparelho de raio-x móvel, oftalmoscópio, respirador com blender, monitor de beira de leito com visoscópio, adaptador para monitor (cardioscópio e oximetria de pulso), máscara de oxigênio de diferentes tamanhos, termômetro, tensiômetro, estetoscópio, ressuscitador manual (bolsa-valva-máscara), bomba de infusão, suporte para frascos de drenagem, balança, capacete para oxigenoterapia/oxitenda, kit de CPAP nasal com umidificador aquecido e aparelho de fototerapia.

Há também a necessidade de terceirização de material para manutenção de todos os equipamentos anteriormente citados. Além de tudo a UTI deve ter disponível toda medicação necessária para aquele ambiente específico, como, por exemplo: anticonvulsivantes, drogas inotrópicas positivas e vasoativas, analgésicos opióides e não opióides, sedativos, bloqueadores neuromusculares. Além de medicamentos para reanimação cardíaca, arritmias, anafilaxia, controle de vias aéreas e para controle de psicose aguda (BRASIL, 1998).

Toda UTI deve manter critérios de circulações internas e externas, de instalações prediais ordinárias e especiais (hidro-sanitárias; elétricas e eletrônicas; fluído-mecânicas; de oxigênio e ar comprimido), de condições ambientais de conforto, de condições de controle de infecções e de segurança contra incêndio (BRASIL, 1998)

A fim de permitir observação contínua e à distância de pacientes e monitores, as paredes dos quartos individuais e de isolamento devem ser constituídas por painel de material transparente ou com possibilidade de transparência, abrangendo, no mínimo, uma área

correspondente a 80 cm acima do piso até 210 cm de altura. Na UTI Pediátrica deve ser prevista poltrona para acompanhante junto aos leitos, sem que isto implique em aumento de área prevista para cada leito, a sala administrativa deve estar situada dentro da área física da UTI, a sala de espera para acompanhantes e visitantes deve situar-se anexa à unidade, com acesso direto à sala administrativa (BRASIL, 1998).

Deve ser previsto um Quarto de Isolamento, com sanitário ou banheiro, para cada 10 leitos de UTI, ou fração. Este deve ser provido de antecâmara e lavatório exclusivo para uso da equipe de assistência, além de bancada com pias de despejo. O depósito de material de limpeza deve possuir um tanque de lavagem e todas as áreas onde estão localizados leitos de UTI devem dispor de iluminação natural e relógio posicionado de forma a que possa ser observado pelo paciente (BRASIL, 1998)

Para que haja uma assistência de qualidade, se faz necessária a seguinte equipe básica: um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva; um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva para cada dez leitos; um médico plantonista exclusivo para até dez pacientes; um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade que seja responsável pela área de enfermagem; um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada oito leitos; um fisioterapeuta para cada dez leitos; um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos; um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza (BRASIL, 2010). Nesse sentido, a quantidade e a distribuição de pessoal por categoria adequada favorecem a humanização e a qualidade do cuidado proporcionado.

Portanto em uma unidade crítica, é necessário implantar rotinas e protocolos, pois representam formas consensuais de desempenhar uma tarefa. Podem ser utilizados para padronizar tanto serviços administrativos quanto clínicos (protocolo de admissão e alta da UTI, protocolo da sepse, etc.). A importância de criar rotinas e desenvolver protocolos está em reduzir a variabilidade na execução de uma tarefa, aumentar sua eficácia, facilitar sua compreensão por toda a equipe, garantir que nada seja perdido ou valorizado, assim como permitir que os resultados possam ser aferidos, avaliados criticamente e melhorados consecutivamente. O risco é engessar demais o atendimento clínico, contudo, é formidável permitir antecipadamente que pequenas adaptações possam ser feitas, dependendo da análise apropriada de cada evento (NETO, 2010).



### 3.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O enfermeiro atua em diversos cenários, uma vez que tem formação generalista e compreende desde o cuidado na atenção primária à atenção terciária e deve se posicionar de forma aberta e sensível para envolver os aspectos organizacionais, administrativos e assistenciais inerentes as suas funções.

Segundo a lei N° 7.498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências, a enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação. O art. 11 desta lei relata que é privativo ao enfermeiro o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões (BRASIL,1986).

De acordo com o código de ética dos profissionais de enfermagem (BRASIL, 2007; p. 1-2):

O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com preceitos éticos e legais. Em que Participa como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso e serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

As funções do enfermeiro são desempenhadas para atender as necessidades de saúde de pessoas ou de comunidades. No ambiente de UTI, estas funções estão ligadas ao cuidado com o doente crítico que envolve um arsenal tecnológico específico, exigindo dos enfermeiros conhecimentos e habilidades relacionadas ao manuseio de máquinas e às necessidades dos pacientes que dependem delas (SCHWONKE, 2011).

O processo do cuidar e do gerenciar, são os principais serviços realizados no dia a dia da enfermagem, em que o cuidar se configura na sistematização da assistência em enfermagem como a observação, o levantamento de dados, o planejamento, a implementação e a avaliação do paciente e também a interação entre os pacientes com a equipe de saúde. No entanto, o processo de gerenciar é proporcionado a partir da organização da assistência e da realização de qualificação do pessoal de enfermagem, através da educação continuada. No entanto, exigem

competência técnica e científica, cuja tomada de decisões e adoção de condutas seguras estão diretamente relacionadas à vida e à morte das pessoas (CAMPELO, 2012).

No entanto, a desilusão e as frustrações vivenciadas pelos enfermeiros podem passar despercebidas em sua dimensão moral, uma vez que eles enfrentam um constante conflito entre o que a enfermagem considera ideal e o que de fato é realidade, por falta de recursos humanos e materiais, sobrecarga de trabalho e superlotação de leitos, conflitos de relacionamento e a falta de infraestrutura (SOUZA, 2010).

### 3.3 O CUIDAR HUMANIZADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM O DOENTE CRÍTICO

A humanização do atendimento em saúde depende das condições de trabalho do profissional dessa área, e das suas habilidades técnicas e competências. Portanto, a humanização no cuidar em enfermagem é indispensável para que haja a interação e o relacionamento com os pacientes, familiares e profissionais de saúde. O desejo de cuidar e ajudar o outro devem ser a motivação principal para a escolha da profissão de enfermagem (SILVA, 2010).

Para uma melhor qualidade na assistência, o Ministério da Saúde criou, em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com a finalidade de humanizar a assistência prestada aos pacientes atendidos em hospitais públicos (BRASIL, 2001). Em 2003, modificou o PNHAH para uma Para uma melhor qualidade na assistência, o Ministério da Saúde criou, Política Nacional de Humanização, ou Humaniza-SUS, que envolve a saúde como um todo (BRASIL,2004).

Desta forma a Humanização da atenção à saúde é vista como a valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião, cultura, orientação sexual e às populações específicas (BRASIL,2010).

