

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA
CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
ÁREA DA SAÚDE E SERVIÇOS
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**PERCEPÇÕES DE FAMILIARES COM PACIENTES EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

JOINVILLE 2015

**ALINE PARADELLA MULLER
ANA CRISTINA GADOTTI
JESSICA FERNANDA DA SILVA
TAINARA ROSA**

**PERCEPÇÕES DE FAMILIARES COM PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA ADULTO**

JOINVILLE, 2015
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
ÁREA DE SAÚDE E SERVIÇOS
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

ALINE PARADELLA MUELLER
ANA CRISTINA GADOTTI
JESSICA FERNANDA DA SILVA
TAINARA ROSA

**PERCEPÇÕES DE FAMILIARES COM PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA ADULTO**

Projeto integrador submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos para obtenção de nota para aprovação no curso técnico em enfermagem.

**Professor Orientador: Enfermeira
Mestre Reginalda Maciel.**

JOINVILLE, 2015**RESUMO**

Contribuir diretamente para o melhor cuidado dos familiares na UTI e auxiliar por meio dos métodos escolhidos o contato a conversa da equipe de enfermagem com a família do paciente e a melhor instrução a ser levada aos familiares no momento que vai entrar na UTI.

Identificar as principais angustias que os familiares têm frente a internação de seu ente querido na unidade de terapia intensiva.

Estudo exploratório de abordagem quantitativa, será realizado na UTI de um hospital público no município de Joinville, com os familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva adultos no mês de maio e junho de 2015.

Enfermeiros e técnicos ofereçam um cuidado mais humanizado com os pacientes e principalmente com sua família, retirando suas dúvidas e minimizando as angustias enfrentadas na internação do seu familiar.

SÚMARIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Justificativa	6
1.2 Definição do problema	7
1.3 Objetivo	8
1.3.1 Objetivo geral	8
1.3.2 Objetivo específico	8
2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA OU LITERARIA	9
2.1 Unidade de Terapia Intensiva	9
2.2 Cuidados com o paciente	10
2.3 Cuidados com o familiar do paciente em UTI	11
2.4 Humanização	13
2.4.1 Humanização do cuidado em unidade de terapia intensiva	13
2.4.2 O significado de humanização da assistência para o enfermeiro	14
2.4.3 Humanização em Unidade de terapia intensica adulto	14
2.4.4 A importância da humanização na unidade de terapia intensiva	14
3 METODOLOGIA	16
4 ANÁLISE DE DADOS	17
4.1 ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIO	17
4.2 ANÁLISE DA PESQUISA	20
CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
APÊNDICE	25
APÊNDICE A - Questionário	25
APÊNDICE B - Termo de livre esclarecido do familiar	27
APÊNDICE C - Folder	28
GLOSSÁRIO	29
FOLHA DE ROSTO	30

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho, ao fazer uma pesquisa bibliográfica busca-se descobrir as principais angustias que os familiares têm frente a internação de seu ente querido em uma unidade de terapia intensiva.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) foram criadas a partir da necessidade de se concentrarem recursos humanos qualificados e científico-tecnológicos avançados para o atendimento de pessoas criticamente enfermas. Tais serviços passaram a integrar a estrutura hospitalar, com o objetivo de ser proporcionado um ambiente favorável aos profissionais em relação à assistência e à observação contínua dos pacientes internados. Porém, as UTIs são caracterizadas como um ambiente 'hostil', em função da intensidade das situações, tais como: o risco de morte, a necessidade de rotina acelerada da equipe de trabalho e a presença de ruídos sonoros. Ansiedade e medo são frequentemente encontrados entre os pacientes críticos, tornando relevante a identificação dos estressores que contribuem para o desenvolvimento destes quadros.

Gondim et al. definem humanização como um conjunto de medidas que objetivam a conciliação entre os cuidados em saúde e as tecnologias, como também um espaço físico favorável e a satisfação dos profissionais da equipe e dos usuários.

A equipe tem papel fundamental no apoio ao familiar, é importante que sejam percebidas as diversas formas como a família pode reagir à nova situação e de que modo a enfrenta. Os sentimentos e os comportamentos da família estão baseados numa série de valores, tais como: a percepção prévia do hospital e da UTI; a gravidade do paciente; a confiança ou não na equipe que cuida de seu ente e que fornece as informações; os aspectos culturais e a maneira que ocorrem as doenças⁸.

Diante da importância do cuidado humanizado na assistência de enfermagem, o presente estudo tem como objetivo analisar as percepções dos familiares com paciente em unidade de terapia intensiva adulto, com relação à atuação da enfermagem neste serviço, bem como identificar as necessidades dos mesmos, para realizar medidas de melhoria ao acolhimento junto à equipe da instituição.

1.1 Justificativa

Considerando que 7,9% da população envelhece no Brasil (IBGE, 2015) e 3% vai para a UTI (Ciência e saúde coletiva, vol. 19, nº8, agost. 2014) e também o grande número de acidentes – mais de 1.000.000,00 de acidentes ao ano e 60% vão para a UTI (Globo, 12 Nov. 2014) e 700 mil adoecidos (Rev. Bras. Geriatr. 2011) 78% vão para a UTI (Leilane, 2005).

Considerando o aumento na internação em UTIs, Soares (2008), afirma que o cuidado aos familiares é uma das partes mais importantes do cuidado global dos pacientes internados nas UTIs. Os familiares têm necessidades específicas e apresentam frequências elevadas de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação na UTI.

Para Morton *et al.* (2007) a prática de enfermagem de cuidados críticos ocorre na interface do enfermeiro com o paciente e a família em um ambiente que requer humanismo e compaixão, em contrapartida à tecnologia agressiva. Sendo responsável pelo ambiente e pelo tom físico e emocional na UTI e, considerando que a criação de um ambiente em que os pacientes se sintam seguros, é a meta mais importante para o enfermeiro, este deve ter a percepção de que atualmente a enfermagem se depara com a dicotomia de acompanhar o avanço tecnológico existente e de entrar na vivência do outro, transformando seu fazer técnico em uma arte humanizada (BARROS; PAGANINI; WILLIG, 2006).

Tendo ele o conhecimento de que para a sociedade a UTI significa sofrimento, morte, tecnologia e falta de humanismo e sabendo ainda que o paciente internado neste espaço depende quase que inteiramente do cuidado do outro, é necessário que além do domínio de todos os aparatos tecnológicos o enfermeiro possibilite a diminuição de seu

isolamento e medo da solidão proporcionando um contato mais próximo com a família e, para um resultado satisfatório deve então preparar e cuidar o familiar para que este possa realmente ser incluído na assistência, o que, acaba por promover um ambiente mais humano possibilitando o afeto e o carinho tão necessários neste momento. A comunicação entre família, equipe de enfermagem e paciente é de extrema importância para que se consiga prestar uma assistência de qualidade e com humanização. Para Rodrigues (2003), se o enfermeiro tiver uma boa comunicação e um bom contato com a família do paciente, consegue estabelecer um melhor plano de cuidado. Segundo Inaba (2004), além de dar apoio ao paciente, a família pode oferecer informações necessárias, pois conhecem os gostos, expressões e manias do paciente principalmente com deficiência de comunicação verbal. A família tem amparo legal e deve ser informada sobre as condições de saúde e comunicada de que maneira está sendo realizado o tratamento do familiar, como também pode participar ativamente do processo de cuidados. Mesmo assim a família não deve ser vista como apoio “técnico” ao trabalho da equipe, mas como indivíduos que também precisam de cuidados de Enfermagem (NASCIMENTO; MARTINS, 2000).