No entanto as mecanizações dos cuidados diários corroboram para que muitos profissionais ainda se detenham apenas ao tratamento e cura do corpo doente, sem considerar as demais dimensões que envolvem o paciente. Contudo, segundo Marques (2010), a tecnologia aplicada ao cuidado do paciente, favorece o atendimento imediato, possibilitando segurança para toda a equipe da UTI, porém, pode contribuir para tornar as relações humanas mais distantes, fazendo com que o cliente se sinta abandonado.

Segundo Backes (2012), o cuidado técnico e rotineiro nas UTI's, na maioria dos casos ainda prevalece, o que mostra que a complexidade deste ambiente se reduz à alta tecnologia, a fim de atender as necessidades biológicas dos pacientes, fazendo com que isso diminua a interação entre profissionais, pacientes e familiares.

Portanto os enfermeiros devem utilizar o cuidado técnico junto com a assistência humanizada, visando identificar as necessidades dos pacientes. Dessa forma, a comunicação, instrumento básico do cuidado em enfermagem, está presente em todas as ações do âmbito do cuidar, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas. Sendo assim, a comunicação com o paciente torna-se imprescindível para o cuidado, visto que os profissionais da saúde, principalmente os da equipe de enfermagem, que mantém um maior contato com os usuários internados, devem identificar as necessidades dos pacientes, mantê-los informados quanto aos procedimentos e tratamentos, realizar educação em saúde, trocar experiências e promover mudanças de comportamento. Dessa forma, é por meio da comunicação, que se percebe alterações comportamentais relacionadas à melhora do paciente (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

A comunicação com pacientes críticos em UTI gera desafios específicos para a equipe de enfermagem, visto que há inúmeras barreiras para o diálogo como o nível de sedação, alteração de consciência, presença de via aérea artificial e entre outros equipamentos. No entanto, é um instrumento importante para avaliar a evolução do paciente, o qual pode ser avaliado através de duas formas verbal e não verbal. A comunicação verbal refere-se às mensagens faladas ou escritas, que ocorrem na forma de palavras como elementos da linguagem que são utilizadas para se comunicar. É através dela que se expõem ideias e compartilham-se experiências (STEFANELLI; CARVALHO, 2005; JESUS, 2013).

A comunicação não verbal de paciente grave relaciona-se às mensagens emitidas pela linguagem corporal, ou seja, é a comunicação transmitida sem o uso das palavras. Ocorre através das emoções, sentimentos, expressão facial, movimento do corpo, gestos, silêncio, e um contexto que permite o indivíduo não somente perceber e compreender o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos (LARA, 2010; RAMOS, 2012).

Outro fator importante é o alívio da dor, em que o conhecimento dos profissionais de enfermagem compõe um dos principais fatores para a promoção de conforto e alívio da mesma, visto que, esses profissionais são os que permanecem a maior parte do tempo junto a esses pacientes. Entretanto a sociedade americana de dor relata a deficiência da equipe de saúde para avaliar a algia dos pacientes apesar das variadas opções de técnicas de avaliação e de terapêuticas farmacológicas. A necessidade de prover o alívio da dor, do estresse e do

desconforto aos pacientes deve ser uma constante na vida dos enfermeiros (MAGALHÃES, MOTA, SALEH, et al. 2011).

A avaliação do nível da algia pode ser realizada através de vários métodos sendo importante considerar o tipo e condição clínica do paciente. Sendo assim os instrumentos unidimensionais mais utilizados são: a escala visual numérica, escala visual analógica e a escala de categoria verbal. Outro fator importante é a administração e manutenção da terapia farmacológica, fato que muitos profissionais de enfermagem apresentam dificuldade quanto a dosagem, levando a administração de analgésico com doses menores, o que provoca desconforto no paciente internado, sendo necessária atualização dos profissionais e a participação de forma efetiva no tratamento desses sintomas para garantir analgesia adequada e eficaz (MOTA, 2010; NASCIMENTO, 2011).

Assim, a farmacologia parece ser a melhor forma para controlar e combater esses sintomas, contudo, existem algumas medidas de conforto que podem ser usadas pela enfermagem, independente de prescrição médica, como técnicas de relaxamento e distração proporcionando ao paciente uma maior sensação de conforto. O enfermeiro pode, também, executar no paciente que está ciente de sua dor e que deseja efetuar mudanças na assistência para minimizá-la. Todavia, essas técnicas são especialmente úteis, quando se deseja executar um procedimento doloroso, como a troca de um curativo, banho no leito, ou durante o período em que se espera pelo efeito analgésico de medicamentos administrados (SOFAER, 1994 apud BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011).

Diante disso, fica claro a importância do enfermeiro em se esforçar mais para adquirir competência, buscando prestar uma assistência eficaz e adequada, tendo em vista a importância da comunicação e principalmente da humanização no setor para melhor atender aquele que é o objeto central de sua profissão: o ser humano.



## 4 APRESENTANDO A METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura referente à Vivência de pacientes que estiveram hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva. Para Silveira e Zago (2006), este tipo de estudo corresponde a um método de pesquisa que viabiliza análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo, favorecendo a caracterização e divulgação do conhecimento produzido.

Esta modalidade de investigação, segundo Ganong (1987) é entendida como um instrumento de obtenção, identificação, análise e síntese da literatura diante um tema específico, através do qual, conclusões de estudos anteriormente conduzidos são sumarizadas, a fim de que se formulem inferências sobre um tópico específico.

Para Broome (2000), a revisão integrativa da literatura consiste em uma técnica de pesquisa em que estudos são reunidos e sintetizados, através da análise dos resultados evidenciados nos estudos de diversos autores especializados na temática escolhida. A técnica deve ser rigorosa e sistemática, devendo-se discutir os métodos e as estratégias utilizadas, avaliar as fontes e agrupar os resultados. Isso requer também um trabalho de reconhecimento de pesquisas prévias envolvendo a temática em questão, bem como a identificação de questionamentos que permanecem sem respostas.

Galvão, Sawada e Mendes (2003) destacam que a abordagem metodológica necessária para este procedimento é a quantitativa, sendo que os estudos devem apresentar semelhança quanto ao tema de investigação, população, intervenções e mensurações, assim como no tipo de delineamento da pesquisa.

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa é um método de grande valoração para a enfermagem possibilitando a concentração de artigos pertinentes à temática a ser enfocada, facilitando assim a busca da leitura nos acervos científicos. Acrescenta-se ainda que o método integrativo permite a síntese de múltiplos estudos publicados, possibilitando conclusões referentes a determinadas áreas de estudo.