Felisbino (1994, p. 16) diz que: “Os familiares do paciente internado na UTI são um todo e estão em constante interação com o ambiente, dando e recebendo energia; [...] podem apresentar desequilíbrio de necessidades humanas básicas (NHB) em nível psicobiológico, psicossocial, ou psico espiritual, podendo estar total ou parcialmente dependentes do enfermeiro, precisam de atendimento para se tornarem capazes de colaborar no atendimento de suas NHB afetadas e as do paciente, de forma a favorecer a recuperação, manutenção e promoção do equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.”

Segundo Morton *et al.* (2007), é responsabilidade do enfermeiro, incluir os membros da família de modo a prestar um cuidado holístico e o envolvimento contínuo no cuidado ao paciente. Para tal consideramos que a inclusão da família na assistência favorece os laços afetivos e colabora para que o impacto da hospitalização e a ansiedade pelo tratamento diminuam consideravelmente; uma vez que a família pode dar o suporte de informações sobre as características de sua vida social, o que está acontecendo em sua casa, sobre os amigos e atividades antes desenvolvidas, além de fornecer o amor e o amparo que o paciente necessita. Para realizar uma assistência humanizada devemos considerar a comunicação como um fator importante para estabelecer as formas de cuidado ao paciente e a família. Devemos passar as informações claras e objetivas sobre o estado de saúde do paciente e sobre os equipamentos tecnológicos usados na terapia. O entendimento sobre a família deve ir além de considerá-la apenas como visita, devemos cuidá-la, entendendo suas emoções, questionando-a sobre suas dúvidas e orientando-a para incluí-la na assistência durante a hospitalização. A visita a UTI sempre foi motivo de discussão entre profissionais da saúde. Segundo Guanaes (2003, *apud* SOUZA; CHAVES; SILVA, 2006 p. 610) “Entende-se como visitante, a unidade social proximamente conectada ao paciente, através do amor, podendo ter ou não laços legais ou de consanguinidade”.

Enfermeiro deve estar atento e favorecer a flexibilidade de horários das visitas respeitando sempre a necessidade de cada um. Para realmente existir um processo de inclusão do familiar, as informações não podem ater-se somente às normas e rotinas da instituição, devem ser direcionadas também ao cuidado prestado, ao estado clínico real e de como o familiar pode contribuir no tratamento. Pois, observa-se que frequentemente familiares de pacientes internados em UTI mostram-se ansiosos, temerosos e sentem-se muito desamparados em suas capacidades de intervir e ajudar o paciente (HUDAK ; GALLO, 1997).

1.2 Definição do problema

Quais são as percepções dos familiares com pacientes em unidades de terapia intensiva adulto.

1.3 Objetivo

1.3.1 Objetivo Geral

Identificar as percepções dos familiares com paciente em unidade de terapia intensiva adulto.

1.3.2 Objetivo Especifico

- Identificar as principais angustias que os familiares têm frente a internação de seu ente querido na Unidade de Terapia Intensiva.
- Identificar a postura da equipe de enfermagem com o familiar do paciente.
- Realizar a sensibilização através de palestras, folder explicativos, sobre as principais angustias dos familiares.

2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA OU LITERARIA

Unidade de Terapia Intensiva

A unidade de terapia intensiva é destinada a prestar atendimento a pacientes graves ou de risco que necessitam de assistência médica e de enfermagem sem interrupção, além de equipamentos e recursos humanos especializado. Conforme Fernandes; Daher; Hanguí (2006, p. 249) esse serviço proporciona recursos para a realização do cuidado intensivo, aliado ao conhecimento da doença e a precisão de equipamentos ao desenvolvimento de métodos assistências e a uma vigilância contínua.

Toda a unidade de terapia intensiva deve ter um funcionamento de qualidade que assegure e de suporte a cada paciente, assim como a garantia de vida, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da observação da estabilidade de seus sinais vitais; direito a uma assistência humanizada; uma exposição mínima aos riscos decorrentes do próprio tratamento em relação aos benefícios obtidos; monitoramento permanente da evolução do tratamento.

De acordo com Góes (2012, p. 124) denomina-se “UTI especializada” aquela destinada ao atendimento de pacientes em uma especialidade médica ou selecionados por patologias: cardiológicas, coronarianas, neurológicas, respiratória, queimados, trauma e entre outras.

Cada unidade de terapia intensiva deve ser uma área distinta dentro do hospital, quando possível, com acesso controlado, sem transtornos para outros departamentos. Seguindo Fernandes; Daher; Hanguí (2006, p. 250) a UTI deve localizar-se próxima ao centro cirúrgico e a sala de recuperação pós anestésicos, com facilidade de acesso aos elevadores, serviços de radiologia e laboratórios.

Toda a unidade de terapia intensiva deve manter um prontuário para cada paciente, com todas as informações sobre o tratamento e sua evolução, contendo os resultados dos exames realizados permanentemente anexados a sua evolução. Os prontuários devem estar adequadamente preenchidos, de forma clara e precisa, atualizados, assinados, carimbados e datados pelo médico responsável por cada atendimento e acessível para auditoria, assim como, para consulta dos pacientes ou responsáveis, desde que assegurados as condições de sigilo previstas no Código de Ética Médica, e de Direito, previstos no Código de Defesa do Consumidor.

Segundo Fernandes; Daher; Hanguí (2006, p. 125) o planejamento de cuidado, se dirigido para as reais necessidades do paciente, oferece oportunidade para que se concretize o exercício das capacidades amplas de enfermagem. A passagem de plantão, as anotações de maneira correta facilitam o planejamento do cuidado ao paciente, assim como o conhecimento das necessidades do paciente através de um exame físico realizado pela equipe de enfermagem na chegada de plantão.

A UTI surgiu através da necessidade de oferecer um suporte maior para pacientes agudamente doentes, é um ambiente reservado e único no ambiente hospitalar que oferece monitoria e vigilância 24h para seus pacientes. Conforme Góes (2012, p. 125) a UTI deve ocupar uma área física própria dentro do hospital. O acesso deve ser restrito constituindo-se em uma unidade física exclusiva.

Existem diversas doenças e casos que podem levar um paciente para ir a UTI, mas geralmente são doenças de coração, como infarto, doenças respiratórias, complicações cerebrais, como um AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou então uma hipotensão arterial. Normalmente, a UTI é formada por diversos profissionais, é uma equipe interdisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais.

Toda a UTI deve ter no mínimo, o seguinte corpo funcional: Um responsável técnico, especializado em medicina intensiva, para a modalidade de UTI sob sua responsabilidade. Um enfermeiro chefe, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem. Um médico diarista para cada 10 leitos ou fração, especialista em medicina intensiva, responsável pelo acompanhamento diário da

evolução clínica dos pacientes internados na UTI, ou semi intensiva, quando existente. Um fisioterapeuta. (GÓES; 2012, p. 126, 127).

A quantidade de técnicos de enfermagem tem de ser suficiente para que o paciente seja atendido adequadamente, além dos profissionais de fisioterapia, nutrição, psicologia e assistência social. Por segurança as grades das camas ficam elevadas e os pacientes geralmente com as mãos presas, o que é muito importante para evitar que se machuquem. Tem uma série de recursos tecnológicos, muitos aparelhos ligados ao paciente, os exames de laboratório são frequentes e a avaliação clínica é constante. A equipe de saúde tem que estar próxima e sempre alerta para qualquer necessidade e sempre ter um médico e enfermeiro de plantão.