### 4.1 ETAPAS DA PESQUISA

Dessa forma, para a construção desta revisão integrativa, foi trilhado o percurso metodológico proposto por estudiosos do método como Ganong (1987), Broome (2000), Beyea e Nicoll (1998) e Whittemore e Knafl (2005), evidenciados no estudo de Mendes, Silveira e Galvão (2008). Segundo os referidos autores, o método consiste de seis etapas distintas, com o

rigor científico das diversas modalidades das pesquisas, que se deu a partir das etapas descritas a seguir:

**1ª Etapa:** Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa.

A elaboração da revisão integrativa teve início com a escolha de um tema e a definição de um problema, para ser formulada a hipótese ou a questão norteadora da pesquisa, a qual foi apresentada a relevância para a área de interesse da investigação proposta. Vale ressaltar que o tema foi bem definido de modo a instigar e estimular a curiosidade do pesquisador. De acordo com Barbosa (2007), o problema deve ser instituído de forma tão clara e específica quanto à hipótese de uma pesquisa primária. Dessa forma, a elaboração da questão norteadora da pesquisa está associada a um raciocínio teórico fundamentado em definições que o pesquisador já compreendeu.

**2ª Etapa:** Estabelecimento de critérios de inclusão ou exclusão de estudos/ Seleção da amostra.

Esta etapa envolveu um momento singular da pesquisa, a qual foi descrita minuciosamente. Consistindo na seleção do material empírico que foi analisado no processo da revisão. A busca dos estudos centrou-se em critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos com base na questão norteadora definida na etapa anterior. Tais critérios serão explicitados detalhadamente a seguir.

Foi necessário coerência e cautela por parte do pesquisador no momento da seleção do material, isso porque um quantitativo elevado de estudos pode inviabilizar a construção da revisão assim como interferir nos resultados. Segundo Barbosa (2007), a melhor amostra corresponde aquela que inclui todas as pesquisas encontradas, ou a seleção randomizada das mesmas.

**3ª Etapa:** Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ Categorização dos estudos.

O objetivo central desta etapa consiste na definição das características e informações a que foram extraídas dos estudos selecionados para a revisão. É oportuno destacar que a ação de definir as características da pesquisa primária é a mais importante neste procedimento metodológico. A etapa de categorização dos estudos representa a essência da revisão integrativa. É nesta etapa que são definidas as características ou informações da pesquisa que serão coletadas (CAMPOS, 2005; GANONG, 1987).

**4ª Etapa:** Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa/Análise dos resultados.

Esta etapa consiste na análise dos dados evidenciados no material incluído na revisão, a partir dos itens definidos na etapa anterior. Para que a revisão tenha fidedignidade e cunho científico, os estudos selecionados foram analisados detalhadamente. A análise foi realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes e/ou conflitantes nos diferentes estudos selecionados.

Para realizar a análise foi necessária a escolha de uma abordagem adequada. O pesquisador procurou avaliar os resultados de maneira imparcial, buscando explicações em cada estudo para as variações nos resultados encontrados. Para Barbosa (2007), o critério para a revisão integrativa envolve parâmetros minuciosos de análise, que se utilizam de métodos para garantir o alcance dos objetivos; a aplicação de análise rigorosa; o exame da teoria escolhida; o estabelecimento de relações entre os resultados, métodos, sujeitos e atributos da pesquisa, oferecendo ao leitor informações sobre os estudos revisados, sem destacar apenas os resultados, de modo a maximizar as possíveis informações.

#### **5ª Etapa:** Interpretação e discussão dos resultados

Esta etapa correspondeu ao momento em que o pesquisador interpreta e discute os dados evidenciados nos estudos incluídos na revisão, os quais foram criteriosamente definidos e analisados nas etapas anteriores. A partir da análise dos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos, pôde ser feita uma comparação com o conhecimento teórico, identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Além disso, nesta etapa pode-se evidenciar lacunas, as quais permitiram que o revisor apontasse sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas na temática em pauta.

#### **6ª Etapa:** Apresentação da revisão/Síntese do conhecimento

É o momento da apresentação dos resultados a partir da revisão, devendo esta ser clara, completa e possibilitar ao leitor uma avaliação da pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tema abordado e o detalhamento dos estudos incluídos.

Nesse sentido, nesta etapa faz-se necessária a elaboração do documento que contempla a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. A importância do trabalho realizado com o método da revisão integrativa se respalda na produção do conhecimento produzido acerca da temática pesquisada.

Para operacionalização desta revisão todas as etapas descritas foram seguidas rigorosamente.



## 4.2 QUESTÕES DA PESQUISA

A presente revisão teve como propósito responder as seguintes questões: Quais as temáticas abordadas em publicações de enfermagem disseminadas em periódicos on-line no período de 2005 a 2013, sobre a Vivência de pacientes que estiveram hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva? Quais as contribuições dos estudos realizados no campo Vivência de pacientes que estiveram hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva?

## 4.3 PROCEDIMENTOS PARA A SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para identificar os estudos publicados acerca Vivência de pacientes hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva foi utilizada uma busca *on-line* em periódicos na área de Enfermagem, através do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com bases de dados: MEDLINE, LILACS e BDENF- enfermagem. Para a seleção da amostra das publicações inseridas no estudo para a revisão integrativa, foram formulados critérios de inclusão e de exclusão de estudos, de modo a orientar a busca nos bancos de dados descritos, bem como definir a amostra dentro dos propósitos desta revisão integrativa. Os critérios estabelecidos foram os seguintes:

Critérios de inclusão da amostra:

- Estudos realizados por pesquisadores da enfermagem brasileira que estivessem disponibilizados nas bases de dados selecionadas para a pesquisa proposta;
- Estudos acerca da Vivência de pacientes que estiveram hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva;
- Estudos disponibilizados na íntegra;
- Estudos publicados no período entre 2005 a 2013;
- Estudos publicados na modalidade artigo científico (original ou revisão).

Critérios de exclusão da amostra:

- Publicações na modalidade resenha, monografia, dissertação, tese, ou resumos em anais de eventos científicos;
- Estudos publicados que estejam fora do período estabelecidos.

Portanto, os artigos foram selecionados mediante a inclusão de palavras-chave na barra de pesquisa do banco de dados da BVS e após esta ação foi inserida a aplicação de filtros para propiciar uma melhor observação dos artigos que fariam parte deste estudo.

Dessa forma, as produções científicas foram selecionadas a partir de três fases: Análise de título; análise de resumo; e análise minuciosa do artigo completo. Os artigos que não continham títulos relacionados ao tema deste estudo foram excluídos da segunda parte da análise e os que não continham resumos objetivando evidenciar a vivência dos pacientes hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva foram excluídos da terceira amostra da análise, selecionando os artigos para desenvolver esta produção.

Para realização da pesquisa utilizou-se quatro descritores. O primeiro descritor “cuidados críticos” foram encontrados 29.809 artigos, após aplicação dos filtros, conta-se com 23 artigos, e após análise deste, não foi possível obter amostras desse descritor para compor a pesquisa.

No segundo descritor “Terapia Intensiva” foi encontrado 78.046 artigos, ao término da submissão aos filtros, contamos com o número de 71 artigos encontrados e ao final das análises, observa-se contar com 02 aproveitamentos de artigos para subsidiar os espaços de discussões deste estudo.

No descritor “Cuidados de enfermagem”, foi possível obter 240.535 sem filtro e após suas subsequentes alterações, foi possível obter 440 amostras desse descritor, no entanto, foi possível obter 01 aproveitamento de artigo para compor a amostra de artigos. No descritor “Humanização da assistência” foi encontrado 2.287 artigos e ao final das etapas de seleção, conta-se com o número de 44 artigos, e após análise, restou 01 artigo para amostra.

Portanto foram encontrados 350.677 artigos relacionados aos descritores, após os filtros foram analisados 578 artigos e ao final das análises foi possível obter uma amostra de 04 artigos desses descritores para compor a pesquisa literária.

#### 4.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após atuar na coleta de dados científicos, citada acima, foi utilizado a técnica de leitura detalhada dos conteúdos dos artigos selecionados para poder obter as idéias e discursos mais apropriados acerca da temática deste estudo.

#### 4.5 OBSERVÂNCIAS ÉTICAS

Em virtude da natureza científica da pesquisa, revisão integrativa, é dispensada o emprego do TCLE, e utilizou-se artigos que obedeceram a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).



## 5 RESULTADOS

Após a leitura das produções, os resultados foram organizados em quadros, os quais contêm: os artigos selecionados; a distribuição por título, autores, nome do periódico e ano da publicação; os objetivos dos artigos selecionados, seus principais resultados e conclusões e posteriormente discutidos.

### 5.1 DADOS REFERENTES À IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS

**Quadro 1- Artigos selecionados**

IDENTIFICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO
A1	Humanização na unidade cardio-intensiva: o cuidado sob a ótica do paciente
A2	Internação em unidade de terapia intensiva: Percepção de pacientes
A3	Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva
A4	Percepções dos pacientes em relação à Unidade Terapia Intensiva

Fonte: Dados da pesquisa, 2014

**Quadro 2: Distribuição dos artigos por título, autores, nome do periódico e ano de publicação**

ARTIGO	AUTOR(ES)	NOME DO PERIÓDICO	ANO DE PUBLICAÇÃO	ABORDAGEM
A1	TAETS, G. G. C.; FREIRE, M. M. L.; MARQUES, A.C. <i>ET AL.</i>	Revista de pesquisa.: cuidado é fundamental. Online, jul./set. v.4, n.3.	2012	Estudo transversal com abordagem qualitativa dos dados

<b>A2</b>	PROENÇA, M. O.; DELL AGNOLO, C.M.	Revista Gaúcha de Enfermagem, jun. v.32, n.2.	2011	Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa
<b>A3</b>	PINA, R.Z.; LAPCHINS K, L.F.; PUPULIM, J. S. L.	Revista Ciência, cuidado e Saúde, Out/Dez, v.7, n.4	2008	Estudo descritivo com abordagem Qualitativa
<b>A4</b>	CESARINO, C. B.; RODRIGUE S, A. M.S.; MENDONÇA, R. C. H. R.; CORRÊA, L. C. L.; AMORIM, R. C.	Arq Ciênc Saúde, jul-set, v.12, n.3	2005	Estudo descritivo de abordagem qualitativa

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

## 5.2 DADOS REFERENTES À IDENTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA ABORDADA

### Quadro 3 – Objetivos dos artigos selecionados

TITULO DO ARTIGO	OBJETIVOS
<b>A1:</b> Humanização na unidade cardio-intensiva: o cuidado sob a ótica do paciente	Analisar a percepção de pacientes sobre a humanização da assistência hospitalar em uma Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos.

<b>A2:</b> Internação em unidade de terapia intensiva: Percepção de pacientes	Compreender, a partir da perspectiva do paciente adulto, a experiência de se vivenciar uma internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de modo a contribuir para melhoria na qualidade da assistência e facilitar a adaptação em um ambiente tão estigmatizado
<b>A3:</b> Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva	Analisar a percepção de pacientes acerca do período de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI's).
<b>A4:</b> Percepções dos pacientes em relação à Unidade Terapia Intensiva	Identificar as percepções de 50 pacientes que já estiveram em uma UTI Coronária de um Hospital Ensino.

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

#### Quadro 4 – Principais resultados dos artigos selecionados

<b>TITULO DO ARTIGO</b>	<b>PRINCIPAIS RESULTADOS</b>
<b>A1:</b> Humanização na unidade cardio-intensiva: o cuidado sob a ótica do paciente	Evidenciamos características favoráveis e desfavoráveis em relação ao cuidado humanizado. Características favoráveis: ouvir (85%), tocar (90%) e identificar o paciente pelo nome (93%). Características desfavoráveis: temperatura do ambiente (43%), barulho no setor (33%) e a falta de informação do seu estado de saúde/doença (16%).
<b>A2:</b> Internação em unidade de terapia intensiva: Percepção de pacientes	Os dados foram coletados na UTI de um hospital do sudoeste de São Paulo, Brasil. Foram entrevistados dez pacientes, e identificadas temáticas relacionadas à percepção prévia da UTI; diferenciação com a assistência nos setores de internamento; tecnologia e assistência especializada; alterações ambientais e de hábitos em UTI. O resultado da pesquisa demonstra que unidade avaliada, os pacientes perceberam esse setor como uma ambiente de vida e recuperação,

	reconhecendo o trabalho da equipe e a importância dos equipamentos na preservação da vida.
<b>A3:</b> Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva	Os dados foram coletados junto a 11 pacientes conscientes e orientados, após a alta da unidade. As entrevistas foram registradas por escrito e submetidas à análise de conteúdo. Desta análise emergiram duas categorias: Percepção insatisfatória e Percepção satisfatória. Verificou-se que alguns pacientes relacionam UTI com a solidão, saudade da família, vergonha da exposição corporal, barulho à noite, dificuldade de comunicação, falta de autonomia, contenção no leito e outras variáveis. Por outro lado, constatou-se que outros pacientes relacionam a UTI com a possibilidade de vida e cura, em consequência da experiência que tiveram nessa unidade. Conforme foi observado nos depoimentos, essa vivência foi marcada pela atenção e dedicação dos profissionais e familiares e pelo tratamento diferenciado, caracterizando uma assistência humanizada.
<b>A4:</b> Percepções dos pacientes em relação à Unidade Terapia Intensiva	O termo “UTI” ainda traz medo e gera ansiedade para alguns pacientes (16%), pois relacionam esse setor com o medo de morrer e à falta de autonomia, caracterizando-o como um ambiente angustiante. No entanto, a maioria dos pacientes (84%) não relatou medo de voltar para uma UTI e associaram esta unidade como local de tratamento para dar a vida, pois durante a internação tiveram bom atendimento, atenção da equipe e tratamento de qualidade, o que caracteriza a assistência humanizada.