O ambiente de uma UTI é sempre visto como algo carregado do ponto de vista ambiental, estão sendo feitas algumas medidas para tornar os ambientes mais humanos e mais leve a sua aparência, tanto para pacientes como para a equipe médica, algumas delas são o acesso a luz natural, para que o paciente venha ter a noção de tempo e espaço, cores e moveis claros e adequados aos quartos e etc. Segundo Fernandes; Daher; Hangui (2006, p. 252) a estrutura física e os aparelhos necessários resultam em um ambiente que causa estresse ao paciente e aos funcionários. Algumas medidas são usadas para diminuir esse estresse.

Há mais de uma década e meia, o relacionamento com o paciente sob tratamento hospitalar vem sendo valorizado, o visitante passou a ser considerado como parte contribuinte na recuperação do doente. No entanto, sendo o hospital um lugar insalubre, pelas atividades exercidas e pela clientela, há necessidade de informações claras para a proteção de ambos (paciente e visitante), quanto a possíveis contaminações.

Segundo Fernandes; Daher; Hangui (2006, p 249) esse serviço proporciona recursos para a realização do cuidado intensivo, aliado ao conhecimento da doença e a precisão de equipamentos ao desenvolvimento de métodos assistenciais a uma vigilância contínua.

A unidade semi intensiva é destinada a pacientes que exigem cuidados intensivos, geralmente em função de uma maior dependência, mas que não necessitam de monitoramento permanente. A qualificação e o treinamento das equipes de enfermagem, fisioterapia e nutrição levam em conta as necessidades específicas desses pacientes.

Constitui-se de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes, preferencialmente oriundos da UTI, que requerem cuidados de enfermagem intensivos e observação contínua, sob a supervisão e acompanhamento médico, esse último não necessariamente contínuo, mas linear (GÓES, 2012, p.124).

O trabalho dos profissionais inclui, além de uma assistência especializada, o preparo dos pacientes para o momento da alta hospitalar e para a retomada das atividades cotidianas. O trabalho dos profissionais inclui, além de uma assistência especializada, o preparo dos pacientes para o momento da alta hospitalar e para a retomada das atividades cotidianas. A unidade semi intensiva com recursos humanos e tecnológicos são muito semelhantes aos da UTI.

Na unidade de terapia intensiva, os atendimentos aos pacientes são divididos de acordo com a faixa etária, neonatal para bebês de 0 a 28 dias de vida, pediátrico para crianças de 29 dias e adolescentes de 18 anos incompletos, e adultos, mas pacientes acima de 14 anos já podem ter atendimento no adulto.

2.2 Cuidados com paciente

Vila e Rossi (2002), afirmam que o paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para

as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física.

Estar internado em uma UTI indica que o caso inspira cuidados. O paciente que precisa de uma unidade de tratamento intensivo é aquele que necessita de monitoração constante dos seus sinais vitais, do estado hemodinâmico e da função respiratória (Pinheiro, 2014).

Segundo Pinheiro (2014) todo o paciente internado em uma UTI precisa estar monitorizado. O monitor serve para a equipe médica avaliar de modo contínuo e “ao vivo” os sinais vitais do paciente.

Pinheiro afirma que o paciente em UTI costuma não estar em condições de tomar comprimidos. O médico escolhe uma veia e implanta um cateter para poder administrar as drogas necessárias. O cateter venoso profundo também pode ser usado nos casos em que não se consegue mais punccionar uma veia periférica dos braços ou das pernas. Se a paciente precisa de drogas intravenosas e não apresenta veias adequadas nos braços, uma veia profunda pode ser a solução.

De acordo com Pinheiro (2014) todo paciente com sinais de instabilidade hemodinâmica é submetido ao cateterismo de bexiga. Deste modo, conseguimos aferir precisamente o débito urinário do paciente. Pacientes graves, com instabilidade dos sinais vitais, costumam apresentar insuficiência renal aguda, ou seja, uma ausência de funcionamentos dos rins. Um dos sinais de sofrimento dos rins é a diminuição da diurese. A insuficiência renal aguda é uma complicação comum nos pacientes em estado crítico internados em um CTI. Quando os rins param de funcionar, é preciso iniciar um tratamento chamado hemodiálise.

Segundo Graças (2009) o cuidar do ser, o cuidado da pessoa que se encontra em situação de doença revela originalmente o sentido da própria existência da enfermagem. É pelo cuidado que a enfermagem se faz presente e expressa seus conhecimentos, habilidades e atitudes. É no ato de cuidar que a enfermagem cria e recria a própria cultura do cuidar, que é, a sua essência e ética.

Segundo Pinheiro (2014) é importante frisar que o paciente que necessita de uma unidade de tratamento intensivo normalmente apresenta falência de um ou mais órgãos vitais. Os procedimentos descritos acima visam monitorar e substituir essas funções até que o organismo seja novamente capaz de desempenhar esse trabalho por conta própria.

Cuidar é mais que do que um ato ou momento de atenção, zelo e desvelo. É uma atitude. E por atitude, nessa situação, entende-se a fonte geradora de muitos atos que expressam a preocupação, a responsabilização radical e a aproximação vincular com o outro. Cuidar, portanto, configura uma atitude que possibilita a sensibilidade para com a experiência humana, reconhecendo o outro como pessoa e sujeito [...] (ZOBOLI, 2003).

2.3 Cuidados como o familiar do paciente em UTI

O cuidar é feito com o outro e não apenas um procedimento, uma intervenção técnica, mas uma relação de ajuda, que envolve respeito, compreensão e o uso do que toque de forma mais efetiva (Waldow, VR. 1998).

A comunicação não-verbal é uma das bases nos cuidados paliativos, que são os cuidados prestados aos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos, e que precisa de qualidade de vida, enquanto ela durar. (McCoughlan, M. 2003).

Segundo Stefanelli (1993) a comunidade contribui para a excelência da prática da enfermagem e cria oportunidades de aprendizagem para o paciente, podendo despertar o sentimento de confiança entre paciente e enfermeiro.

Somente pela comunicação efetiva é que o profissional pode ajudar o paciente a conceituar seus problemas, enfrenta-los, visualizar sua

participação na experiência e alternativas de soluções dos mesmos, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento. Existem dois tipos de comunicação: a verbal e a não-verbal, sendo que a comunicação verbal se refere às palavras expressas por meio da fala ou escrita e a não-verbal ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões, faciais, postura corporal. A atenção à comunicação não-verbal é essencial ao cuidado humano, por resgatar a capacidade profissional de saúde de perceber com maior precisão, os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização, além de ajudar a potencializar sua própria comunicação. (SILVA, MJP. 1996).

De acordo com Nascimento (2000) as famílias dos pacientes necessitam também de cuidados e não devem ser vistas como um auxílio “técnico” ao trabalho de enfermagem, mas como indivíduos a serem cuidados também pela enfermagem.

As famílias também correm riscos de doenças físicas, além de insegurança, irritabilidade, que comprometem a sua capacidade de decisão e de auxílio ao seu ente querido. Shiotsu (2007) afirma que os profissionais de saúde não assumem que cuidam das famílias, que são responsáveis por elas.

Por se tratar de um momento difícil para a família, é importante que a equipe de enfermagem esclareça as dúvidas dos familiares sobre o estado do paciente, assim como, o tratamento que o paciente recebe, para que a angústia e as dúvidas sejam minimizados e até eliminadas. Devido à separação a família fica ainda mais angustiada e preocupada, assiste procedimentos evasivos, e percebidos como agressivos, sem receber o devido esclarecimento e sem ser solicitado o seu consentimento. Segundo Lunardi (2004) a família do paciente que recebe atendimento na UTI sente-se desassistida, especialmente, quando o estado de saúde de seu familiar internado é percebido como grave.

Viana (2003) afirma que a família é considerada essencial para a recuperação do paciente, porque ajuda no restabelecimento do equilíbrio psicológico e diminuição de sofrimento, além de proporcionar coragem e esperança para que a recuperação seja muito mais rápida.

O adulto internado em UTI tem uma separação grande da família, que só pode visitá-lo nos horários permitidos, a partir daí a equipe quem toma as decisões e o cuidado do paciente, o que gera na família um sentimento de impotência que é definida como um sentimento de desesperança, abandono e falta de controle, afirma Sparks (2000).

Lunardi (2004) afirma que os profissionais de saúde estão habituados ao ambiente de trabalho e esquecem que tudo pode ser estranho e atemorizante para os familiares do paciente. Ajuda-los a familiarizarem-se com os ambientes físicos e proporcionar-lhes explicações, acerca das rotinas e procedimentos comuns em determinado tipo de serviço de saúde, ajudaria a contornar muitos dos problemas por eles vivenciados.

A família, além de passar pelas mudanças causadas pelo processo de adoecer do seu parente, ainda se depara com um ambiente até então estranho, com pessoas desconhecidas, onde se executa procedimentos diversificados e, muitas vezes, incompreensíveis, com máquinas assustadoras, que gera expectativas com conseqüente estado de ansiedade e que pode permanecer até o momento do término da internação (LUNARDI, FD. 2004).

De acordo com o Silva (2000) para que a família cumpra o seu papel de dar suporte à situação vivenciada pelo paciente, também precisa de suporte nas suas necessidades físicas e emocionais, como uma conversa esclarecedora, uma cadeira extra para que o familiar possa ficar tocando seu ente querido, um cafezinho em um momento mais crítico.

A presença do familiar é muito importante para aliviar a ansiedade, o desconforto e a insegurança afirma Silva (2000). O profissional de saúde não pode, de maneira alguma,

negar o núcleo no qual o paciente vive, e o familiar é muito importante para que se possa entendê-lo e, por essa razão, ajudar na tarefa de reequilibrar e reharmonizar o doente.

A família proporciona o bem-estar e a saúde de seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem. (WRIGHT, LM. 2002).

2.4 Humanização

Nos estudos de Costa, Figueiredo e Schaurich (2008), os profissionais de enfermagem definiram humanização como ter respeito pelo ser humano, ver o paciente de forma holística englobando o contexto familiar, social incorporando valores, crenças, e aspectos culturais.

O processo de hospitalização é um evento estressante, porém singular para pacientes e familiares. O cuidado de enfermagem é o ponto chave da hospitalização, uma vez que permite estabelecer intervenções terapêuticas centradas no paciente/ família e, dessa forma, torna-se possível o aprimoramento de uma relação interpessoal enfermeiro, paciente e família.

Gomes (2005) expressa, que é de fundamental importância que a assistência de enfermagem prestada aos pacientes de unidade de terapia intensiva (UTI), entenda qual o contexto em que as famílias estão inseridas, as características e as peculiaridades que apresentam, pois, o indivíduo é extremamente influenciado pelas relações sociais, culturais e econômicas de sua família.

Na ótica de Assunção e Fernandes (2009) a UTI surgiu da necessidade de oferecer suporte e tratamento a pacientes potencialmente graves, que possuem chances de sobreviver. A UTI é uma unidade de monitorização e vigilância contínua. O ambiente da UTI pode ser considerado fonte de estresse que envolve tanto paciente quanto a equipe de saúde, podendo gerar distúrbios psíquicos e fisiológicas. Diante deste cenário pode-se abstrair dos autores citados, que o censo de humanizar depende unicamente de cada pessoa do comprometimento com o próximo, com o mundo em que os rodeia, proporcionando com essas ações uma assistência humanizada. Para Matsuda, Silva e Tisolín (2009) a humanização ainda consiste num desafio para a profissão que precisa se adequar às demandas tecnológicas que tanto têm prevalecido.

O Ministério da Saúde, através da portaria nº 881, de 19/06/2001, instituiu o Programa Nacional da Humanização – PNHAH, para fazer parte de um processo de políticas e implementação de ações de humanização da assistência, direta ou indiretamente aos clientes que necessitam de cuidados no processo de saúde/doença. Com a proposta de melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados, priorizar as relações entre profissional da saúde, usuários e familiares (BRASIL, 2002).

2.4.1 Humanização do Cuidado em Terapia Intensiva: Saberes e Fazeres expressos por enfermeiros.

Segundo Oliveira (2012) a unidade de terapia intensiva destina-se ao tratamento de pacientes gravemente enfermos e com risco de morte. Em decorrência das complexas atividades para manutenção da vida desenvolvidas nestes setores, há uma supervalorização de tecnologias em detrimento do aspecto humano, o que tem suscitado que comprovam a importância de se resgatar o lado humano do cuidado, buscando oferecer uma assistência de enfermagem na atenção das necessidades biopsicossocioespirituais do cliente. Porém, apesar dos esforços ainda é possível perceber que nessas unidades o cuidado desumano ou o descuidado em relação ao paciente e seus familiares ainda se faz presente.

2.4.2 O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI.

A humanização de acordo com os valores éticos consiste em tornar a prática da enfermagem em bela, mesmo que seja degradante, doloroso na natureza humana, o sofrimento, a deterioração e a morte. Ferreira (1988, p. 346) afirma que a humanização é “tornar-se humano, humanizar-se. Tornar benévolo, afável, humano. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar”.

De acordo com Moraes et al (2004) o ponto chave do trabalho de humanização está no fortalecimento desta posição ética de trabalho de humanização está no fortalecimento desta posição ética de articulação do cuidado técnico científico, já construído, conhecido e dominado, ao cuidado que incorpora a necessidade, a exploração e o acolhimento do imprevisível, do incontrolável, ao indiferente e singular.

A humanização dos serviços deve ser vista não enquanto um modismo, mas como uma questão que vai além dos componentes técnicos, instrumentais, que envolve as dimensões político – filosóficas que lhe dão sentido. (CASATE; CORREA, 2005)

2.4.3 Humanização em unidade de terapia intensiva adulto: Compreensão da equipe de enfermagem.

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2003).

Segundo Mezzomo (2001, p.276), um hospital humanizado é aquele que sua estrutura física, tecnologia, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade. É portanto, da convergência de vários aspectos presentes nos contextos hospitalares que se conseguirá implantar e implementar a política de humanização como estratégia eficaz para um atendimento resolutivo e acolhedor ao usuário, e garantir educação permanente aos profissionais, bem como sua participação nos modelos de gestão para alcançar melhorias na produção de cuidados de saúde.

2.4.4 A importância da humanização na unidade de terapia intensiva

Castro (1990) e Lima (1993) dizem que o surgimento das UTIs se deu a partir da necessidade de concentração de recursos materiais e humanos e do aperfeiçoamento para o atendimento e pacientes graves e em estados críticos, porém ainda recuperáveis, e também da necessidade de uma assistência médica, de uma equipe multidisciplinar contínua e com observação constante, centralizados em um núcleo especializado.