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

#### Quadro 5 – Principais Conclusões dos estudos

TITULO DO ARTIGO	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
<b>A1:</b> Humanização na unidade cardio-	Foram apontados como fatores para humanização da assistência hospitalar segundo a percepção de pacientes internados em uma



intensiva: o cuidado sob a ótica do paciente	unidade de cuidados cardio-intensivos aspectos relacionados a afetividade e a individualização no tratamento. Nos depoimentos fica claro que o paciente, ao falar de humanização, reconhece o humano no outro que se traduz por um cuidado com carinho, atenção, paciência e respeito.
<b>A2:</b> Internação em unidade de terapia intensiva: Percepção de pacientes	O trabalho na UTI é feito de maneira diferenciada dos setores de internamento por onde haviam passado, caracterizando um atendimento humanizado. Conforme observado nos depoimentos, a tecnologia foi reconhecida como parte fundamental para recuperação da saúde. Foram também identificadas situações geradoras de estresse dentro da unidade, o que pode levar a alterações fisiológicas e a piora do quadro clínico do paciente. Portanto, conhecer os fatores estressantes e planejar a assistência ao paciente é extremamente importante para melhor recuperação, além de promover um ambiente mais humanizado dentro da UTI. Conhecer as crenças e expectativas dos usuários pode favorecer sua adaptação no setor. A comunicação e o estabelecimento de vínculo podem ser os instrumentos facilitadores da assistência. Além disso, o vínculo e a relação de confiança são necessários para o paciente diminuir o medo, a ansiedade e permitir, à pessoa fragilizada pela doença, lutar por seu restabelecimento com dignidade.
<b>A3:</b> Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva	Verificou-se que alguns pacientes relacionam essa unidade com a solidão, saudade da família, vergonha da exposição corporal, barulho à noite, dificuldade de comunicação, falta de autonomia, contenção no leito e outras variáveis. Por outro lado, constatou-se que outros pacientes relacionam a UTI com a possibilidade de vida e cura, em consequência da experiência que tiveram nessa unidade. Conforme foi observado nos depoimentos, essa vivência foi marcada pela atenção e dedicação dos profissionais e familiares e pelo tratamento diferenciado, caracterizando uma assistência humanizada. Isto parece significar que a permanência na terapia intensiva e o convívio com os profissionais podem desencadear

	experiências positivas ou negativas, dependendo dos sentimentos vividos e do momento em que cada paciente se encontre.
<b>A4:</b> Percepções dos pacientes em relação à Unidade Terapia Intensiva	Verificou-se que a minoria dos pacientes relaciona essa unidade com a morte, doença grave, o que é potencializado pela falta de autonomia e ambiente angustiante. No entanto, constatou-se que a maioria relaciona UTI com a possibilidade de vida e cura em consequência da vivência que tiveram nessa unidade. Conforme foi observado nos depoimentos, essa vivência foi marcada pelo bom atendimento, pela atenção da equipe dada aos pacientes e pelo tratamento de qualidade, caracterizando uma assistência humanizada que teve extrema importância para a ausência do sentimento de medo, pois minimizou os fatores estressantes que norteiam a hospitalização em uma UTI.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.



## 6 DISCUSSÃO

A UTI é um setor hospitalar destinado ao atendimento de usuários graves, devendo ser dotada de pessoal altamente qualificado, onde o cuidado é contínuo e de aparelhos sofisticados capazes de manter a sobrevivência do usuário. (CARMO et al. 2012).

Para Ribeiro (2010) a UTI é um ambiente que pode ocasionar estresse ao paciente. Constitui um dos principais fatores de angústia e insegurança, pela ausência de informação sobre o que está acontecendo e o que será feito com ele. A existência de inúmeros equipamentos, controles rigorosos, aliados ao afastamento da pessoa de seu convívio, o confronto com o sofrimento próprio e/ou do outro, a possibilidade de morte, entre outras situações podem se constituir em estressores.

Portanto a UTI apresenta aspectos positivos e negativos na visão de quem necessita desse serviço. A humanização, com bons profissionais e atendimento de qualidade, é fundamental para a recuperação de enfermos, para poder superar os aspectos negativos presentes nessa fase.

Foi analisado quatro artigos com a temática relacionada a vivência dos pacientes que estiveram hospitalizados em uma UTI para saber a visão dos pacientes durante uma internação neste setor e com a finalidade de buscar subsídios que contribuam para a reflexão dos profissionais de saúde, em ênfase aos enfermeiros, acerca das condutas e da humanização neste contexto, visando à melhoria na qualidade da assistência.

No artigo 01, observa-se que a vivência do paciente na UTI foi satisfatória de acordo com pesquisa realizada, com foco no cuidar humanizado, em que mais de 90% dos entrevistados na pesquisa relataram que o conversar, o tocar, a luminosidade agradável, ser identificado pelo nome mostraram características favoráveis a uma boa assistência profissional.

Portanto, possibilitou entender que a equipe profissional mostrou eficácia nos cuidados/assistência com o paciente hospitalizado, em que a comunicação com os pacientes foi percebida positivamente, mostrando satisfação no atendimento.

Segundo Azevedo e Araújo (2010), a comunicação com o paciente precisa ser entendida como um processo fundamental, não apenas para a identificação de sinais, sintomas e problemas físicos. Acreditando ser necessária uma maior atenção às expressões não verbais emitidas pelo cliente durante a relação de cuidar/assistir.

No artigo 02, a pesquisa mostra quatro categorias após a análise dos dados. A primeira propõe sobre a percepção prévia da UTI em que os pacientes relataram uma insegurança e medo da morte, do desconhecimento do setor e incerteza do que pode acontecer, ou lembrança da

experiência de familiares internados nesse setor recordando possíveis sofrimentos vivenciados, mostrando que ainda existem preconceitos sobre UTI.

Portanto é comum que os pacientes relatem uma certa aflição sobre a UTI, visto que sentem-se assustados com a situação, na qual o medo e a angústia se defrontam com o desconhecido e o temor da morte aumenta devido saber que a UTI é um local destinado a pessoas graves e também sobre a experiência de familiares que já estiveram hospitalizados, ou através de notícias da mídia, o que leva a uma má impressão do setor.

A segunda categoria mostra o atendimento na UTI e a assistência prestada, os quais foram citados de forma contínua e humanizada, em que o paciente relata uma visão positiva do ambiente e da equipe de trabalho em comparação à enfermaria.

Na terceira categoria relata sobre tecnologia e assistência especializada em UTI, em que os entrevistados perceberam o setor como ambiente que oferece serviço especializado, equipamentos tecnológicos avançados e de alta precisão que são essenciais para recuperação da saúde. Assim, apesar de gerar medo, devido os aparelhos, mostra a possibilidade de sair da UTI e voltar a ter saúde.

No entanto o acolhimento para o paciente grave não pode vir dissociado das tecnologias assistenciais existentes nas UTI e o fato de que é possível coexistir neste ambiente crítico o cuidado de última geração, a existência do diálogo, da informação e da atenção ao familiar, porque em nenhum momento ele vai deixar de existir e de ter a sua importância na recuperação do paciente (MAESTRI, et al. 2012).