Boemer (1989), afirma que a própria dinâmica de uma UTI não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor. Pelo fato da UTI ser um lugar que demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante, a humanização torna-se uma tarefa nada fácil, sabendo-se que os profissionais de saúde, que atuam dentro das unidades intensivas esforçam-se para desenvolver ações no sentido de proporcionar uma ação, mas humanizada.

Segundo Amib (2004) humanização é: (...) um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que

merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares em que cada um se encontra. Diante das necessidades dos indivíduos, a humanização deve ser individualizada, deve-se dar atenção necessária a cada indivíduo, a cada família, de maneira particular. A humanização é uma mudança de atitudes e comportamento frente ao paciente e seus familiares.

O medo de morrer ou ser portador de uma doença grave também separam o paciente de sua família, por isso, faz-se necessário o desenvolvimento imediato de relações dependentes e íntimas com estranhos. Mediante o estado emocional do paciente a equipe tenta confortá-lo usando-se de falar como “você ficara bem”. Amib (2004) afirma que, falas como essa servem apenas para reforçar a sensação de distância que o paciente está sofrendo, pois, a atividade e eficiência que circundam o paciente aumentam a sensação de separação.

Tem-se visto nos últimos anos um considerável aprimoramento e crescimento de ações concretas destinadas a promover a humanização da assistência hospitalar no âmbito das UTIs. (SALICIO; GAIVA, 2006). UTI recebe pacientes graves, mas recuperáveis, onde os profissionais se empenham a maximizar suas chances de vida com uma assistência de qualidade.

Humanização é entendida como uma medida que busca resgatar o respeito à vida humana em ocasiões éticas, psíquicas e sociais, dentro do relacionamento humano, que aceita a necessidade de resgatar dos aspectos biológicos, fisiológicos e subjetivos. É fundamental adotar uma prática na qual o cliente e o profissional considerem como parte da sua assistência humanizada o conjunto desses aspectos, possibilitando assumir uma posição ética de respeito mútuo. (MORAIS; GARCIA; FONSECA, 2004).

Para Moraes, Garcia e Fonseca (2004) é inadmissível pensar que a humanização dentro de um hospital está apenas na questão de aquisição de materiais, equipamentos e local adotado, moderno e suficiente, a humanização é, sobretudo um problema que envolve as atividades das pessoas que ali trabalham, procurando oferecer ao paciente desde o momento de sua internação um tratamento que o respeite como ser humano, em que a alteração do ambiente, suas rotinas, a dependência e o medo do desconhecido não acarretam comprometimento psicoemocional.

O processo vivencial que envolve a humanização procura dar ao paciente o tratamento como pessoa humana que merece, dentro de cada circunstância peculiar que se encontra em cada momento cada indivíduo. A humanização deve ser trabalhada e desenvolvida de acordo com os interesses de um grupo ou de uma pessoa. O cuidar não é dever somente de uma classe profissional e sim um dever do ser humano para outro ser humano como pessoa. (MEDINA; BACKES, 2002).

É necessário que haja uma interação entre quem cuida e quem é cuidado, e que nessa interação aconteçam trocas de informações e sentimentos. Segundo Amib (2004) a humanização é um conjunto que engloba: o ambiente físico, o cuidado dos pacientes e seus familiares e as relações entre a equipe de saúde. As interações dentro da UTI visam tornar efetivas a assistência ao indivíduo doente, considerando-o como um todo bio-psico-socio-espiritual.

A comunicação é uma necessidade básica humana, sem a qual a existência do ser humano seria no mínimo impossível, portanto é pela comunicação verbal e não verbal, que está intimamente ligada à humanização, estabelecida com o paciente que podemos compreendê-lo em sua visão de mundo, seu todo, ou seja, seu modo de agir, pensar e sentir. (STEFANELLI, 1993).

Em seu artigo Silva (2000) refere-se que estudos com pacientes internados em UTI demonstram que o simples toque nas mãos, que é demonstração de afeto que ocorre entre os familiares e membros da equipe de saúde com o paciente pode alterar os ritmos cardíacos do mesmo, que diminui quando ocorre essa manifestação de carinho.

3 METODOLOGIA

Estudos exploratório descritivo com abordagem qualitativa, será realizado na UTI adulta de um hospital público no município de Joinville.

A instituição escolhida para a pesquisa foi um hospital público, vinculado ao Governo do Estado de Santa Catarina, que atende à população do norte catarinense.

Os atores sociais do estudo serão familiares de pacientes internados na UTI no período da aplicação do estudo; foram selecionados aleatoriamente, com base na relação fornecida pela chefia de enfermagem da UTI. Os participantes serão convidados a participar da pesquisa e assinarão o termo de livre e esclarecido.

A coleta de dados será dividida em quatro etapas. Primeira será a entrevista, seguida do questionário, folder e pôr fim a palestra.

Entrevista será realizada individualmente, no interior da UTI, em um local privativo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em que constava a solicitação para agravar as informações. Os dados da entrevista vão ser fundamental para a elaboração do questionário e para as próximas etapas.

Na entrevista o familiar internado na UTI, irá responder algumas perguntas sobre o familiar internado, se ele tem dúvidas sobre todos os aparelhos que estão ligados ao familiar e como o familiar vê e entende a equipe de enfermagem e o médico, quais os pontos positivos e negativos de todo o apoio prestados a família e se a apoio.

No questionário o familiar do paciente internado na UTI, irá responder algumas perguntas específicas sobre as dúvidas mais relatadas na entrevista para pôr fim serem respondidas na palestra.

Folder será elaborado com base na entrevista e no questionário aplicados anteriormente. Será entregue na palestra realizada com o grupo de familiares que tem parentes internado na Unidade de Terapia Intensiva e posteriormente entregue no ambiente hospitalar.

Os dados do folder serão fundamentais para esclarecimento das dúvidas mais frequentes dos familiares.

Será realizado uma palestra com base no questionário feito aos familiares, respondendo às perguntas referentes ao significado da família, do acolhimento, as orientações recebidas, dúvidas e anseios.

Palestra será realizada em grupo no auditório do hospital em dias de semana e finais de semana para maior disponibilidade do familiar.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com a inscrição 48063615.4.0000.5363. Todos os procedimentos metodológicos obedecem aos padrões estabelecidos pela resolução 466/12, que trata das Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

4 ANÁLISE DE DADOS

O estudo provocado pelas hipóteses e pelo problema permitiu a elaboração de um questionário direcionado aos colaboradores para a coleta de dados, buscou analisar como os colaboradores sentem-se em relação aos cuidados de enfermagem sobre seu familiar internado na unidade de terapia intensiva e a relação a equipe de enfermagem com os colaboradores, referente as suas dúvidas, anseios e angústias. O questionário, composto de 14 perguntas direcionadas aos colaboradores foi aplicado em papel impresso com opções de múltipla escolha preenchido individualmente.

Com o intuito de compreender as dúvidas, anseios e angústias dos familiares sobre a qualidade do cuidado de enfermagem com o familiar internado foi realizado uma conversa com uma profissional de enfermagem sobre quais as dúvidas mais constantes dos familiares. No momento do preenchimento do questionário pelos colaboradores foi realizado uma palestra explicativa sobre as maiores dúvidas.

Com isso, foi possível verificar as maiores dúvidas dos colaboradores e a abordagem que a equipe de enfermagem utiliza com o familiar do paciente internado.

4.1 Análise dos questionários

A partir da coleta de dados efetuados apresenta-se abaixo em forma de tabela os resultados dos questionários aplicados.

Tabela 1: Você sabe por que deve utiliza o avental, luvas, e pro-pés ao visitar seu familiar? Por que do isolamento?

Item	Número de pessoas	Percentual
SIM	30	96,77%
NÃO	1	3,22%

(Fonte primaria: 2016)

Tabela 1 mostra que 96,77% dos familiares colaboradores foram orientados pela equipe de enfermagem sobre a importancia da utilização dos equipamentos de proteção individual e porquê do isolamento do seu familiar; e 3,22% dos colaboradores não foram orientados ou não estavam no momento da orientação.

Tabela 2: Quais dos aparelhos abaixo você não sabe a finalidade.

Item	Número de pessoas	Percentual
Traqueostomia	12	38,70%
Macronebolizador	9	29,03%
Sonda nasogástrica, nasoenteral e gástrica	11	35,48%
Ventilação mecânica	9	29,03%
Bomba de infusão	12	38,70%
Acesso central	13	41,93%
Oxímetro	9	29,03%
Sonda vesical	13	41,93%
Outros	4	12,90%

(Fonte primária: 2016)

Tabela 2 mostra que 38,70% dos colaboradores não sabe o que significa e a sua finalidade: 38,70% traqueostomia; 29,03% macronebolizados; 35,48% sonda nasogástrica, nasoenteral e gástrica; 29,03% ventilação mecânica; 38,70% bomba de infusão; 41,93% acesso central; 20,09% oxímetro; 41,93% sonda vesical; 12,90% outros. Os familiares não foram orientados pela equipe de enfermagem e equipe médica sobre a sua finalidade, mas também não questionaram o porquê de seu familiar estar utilizando.

Tabela 3: Você sabe por que seu parente está dormindo ou sonolento?

Item	Número de pessoas	Percentual
SIM	27	87,09%
NÃO	4	12,90%

(Fonte primária: 2016)

Tabela 3 mostra que 87,09% dos familiares colaboradores sabem o porquê de seu familiar estar sedado e a sua finalidade. 12,90% não sabem o motivo de seu familiar estar sedado, mas não questionaram a equipe de enfermagem.

Tabela 4: Você sabe por que o paciente está na UTI?

Item	Número de pessoas	Percentual
SIM	30	96,77%
NÃO	1	3,22%

(Fonte primária: 2016)

A tabela 4 mostra que 96,77% dos familiares colaboradores foram orientados sobre a necessidade de seu familiar estar em uma unidade de terapia intensiva e 3,22% não foram orientados.

Tabela 5: Você sabe quem são os responsáveis pelos cuidados do seu familiar internado.

Item	Número de pessoas	Percentual
SIM	26	83,87%
NÃO	5	16,12%

(Fonte primária: 2016)

Na tabela 5, 83,87% dos colaboradores sabem quem é o técnico, enfermeiro e médico responsável pelos cuidados de seu familiar e 16,12% não sabem e não questionaram a equipe de enfermagem.

Tabela 6: Na sua opinião a equipe de enfermagem está dando a atenção necessária a seu parente internado?

Item	Número de pessoas	Percentual
SIM	30	96,77%
NÃO	1	3,22%

(Fonte primária: 2016)

Na tabela 6, 96,77% dos colaboradores afirmaram que seu familiar esta recebendo a atenção e os cuidados necessarios, 3,22% afirmaram que seu familiar não esta recebendo a atenção necessaria.

Tabela 7: Na sua opinião, higiene e conforto de seu parente estão de forma adequada?

Item	Número de pessoas	Percentual
SIM	31	100%
NÃO	0	0%

(Fonte primária: 2016)

Tabela 7 mostra que 100% dos colaboradores afirmam que seu familiar esta recebendo a higiene e o conforto adequado perante a sua necessidade.

Tabela 8: Quanto ao horário de visita, você considera bom?

Item	Número de pessoas	Percentual
SIM	27	87,09%
NÃO	4	12,90%

(Fonte primária: 2016)

Tabela 8 mostra que 87,09% dos colaboradores concordam que o horário e o tempo de visita é bom, 12,90% discordam e afirmam que o horário de visita não é bom.

Tabela 9: Suas dúvidas estão sendo respondidas de forma clara e objetiva pela equipe de enfermagem?

Item	Número de pessoas	Percentual
SIM	30	96,77%
NÃO	1	3,22%

(Fonte primária: 2016)

Na tabela 9, 96,77% dos colaboradores afirma que suas dúvidas estão sendo respondidas de forma clara pela enfermagem, 3,22% discordam e afirmam que suas dúvidas não estão sendo respondidas de forma clara pela equipe.

Tabela 10: Na sua opinião a equipe de enfermagem atende as suas expectativas?

Item	Número de pessoas	Percentual
SIM	29	93,54%
NÃO	2	6,45%

(Fonte primária: 2016)

Tabela 10 mostra que 93,54% dos colaboradores afirmam que toda a equipe de enfermagem atende as expectativas quanto ao cuidado com o seu familiar internado e 6,45% afirmam que a equipe de enfermagem não atende a suas expectativas quanto ao cuidado com o seu familiar.

Tabela 11: Você sabe por que ele (a) não está totalmente consciente?

Item	Número de pessoas	Percentual
SIM	26	83,87%
NÃO	5	16,12%

(Fonte primária: 2016)

Tabela 11 mostra que 83,87% dos colaboradores foram orientados sobre o seu familiar não estar totalmente consciente e 16,12% não foram orientados.

Tabela 12: Você sabe quanto tempo ele (a) ficará na UTI?

Item	Número de pessoas	Percentual
SIM	6	19,35%
NÃO	25	80,64%

(Fonte primária: 2016)

Tabela 12 mostra que 19,35% dos colaboradores sabem o tempo que seu familiar precisará ficar internado na UTI e 80,64% não sabem o tempo que seu familiar precisará ficar internado.

Tabela 13: Você recebeu alguma informação se ele (a) terá alguma sequela?

Item	Número de pessoas	Percentual
SIM	11	35,48%
NÃO	20	64,51%

(Fonte primária: 2016)

Tabela 13 mostra que 35,48% dos familiares colaboradores sabem que seu familiar terá ou não alguma sequela; e 64,51% não sabem se seu familiar terá ou não sequela.

Tabela 14: Você está sendo informado regularmente das mudanças do estado de seu familiar?

Item	Número de pessoas	Percentual
------	-------------------	------------

SIM	30	96,77%
NÃO	1	3,22%

(Fonte primária: 2016)

Tabela 14 mostra que 96,77% dos familiares estão sendo informados sobre a mudança de estado do seu familiar internado; 3,22% não são informados ou não questiona a equipe de enfermagem.

4.2 ANÁLISE QUANTITAVA DOS DADOS

O questionamento tratou sobre a opinião dos familiares sobre o cuidado que a equipe de enfermagem exerce com seu familiar internado e a orientação que recebem sobre os procedimentos e a sua importância. De acordo com os colaboradores, a maior dificuldade deles era compreender o porquê do seu familiar estar com tantos aparelhos e qual a finalidade de todos os aparelhos.

Ao serem questionados sobre o cuidado de enfermagem e a atenção que seu familiar recebe na unidade de terapia intensiva, os familiares afirmam que apesar do pouco tempo de visita o seu familiar, notam que está recebendo a atenção adequada e maior do que em outros setores do hospital, pois na uti é um técnico para dois pacientes e sempre tem o enfermeiro e médico presente. Sobre o horário de visita eles afirmam estar bom, apesar de curto, mas entendem que na unidade de terapia intensiva o cuidado e os procedimentos são constantes em todos os pacientes internados.