Na quarta categoria, alterações ambientais e de hábitos em UTI: unidade geradora de stress, observou alguns fatores que perturbam o bem estar do paciente como a falta de privacidade, não conseguir dormir, não deambular e ter luzes acesas constantemente, o que gera desconforto, podendo influenciar na evolução do paciente.

Assim, o conforto torna-se fundamental quando relacionado à prática da enfermagem como um objetivo a ser atingido pela assistência, sendo visto, portanto, como um resultado desejado para o cuidado do paciente, com vistas a suprir expectativas e necessidades de cada indivíduo cuidado, e assim, alcançar uma assistência mais humana e singular (POTT, et al.2013).

Deste modo, sendo de grande importância analisar fatores causadores de estresse para tentar facilitar a adaptação e amenizar o desconforto durante a internação nesse setor. No entanto, de acordo com a pesquisa, pacientes tiveram uma experiência positiva da UTI, em que descreveram um ambiente para tratamento e recuperação.

No artigo 03 a pesquisa foi realizada a partir de duas categorias: Percepção insatisfatória e Percepção satisfatória. Na primeira categoria, foram englobadas falas que expressaram sensações desagradáveis ou desfavoráveis quanto à internação na UTI, reportando-se a solidão e saudade da família, insegurança e medo da morte, receio de procedimentos e da dor, sensibilidade emocional, vivência do sofrimento dos outros pacientes, vergonha de expor o corpo, período difícil e triste, barulho à noite, dificuldade de comunicação, desorientação no tempo e contenção física no leito.

Essas sensações desagradáveis gera um sentimento que toma conta de praticamente todos pacientes internados em UTI, em que é provocado pela insegurança, pela falta de informações relacionadas à doença, ao tratamento, e até mesmo pelo medo de morte.

Deste modo, o fato de estar internado em uma UTI, gera um grande impacto ao paciente. Segundo Ribeiro, Souza e Espíndula (2010), o paciente tem a sensação de diminuição, incapacidade e isolamento, desencadeia um processo de medo e estresse físico e mental que influi negativamente na sua melhora. O medo e angústia, torna o paciente ainda mais frágil, vulnerável, atrapalhando significativamente a sua evolução.

Na segunda categoria, Percepção satisfatória, observou de acordo com a pesquisa, que outros pacientes relacionaram o setor com a possibilidade de vida e cura, que a vivência foi marcada pela atenção e dedicação dos profissionais e familiares, pelo tratamento diferenciado, caracterizando uma assistência humanizada.

Portanto percebe-se que o conceito do paciente sobre uma UTI depende de como ele foi recebido pelos profissionais, do estado psicológico, da gravidade de diagnóstico, e entre outros fatores, o que pode desencadear uma experiência positiva ou negativa diante do momento difícil e estressante vivido durante a internação na UTI.

No artigo 04, quanto às percepções foram observadas quatro categorias na análise da pesquisa: medo de morrer, ambiente angustiante, falta de autonomia e UTI: tratamento para dar a vida. A primeira categoria relaciona-se ao medo da morte, que foi visto como uma visão prévia da UTI e por falta de conhecimento adequado. Neste quesito percebe-se que a maioria dos pacientes que se submeteram aos cuidados críticos citou o medo como fator principal nos relatos das pesquisas analisadas.

Na segunda categoria, foram observados relatos sobre ambiente angustiante, sendo assim, devido a forma súbita de internamento no setor, o risco de vida, a ansiedade e medo, além de ter que ficar com pessoas desconhecidas, o que gera um abalo no estado emocional, e ao seu redor, outras pessoas em estado grave, que os deixam mais tensos, sofrendo por si mesmos, através de sentimentos prévios devido a situação.

Na terceira categoria, a falta de autonomia dos usuários foi observado a perda da privacidade e autonomia, devido ficarem incapazes de exercer suas próprias funções básicas do dia a dia como a de higienização, uma vez que, impossibilitados de sair do leito para realizar as necessidade fisiológicas, e estiveram totalmente dependentes da equipe de enfermagem para realização dessas tarefas, o que muitas vezes gera conflito nos pensamentos desses pacientes.

Portanto, vivenciar a experiência de estar internado neste setor, exige do paciente grande esforço emocional. Em que pode ocorrer um período de desequilíbrio e uma instabilidade afetiva perante a quantidade de pensamentos e sentimentos que surgem e inundam o imaginário de todos os envolvidos nesse contexto.

Na quarta categoria, UTI: tratamento para dar a vida, foi observado de acordo com a análise o reconhecimento e agradecimento dos pacientes quanto à assistência prestada e a oportunidade de estar em um ambiente provido de recursos tecnológicos e equipe especializada no momento considerado pelo paciente necessário para conseguir enfrentar e vencer a doença com possibilidade de cura.

Portanto, no artigo 04, verificou-se que a minoria dos pacientes compara essa unidade com a morte, doença grave, o que é potencializado pela falta de autonomia e ambiente angustiante. No entanto, constatou-se que a maioria relaciona UTI com a possibilidade de vida e cura em consequência da vivência e pelo tratamento de qualidade, o que caracterizou uma assistência humanizada durante o período de internação em uma UTI.

Assim, segundo Mendes (2012), a humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, resgatando a importância dos aspectos emocionais, psicológicos, físicos e ouvir o que o paciente deseja expressar, desabafar, esclarecendo se possível suas dúvidas, acalmando, acolhendo, valorizando em todas as suas dimensões.





## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A UTI é um setor do hospital restrito composta de equipe profissional especializada e estrutura de alta tecnologia, com a finalidade de estabilizar o paciente grave proporcionando durante esse período de tratamento uma melhor qualidade de vida, que possibilita o tratamento e cura.

Portanto, de acordo com os artigos analisados, foi possível identificar que os pacientes relataram que, de início tiveram uma visão de terminalidade do setor, devido a comentários e experiências de vivência de parentes próximos. Um fator prévio que prevaleceu nos artigos foi a angústia e o medo da morte, medo do desconhecido e do que poderia acontecer com o paciente. Após internação, a maioria citou o setor como um ambiente favorável ao tratamento, com uma equipe profissional qualificada, atenciosa, uma assistência de qualidade. Sendo assim, a UTI foi referida positivamente de acordo com a vivência de pacientes hospitalizados na UTI.

No entanto observou-se que durante a pesquisa de todos os artigos, a coleta de dados foi realizada no ambiente hospitalar, o que pode ter influenciado, possivelmente, os pacientes a falar bem, de uma maneira satisfatória do setor, da qualidade de atendimento, com poucas reclamações, fato que pode ter acontecido devido ao medo dos profissionais ou da falta de assistência, o que pode ter deixado-os intimidados a responder o que realmente desejaram ou o incomodaram.