Quando questionados se a equipe de enfermagem promove higiene e conforto de seus familiares, os colaboradores são unânimes e afirmam que sim, que seus familiares estão sempre limpos e apresentáveis, apesar de estarem inconscientes e sedados. Questionados sobre o estado de saúde geral e as suas mudanças, o tempo que permanecera na uti ou se ele terá alguma sequela, os colaboradores respondem que não são informados, mas relataram que compreendem a falta de resposta da equipe sobre essas questões, pois seus familiares ainda estão se recuperando e estão sedados.

Constatou-se que os colaboradores acreditam que apesar da gravidade do seu familiar, o restrito horário de visita, a falta de resposta para algumas dúvidas, vaga explicação sobre alguns procedimentos realizados em seu familiar, a unidade de terapia intensiva seja o melhor local para o seu familiar estar, pois na uti ele recebe atenção maior do que em outros setores do hospital. Logo associasse que a humanização é mais que do que um ato ou momento de atenção, zelo e desvelo. É uma atitude. E por atitude, nessa situação, entende-se a fonte geradora de muitos os atos que expressam a preocupação, a responsabilização radical e a aproximação vincular com o outro.

Com a análise dos resultados das pesquisas e os dados obtidos, pode-se notar que humanização exercida pela equipe de enfermagem é vista como boa pelos colaboradores, pois sentem mais segurança no cuidado exercido pela equipe na uti.

A partir dos resultados da pesquisa quantitativa os colaboradores avaliaram a qualidade que a humanização com o paciente internado de modo geral é positiva, mas deixam a desejar no âmbito familiar, pois não conseguem sanar as suas dúvidas.

Algumas dessas necessidades devem ser observadas com mais atenção pela equipe de enfermagem, visando fortalecer o vínculo com o familiar do paciente esclarecendo as suas dúvidas ou simplesmente ouvindo suas angustias e anseios. Os colaboradores afirmam que há o que melhorar na humanização, mas entendem que muitas vezes a equipe de enfermagem não encontra tempo para uma conversa diante de tantos pacientes necessitando de cuidados intensivos.

CONCLUSÃO FINAL

O presente estudo permitiu um maior contato com a unidade de terapia intensiva, com a rotina da equipe de enfermagem com os familiares dos pacientes internados. Auxiliou a compreender a importância da aproximação do profissional com os familiares.

A humanização nos hospitais e a disciplina de UTI geraram o interesse para a pesquisa e trabalho de ação a comunidade. A etapa do estudo que compreende a parte teórica, nos permitiu compreender a fundamentação da humanização na unidade de terapia intensiva, auxiliou a compreender a sua importância e perceber que para a humanização não se tem fórmula pronta, mas se demonstra nos pequenos gestos da equipe de enfermagem com o familiar do paciente internado. Humanização exige atenção devido a individualidade de cada familiar, religião e a cultura, pois não deve ferir os preceitos da família.

Com o estudo e o convívio com os familiares e a equipe de enfermagem, pode se aprender mais sobre a importância da unidade de terapia intensiva e da humanização, assim como também, tivemos a oportunidade de ver os seus benefícios, pois humanização, contato da equipe de enfermagem com o familiar, os deixava menos apreensivos quanto ao cuidado de seu familiar e mais seguros, pois percebiam através desse contato que seu familiar estava bem cuidado.

Os folders, confeccionados e entregues, a palestra realizada no momento do preenchimento do questionário foram fundamentais para o esclarecimento das dúvidas mais frequentes. Com os resultados obtidos podemos ter a satisfação que nossos esforços e objetivos foram alcançados com grande êxito.

Sendo assim é comprovado e nós podemos compreender através do estudo a importância e os benefícios da humanização na unidade de terapia intensiva.

Referência bibliográfica

ALMEIDA, A. S; et al; **Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva.** Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a07v62n6.pdf>> Acessado em 01 Set. 2014.

AMIB – Associação de medicina Intensiva Brasileira. **Humanização em cuidados intensivos.** Livraria e Editora Revinter Ltda., 2004.

ASSUNÇÃO, P.G, FERNANDES, A.R. **Humanização no atendimento ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise da literatura sobre a atuação do profissional de saúde. 2009.** Disponível em: <www.scielo.br> . Acessado em 18 Out 2014.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília. Disponível em www.humaniza.org.br. Acessado em 18 Out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Humaniza SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br/humanizasus>. Acessado em 3 fev. 2008.

BOEMER, M.R.; ROSSI, L. R.; NASTARI, R. R. **A ideia de morte em unidade de terapia intensiva - análise de depoimentos.** Rev Gaúcha Enfermagem; v. 10, n. 2, p. 8-14, Jul. 1989.

CASATE, J.C; CORREA, A.K. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem.** Revista Latino-americana de Enfermagem. v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CASTRO, D.S. **Experiência de paciente internados em UTI: análise fenomenológica.** Dissertação (Mestrado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1990.

COSTA, S.C. **A equipe de enfermagem no contexto da humanização de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto.** Monografia (Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto) - Universidade Luterana do Brasil, Canoas. 2005.

FERNANDES; DAHER; HANGUI. **Manual de normas e rotinas hospitalares.** Rev. Goiânia, AB Editora, 2006. 488 p.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa.** São Paulo: Nova Fronteira, 1988.

GRACAS, E. M. das; SANTOS, G. F. dos. **Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.43, n.1, mar. 2009.

GOMES, M.A.; PEREIRA, M.L.D. **Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

GÓS. **MANUAL PRÁTICO DE ARQUITETURA HOSPITALARES.** 2ed. São Paulo : Blucher, 2011. 288 p.

INABA, L. C; **Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem.** Disponível em:

<<http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/63/body/07.htm>> Acessado em 02 Set 2014.

LIMA, M. G. **Assistência prestada pelo enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva, aspectos afetivos e relacionais.** Dissertação (Mestrado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

LUCIANE, C. **Cuidados de enfermagem na UTI adulto.** Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAe0zMAA/cuidados-enfermagem-uti-adulto>> Acessado em 02 Set. 2014

LUNARDI, F. D, NUNES, A.C, PAULETTI, G, LUNARDI, V.L. **As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Gerais.** Rev. Fam Saúde Desenv. p. 100-9, 2004.

MATSUDA, L. M; SILVA, N; TISOLIN, A. M. **Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI – adulto.** Acta Scientiarum Health Sciences. Maringá, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2003.

MEZZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.** Barueri: Manole, 2001.

MCCOUGHLAN, M. **A necessidade de cuidados paliativos.** O Mundo da Saúde. v. 27, n. 1, p. 6-14, 2003.

MEDINA, R. F.; BACKES, V. M. S; **A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico.** Rev Bras Enferm.; v. 55, n. 5, p. 522-7, 2002

MORAES, J.C.; GARCIA, V. da G.L.; FONSECA, A. da S. **Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: Visão dos clientes.** Rev. Nursing. v.79, n.7, 2004.

NASCIMENTO, E.R.P, MARTINS, J.J. **Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família.** Rev. Nursing, v. 3, n. 29, p. 26-30, 2000. (edição brasileira).

OLIVEIRA, N.E.S, OLIVEIRA, L.M.A.C. **Humanização do cuidado em terapia intensiva: saberes e fazeres expressos por enfermeiros.** 2012. Disponível em <<http://mestrado.fen.ufg.br/uoloads>> Acesso em 19 Out 2014.

PINHEIRO, P. **Pacientes na UTI – Unidade de Tratamento Intensivo.** Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2008/10/pacientes-na-uti.html>> Acessado em 02 set. 2014.

SALICIO, D. M. B; GAIVA, M. A. M. **O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI.** Rev. Eletr. Enferm; v. 8, n. 3, p. 370-376, 2006

SHIOTSU, C.H, Takahashi, R.T. **O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções.** Rev Esc Enferm. USP, v. 34, n. 1, p. 99-107, 2000.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** 4ª ed. São Paulo: Gente; 1996.

SILVA, M.J.P. **O amor é o caminho: maneiras de cuidar.** 2ª ed. São Paulo: Gente; 2000.

SPARKS, S.M, TAYLOR, C.M, JANYCE, G.D. **Diagnóstico em enfermagem.** Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores; 2000.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino.** 2ed. São Paulo: Robe; 1993.

VIANA, A.L. **Sentindo-se cuidado pela família: a percepção do paciente sobre o acompanhante.** Rev Paul Enferm. v. 22, n. 2, p. 200-8, 2003.

VILA, V.da.S.C; Rossi, L.A. **O Significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: “Muito falado, Pouco vivido”**

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200003>

Acessado em 18 Out. 2014

ZOBOLI, E.L.C.P. **Bioética e atenção básica: Um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família.** 2003. 286p. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; São Paulo.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Ver. Gaúcha enferm. Porto Alegre: Artes Médicas, v. 13, n. 2, p. 29-35. 1998.

WRIGHT, L.M, LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.** São Paulo: Roca; 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Questionário

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA/ CAMPUS JOINVILLE
ÁREA DA SAÚDE E SERVIÇOS/ TÉCNICO EM ENFERMAGEM.**

Questionário para coleta de dado para o trabalho de conclusão de curso do técnico em enfermagem.

Nome:

Idade:

Cidade:

Vínculo com o paciente internado:

Tempo de internação do familiar:

Número de visitas ao familiar internado:

- 1- Você sabe por que deve utiliza o avental, luvas, e pro-pés ao visitar seu familiar?
Por que do isolamento?

Sim

Não

Responda: _____

- 2- Quais dos aparelhos abaixo você não sabe a finalidade.

Traqueostomia

Bomba de infusão

Macronebolizador

Acesso central

Sonda nasogástrica, nasoenteral e gástrica

Oxímetro

Ventilador mecânico

Sonda vesical

Outros: _____

- 3- Você sabe por que seu parente está dormindo ou sonolento?

Sim

Não

Responda: _____

- 4- Você sabe por que o paciente está na UTI?

Sim

Não

Responda: _____

- 5- Você sabe quem são os responsáveis pelos cuidados do seu familiar internado.

Sim

Não

Responda: _____

- 6- Na sua opinião a equipe de enfermagem está dando a atenção necessária a seu parente internado?

() Sim

() Não

Responda: _____

7- Na sua opinião, higiene e conforto de seu parente estão de forma adequada?

() Sim

() Não

Responda: _____

8- Quanto ao horário de visita, você considera bom?

() Sim

() Não

Responda: _____

9- Suas dúvidas estão sendo respondidas de forma clara e objetiva pela equipe de enfermagem?

() Sim

() Não

Responda: _____

10- Na sua opinião a equipe de enfermagem atende as suas expectativas?

() Sim

() Não

Responda: _____

11- Você sabe por que ele(a) não está totalmente consciente?

() Sim

() Não

Responda: _____

12- Você sabe quanto tempo ele(a) ficará na UTI?

() Sim

() Não

Responda: _____

13- Você recebeu alguma informação se ele(a) terá alguma seqüela?

() Sim

() Não

Responda: _____

14- Você está sendo informado regularmente das mudanças do estado de seu familiar?

() Sim

() Não

Responda: _____

APÊNDICE B – Termo de livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) _____ para participar da Pesquisa **Percepção de familiares com pacientes em unidade de terapia intensiva** sob a responsabilidade do pesquisador **Enfermeira Mestre Reginalda Maciel** a qual pretende Identificar as percepções dos familiares com paciente em unidade de terapia intensiva adulto. Sua participação é voluntária e se dará por meio de resposta ao questionário. Se você aceitar participar, estará contribuindo para pesquisa e posteriormente elaboração de folder e palestra esclarecedora. Se depois de consentir em sua participação o (a) senhor (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço rua Pavão, 1377, Costa e Silva, pelo telefone (47) (3431-5643), ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, na Rua Xavier Arp, Iririu, Joinville-SC, telefone (47) 3461-5500.

Consentimento Pós–Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Reginalda Maciel

APÊNDICE C – Folder

Esclarecendo dúvidas UTI

Pra que serve isso??

Traqueostomia: é um procedimento cirúrgico por meio do qual se cria um orifício na frente do pescoço que dá acesso à traquéia, na altura entre o 2º e 3º anéis, permitindo uma ventilação mecânica prolongada, naqueles casos em que a ventilação espontânea é impossibilitada. Em termos mais populares, é um "buraco na garganta para permitir a passagem de ar".



Sonda nasogástrica, nasoenteral e gástrica: A passagem de sonda gastrointestinal é a inserção de uma sonda de plástico ou de borracha, flexível, pela boca ou pelo nariz, cujos objetivos são:

- Descomprimir o estômago
- Remover gás e líquidos
- Diagnosticar a motilidade intestinal
- Administrar medicamentos e alimentos
- Tratar uma obstrução ou um local com sangramento
- Obter conteúdo gástrico para análise.



Ventilador mecânico: é um equipamento desenvolvido para proporcionar ar a pacientes que não podem respirar sozinhos. Sua principal função é promover o tipo de respiração adequada ao paciente



Bomba de infusão: é uma designação comum, mas inadequada (originada da tradução literal do inglês) de Bomba de Perfusão. É um aparelho médico-hospitalar ou veterinário, utilizado para perfundir líquidos tais como fármacos ou nutrientes, com controle de fluxo e volume nas vias venosa, arterial ou esofágica.



Acesso central:
As punções mais comumente realizadas: Jugular interna, Subclávia e Femoral. Indicações:

- Impossibilidade de punção de veias periféricas;
- Monitorização hemodinâmica;
- Introdução de cateter de marcapasso cardíaco ou Swan Ganz;
- Administração de soluções hipertônicas ou irritantes (Nutrição Parenteral Total - NPT);
- Suporte para infusão rápida de fluidos durante ressuscitação;
- Hemodiálise.



Oxímetro: é um **dispositivo médico** que mede indiretamente a quantidade de **oxigênio no sangue** de um paciente. Em geral é anexado a um monitor, para que os enfermeiros, médicos, pacientes, **educadores físicos** e **fisioterapeutas** possam ver a oxigenação em relação ao tempo. A maioria dos monitores também mostra a frequência cardíaca.



Sonda vesical Masculino e Feminino. É a introdução de uma sonda estéril através da uretra até a bexiga, com a finalidade de drenar a urina. Deve-se utilizar técnica asséptica no procedimento a fim de evitar uma infecção urinária no paciente.



Macronebulizador: Produto desenvolvido para possibilitar a oxigenação direta ao paciente, através das atividades de inalação e aplicação de medicamentos vaporizados e umidificados, com o objetivo de enriquecer o gás inspirado pelo paciente. Indicado para utilização em serviços de baixa pressão, utilizando gás oxigênio ou Ar comprimido

GLOSSÁRIO

AVC – Acidente Vascular Cerebral.
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.
CTI – Centro de Terapia Intensiva.
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
NHB – Necessidade Humana Básica.
TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.
UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