Dessa forma, foi possível identificar que a enfermagem está diretamente ligada ao processo do cuidar no ambiente da UTI. As funções do enfermeiro são exercidas com a finalidade de atender as necessidades de saúde de pessoas ou de comunidades. Nas UTI, segundo Cenedési (2012), essas práticas estão interligadas diretamente ao cuidado do enfermo que abrange um conjunto tecnológico específico, exigindo dos profissionais uma prática mais específica acerca do manuseio de máquinas bem como peculiaridade dos indivíduos que mais necessitam. Diante disso, o enfermeiro desempenha funções essenciais no contexto das práticas em saúde como o cuidar, educar, coordenar, colaborar e supervisionar.

Portanto os profissionais de enfermagem devem utilizar o cuidado técnico junto com a assistência humanizada, para que sejam identificadas as reais necessidades dos pacientes, tratando-os de forma holística, visto que, o indivíduo recupera-se melhor estando em um ambiente agradável onde se sente valorizado e bem cuidado. Dessa forma, identificou-se que a comunicação com o paciente é fundamental para realização do cuidado humanizado, seja para orientar, informar, apoiar, confortar e atender as suas necessidade básicas, fatores esses que ajudam o paciente no momento difícil que é a de internação em uma UTI.

Por fim, foi destacado positivamente de acordo com a percepção dos pacientes durante a vivência em uma UTI, em que as contribuições da enfermagem foram o fator principal na assistência de qualidade da saúde neste setor, visto que o enfermeiro é o agente mais qualificado para este fim de forma humanizada.

Desse modo, espera-se que este estudo possa contribuir positiva e significativamente para um maior interesse dos acadêmicos e profissionais de enfermagem em buscar conhecimentos sobre os cuidados ao cliente durante uma hospitalização em uma UTI, haja vista a importância de exercer esse cargo com competência e preparação especializada, utilizando estratégias específicas além do conhecimento científico, de uma maneira que se adéque a cada tipo de usuário, respeitando condições sociais, econômicas, crenças, nível de escolaridade e entre outros quesitos básicos para realização de um trabalho eficaz e continuado.

Durante a elaboração desse trabalho foi possível deparar-se com algumas dificuldades, entre elas, o número limitado de artigos disponíveis na base de dados, o que tornou a amostra do estudo relativamente pequena. Diante de tal exposto, fica clara a necessidade de maiores esclarecimentos e estudos desenvolvidos acerca do tema abordado, uma vez que busca a melhoria da assistência prestada pelo profissional de Enfermagem, buscando ainda tratar o paciente de forma adequada, olhando-o de forma holística e prestando uma assistência humanizada.

Destaca-se que durante a discussão da revisão da literatura não foi possível contemplar no geral, com todos os objetivos pretendidos desta pesquisa, em ênfase ao quesito: “analisar como a família foi assistida pela equipe multiprofissional durante o período de internação do paciente”, visto que a amostra dos artigos pesquisados além de ser pequena, tratou-se de alguns aspectos da vivência focada e seus sentimentos voltados ao paciente.



## REFERÊNCIAS

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). **Censo Brasileiro de UTIs. 2009.** Disponível em <<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/censo-2009/>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

AZEVEDO, A.L.; ARAÚJO, S.T.C. Tocando o corpo e sentindo a vida: leituras não-verbais do paciente em coma à tacésica pela enfermagem. **Revista pesq. cuidado é fundamental.** Online, v.2, Ed. Supl., p. 220- 223, out/dez.2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/872>>. Acesso em: 21 mar. 2014.

BACKES, M. T. S.; BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L. Relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta paulista enfermagem.** v.25, n.5, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000500006&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000500006&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 10 de jan. 2014.

BARBOSA, L. R. **Relações entre liderança, motivação e qualidade na assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura.** 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2007.

BARBOSA, T. P.; BECCARIA, L. M.; PEREIRA, R. A.M. Avaliação da experiência de dor pós-operatória em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva.** v.23, n.4. oct./dec., 2011.

BRASIL. **Lei N 7.498/86, de 25 de Junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 25 jun. 1986. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>. Acesso em: 15 fev. 2014.

BRASIL. **RESOLUÇÃO-RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010 b.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2010. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf>>. Acesso em: 07 de fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2001. Disponível: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL, **Ministério da Saúde.** Portaria nº 466, de 04 de Junho De 1998 <[http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/GM\\_P466\\_98uti.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/GM_P466_98uti.doc)>. Acesso em: 28 mar. 2014.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.071, de 04 de julho de 2005, Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. 2005. Disponível em:  
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-03-CONS.htm>>. Acesso em 10 jan 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Parâmetros Assistenciais do SUS. Brasília (DF), 2002. Disponível em:  
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>> Acesso em 10 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde .Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da política Nacional de Humanização**, 2004 Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizazus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizazus_2004.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BROOME, M. E. **Integrative literature reviews for the development of concepts**. In: Rodgers BL, Knafel KA, editors. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company, p.231-50, 2000.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN J.**, v. 67, n. 4, p. 877-80, apr. 1998.

CAMPELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.20, n.1, jan./fev., 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em 10 jan. 2014

CAMPOS, R. G. **Burnout**: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. 2005. 158f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2005.

CENEDÉSI, M.G; BERNARDINO, E.; LACERDA, M.R.; DALLAIRE, C.; LIMA, K. Funções desempenhadas pelo enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Rene**. v.13, n.1, 2012. Disponível em:  
<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/21/17>>. Acesso em: 20 Ago. 2014.

CENTA, M. L.; MOREIRA, P. E. C.; PINTO, M. N. G. R. A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto & contexto enfermagem** v.13, n. 3, 2004. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072004000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000300015)>. Acesso em: 02 fev 2014.

CESARINO, C. B.; RODRIGUES, A. M. S.; MENDOÇA, R. C. H. R.; CORREA, L. C. L.; AMORIM, R. C. Percepções dos pacientes em relação à Unidade Terapia Intensiva **Arq Ciênc Saúde** jul/set, v.12, n.3, 2005. Disponível em:  
<[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-12-3/07%20-%20ID154.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-12-3/07%20-%20ID154.pdf)>.

Acesso 25 jul. 2014.

FERNANDES, H. S.; PULZI, J. S. A. P.; COSTA, F. R. Qualidade em Terapia Intensiva. **Revista Brasileira Clinica Medica**, v. 8, p. 37-45, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n1/a009.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

FREITAS, K.S.; MENEZES, I.G.; MUSSI, F.C. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm*, v. 21, n. 4, p. 896-904, out./dez, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/21.pdf>> Acesso em: 21 mar. 2014.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Contribuições de Florence Nightingale: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Escola Anna Nery Revista de enfermagem [on-line]*. V.17, n.3, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728368024>>. Acesso em 02 fev. 2014.

GANONG, L. H. Integrative Reviews of Nursing Research. **Research in Nursing & Health**, v. 10, fev.1987.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. ; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 4, 2003.

HEIDEMANN, A. M. et al. Influência do nível de ruídos no estresse de cardiopatas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. v. 23, n. 1, p. 62-67, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a11v23n1.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

JESUS, L.M.; SIMÕES, J.F.F.; VOEGELI, D. Comunicação verbal com pacientes inconscientes. **Acta Paul Enferm**. 2013; v. 26, n.5, p.506-13. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a16v26n5.pdf>> Acesso em: 10 fev. 2014.

LARA, H. M. S.; OLIVEIRA, G. R. S.; ALMEIDA L. G. Técnicas de comunicação terapêutica utilizadas com pacientes com a comunicação verbal prejudicada. **Enfermagem Revista**. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/4087> >. Acesso em: 21 mar. 2014.

LAUS, A.M.; ANSELMINI, M.L. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. *Revista Latino americano de Enfermagem* .v. 12, n. 4, p. 643-9, jul-ago 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a10.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2014.

LIMA, Ana Clara Barreiros dos Santos. Vivência da responsabilidade da enfermeira no cuidado ao paciente crítico na UTI 2010. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. Disponível em: <[http://www.pgenf.ufba.br/sites/pgenf.ufba.br/files/DISSER\\_PGGENF\\_262\\_ANA%20CLARA%20RIBEIRO.pdf](http://www.pgenf.ufba.br/sites/pgenf.ufba.br/files/DISSER_PGGENF_262_ANA%20CLARA%20RIBEIRO.pdf)>. Acesso em 20 abr. 2014.

LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. *Rev. Nurs. São Paulo*, v.4, n.41. out. 2001. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=418950&indexSearch=ID>>. Acesso em 20 abr. 2014.

LOPES, F. M.; BRITO, E. S. Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.21, n.3, p.283-291, 2009. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a08v21n3.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2014.

MAESTRI, E.; NASCIMENTO, E. R. P.; BERTONCELLO, K. C. G.; MARTINS, J. J. Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**. v.46, n.1, pp. 75-81, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100010>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

MAGALHÃES, P. A. P.; MOTA, F. A.; SALEH, C. M. R. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. **Revista Dor**. São Paulo, 2011 jul-set; v.12, n.3, p. 221-25. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a05.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2010 jan-fev; v. 63, n. 1, p. 141-4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a24.pdf>> Acesso em: 10 jan. de 2014.

MENDES, K. D. L.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, out-dez 2008.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde**. 12<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 57.

MONTANHOLI, L. L.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. V. 19, n. 2, mar-abr 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_11](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_11)>. Acesso em: 02 fev. 2014.

MOTA, F. A.; MARCOLAN, J. F.; DICCINI, S. Avaliação da analgesia controlada pelo paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, com infusão contínua de morfina. **Revista Dor**, v.11, n.4, p. 292-6, 2010. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1650.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

NASCIMENTO, L. A.; KRELIN, M. C. G. D. Avaliação da dor como o quinto sinal vital: opinião de enfermeiros. **Acta paulista de enfermagem**. v.24, n.1. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000100007>. Acesso em: 9 de fev 2014.

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

em:<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6658/3916>>. Acesso em 25 jul 2014.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Revista brasileira de enfermagem, v.61, n.3, maio/jun. 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 de jan de 2014.

POTT, F.S.; STAHLHOEFERII, T.; FELIX, J. V. C.; MEIER, M. J. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 174-9, mar/abr., 2013 Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/04.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2014.

PROENÇA, M.O.; DELL, A. C. M. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n.2, jun. 2011 disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200010)>. Acesso em 25 jul 2014.

RAMOS, A.P.; BORTAGARAI, F.M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Rev. CEFAC**. v. 14, n.1, p.164-170, Jan/Fev, 2012 Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/186\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/186_10.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2014.

RIBEIRO, L. S.; SOUZA, G. S. P.; ESPÍNDULA, B.M. Pesquisa científica relacionada a análise de fatores estressores para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**. jan-jul, n.1 v.1, , 2010. Disponível em:

<<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>. Acesso em 20 de ago. 2014.

SAIOTE, E.; MENDES, F. A partilha de informação com familiares em unidade de tratamento intensivo: importância atribuída por enfermeiros. **Cogitareenferm**.v.16, n.2, p. 219-25, abr/jun 2011. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewfile/21814/14224>>

SANTANA, J.C.B. et al. Comunicação não verbal nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. R. pesq.: cuid. fundam.v.3, n. 2., abr/jun., 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300006&script=sci_arttext)>. Acesso em : 10 jan, Acesso em 29 de jan. de 2012.

SANTANA, J.C.B. et al. O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. **Revista Enfermagem**. v. 15, n.1, jan./abr., 2012. Disponível em:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3272/3652>



- SANTOS, D.G.; CAREGNATO, R.C.A.Familiares de pacientes em coma internados na Unidade de Terapia Intensiva: percepções e comportamentos. *Rev. Eletr. Enf.*v. 15, n.2, p.487-95,2013 abr/jun., Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16929>>. Acesso em: mar. 2014.
- SCHWONKE, C. R. G. B.; Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 64, n. 1, p.189-92, 2011; Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100028)>. Acesso em: 05 fev. 2014.
- SILVA, F.S.; SANTOS, I. Estudo Sociopoético sobre as expectativas de familiares em UTI. **Esc Anna Nery Revista de Enferm.**v.14, n.2, p.230- 235. abr./jun., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/03.pdf>>. Acesso em: 10 de jan. de 2014.
- SILVEIRA, C. S.; ZAGO, M. M. F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.4,jul/ago. 2006.
- SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência Humanizada em UTI Neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Revista Ciência e saúde coletiva**. v.15 n.2, mar., 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000200024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000200024&script=sci_arttext)>. Acesso em: 02 de fev. 2014.
- STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole; 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/admenf/files/2010/03/Comunica%C3%A7ao-27-09.pdf>>. Acesso em: 10 de fev 2014.
- TAETS, G. G. C.; FREIRE, M.M.L.; MARQUES, A. C. *et al.* HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE CARDIO-INTENSIVA: O CUIDADO SOB A ÓTICA DO PACIENTE. **Rev pesq.: cuid. fundam. online** v.4,n3, jul/set, 2012. Disponível em: <[http://pesquisa.bvsalud.org/portal/www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1771/pdf\\_579](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1771/pdf_579)>. Acesso dia 25 jul. 2014.
- VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S.; SCHNEIDER, D. G. Internação por ordem judicial: Dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34 n.1, mar., 2013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100015&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100015&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 02 fev. 2014.
- VIEIRA, J. M.; MATOS, K. A. P.; BARBOSA, T. L. A. Sentimentos vivenciados por familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva adulto. **Revista Cubana de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 18-28, 2013. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v29n1/enf04113.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2014>. Acesso em 20 mar. 2014.