



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE

AMANDA ONOFRE LINS GUERRA

NECESSIDADES DE CONFORTO DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE
CORONARIANA: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

FORTALEZA-CEARÁ

2015

AMANDA ONOFRE LINS GUERRA

NECESSIDADES DE CONFORTO DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE
CORONARIANA: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lúcia de Fátima da Silva

FORTALEZA-CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Guerra, Amanda Onofre Lins .

Necessidades de conforto de pacientes internados em unidade coronariana: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem [recurso eletrônico] / Amanda Onofre Lins Guerra. - 2015.

1 CD-ROM: 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 70 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.ª Dra. Lúcia de Fátima da Silva.

1. : Adoecimento cardiovascular . 2. Cuidados intensivos . 3. Cuidados de conforto. I. Título.



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Centro de Ciências da Saúde – CCS



Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Amanda Onofre Lins Guerra**
realizada no dia 31 de Julho de 2015.

Ao trigésimo primeiro dia do mês de julho do ano dois mil e quinze, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelos seguintes Professores Doutores: Lúcia de Fátima da Silva, Keila Maria de Azevedo Ponte Marques e Maria Vilani Cavalcante Guedes, sob a presidência da primeira, perante a qual, a Mestranda, **Amanda Onofre Lins Guerra** regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "*Necessidades de Conforto de Pacientes internados em Unidade Coronariana: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem*", A defesa da referida Dissertação ocorreu das 14:00 as 16:00, tendo sido a Mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda APROVADA, por sua Dissertação e defesa pública.

Eu, LÚCIA DE FÁTIMA DA SILVA que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.

Prof. Dra. Lúcia de Fátima da Silva - UECE

(Orientadora e Presidente)

Prof. Dra. Keila Maria de Azevedo Ponte Marques – INTA

(1º membro)

Prof. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes – UECE

(2º membro)

RESUMO

O paciente internado na UTI passa por fatores que geram ansiedade e angústia, podendo desenvolver um desequilíbrio emocional e desconforto de diversas formas. Assim, objetivou-se identificar, com base na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, as necessidades de conforto, considerando os contextos físico, social, ambiental e psicoespiritual em pacientes cardiopatas internados em UTI. O estudo foi do tipo descritivo e exploratório, realizado na UTI cardiológica de um hospital do município de Fortaleza-CE. Participaram do estudo 11 pacientes internados em unidade de terapia intensiva, identificadas por método não-probabilístico por conveniência. Realizou-se a caracterização dos protagonistas do estudo, expondo o perfil sociodemográfico e nosológico dos entrevistados. Quanto às necessidades de conforto, foram identificadas as seguintes temáticas: a falta de acompanhante na unidade e pouco contato com os familiares; o constrangimento durante procedimentos; sensação de dor; ansiedade devido à internação e ao estado de saúde; e dificuldade de atendimento na unidade hospitalar. Observa-se que são diversas as necessidades de cuidado de enfermagem, singulares, e que variam desde uma conversa de conforto até procedimentos próprios da prática profissional como a utilização de medicação analgésica, banho no leito e ajuda na realização das necessidades fisiológicas. Desse modo, a utilização da Teoria do Conforto possibilita promover um cuidado singular e humanizado.

Palavras-chave: Adoecimento cardiovascular. Cuidados intensivos. Cuidados de conforto. Enfermagem.

ABSTRACT

The study turns to the investigation of comfort in the clinical practice of nursing, wellness providing the physical, environmental, social and psycho-spiritual to patients in intensive care environment. The hospital ICU patient undergoes factors that create anxiety and distress, causing emotional imbalance and discomfort. In this scenario, there is the assumption that the Comfort Theory may favor the care focused on the welfare of people with cardiac illness, describing the practice of nursing. The objective was to identify, based on the theory Comfort Katherine Kolcaba the comfort needs, considering the physical, social, environmental and psycho-spiritual contexts in ICU patients with and analyze nursing care to promote comfort after identification of their needs. As a theoretical framework, we used the theory Comfort Katherine Kolcaba. The study was descriptive and exploratory, using the qualitative design, and will be held in the cardiac ICU of a hospital in the city of Fortaleza-CE. The study included 11 patients admitted to the intensive care unit, identified by non-probabilistic method for convenience. It held the characterization of the protagonists of the study, exposing the socio-demographic and disease profiles of respondents. As for the comfort needs, the following themes were identified: the lack of accompanying the drive and little contact with the family; embarrassment during procedures; pain sensation; anxiety due to hospitalization and health; and the difficulty of care at the hospital. It is observed that are wide nursing care needs are unique, and ranging from a comfort to talk own nursing procedures such as the use of pain medication, bed bath and helps the achievements of physiological needs. Thus, the use of Comfort Theory enables a differentiated and promote humanized care.

Keywords: Cardiovascular illness. Intensive care. Comfort care. Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	CUIDADOS DE CONFORTO EM ENFERMAGEM	15
3.2	O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	20
4	REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO	24
4.1	TEORIA DO CONFORTO DE KATHERINE KOLCABA	24
4.1.1	Metaparadigmas da Teoria do Conforto	24
4.1.2	Pressupostos da Teoria do Conforto	25
4.1.3	Princípios da Teoria do Conforto	25
4.1.4	Características da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba	26
4.2	MÉTODO.....	29
4.2.1	Tipo de estudo	29
4.2.2	Local de estudo	29
4.2.3	População e amostra	30
4.2.4	Período de coleta de informações	30
4.2.5	Coleta de dados	31
4.2.6	Organização e análise dos dados	32
4.2.7	Aspectos éticos-legais	33
5	RESULTADO E DISCUSSÕES	34
5.1	CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	34
5.2	MANIFESTAÇÕES DE DESCONFORTO EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI.....	39
5.2.1	Falta de acompanhante na unidade e pouco contato com os familiares	39
5.2.2	Ansiedade devido à internação e ao estado de saúde	41
5.2.3	Dor	44
5.2.4	Constrangimento durante procedimentos	46
5.2.5	A dificuldade de atendimento na unidade hospitalar	48
5.3	O CUIDADO CONFORTADOR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA..	50

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICES.....	60
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	67
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	68
	ANEXOS.....	69
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	70

1 INTRODUÇÃO

A presente investigação se volta para o estudo das necessidades de conforto na prática clínica de enfermagem, proporcionando bem-estar nas dimensões física, ambiental, social e psicoespiritual a pacientes internados em ambiente de terapia intensiva.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) caracteriza-se como setor reservado e complexo, dotado de estrutura física e humana especializada para atendimento hospitalar de pacientes graves ou de risco. Este ambiente apresenta particularidades sensoriais, odores, claridade intensa, temperatura geralmente fria, que podem gerar desconforto, tanto para pacientes quanto para profissionais, constituindo um dos ambientes mais agressivos e traumatizantes do hospital (CHAVAGLIA et al., 2011).

Segundo Bitencourt et al. (2007), a UTI é geradora de estresse para o paciente e familiares. Em seu estudo, pouco contato com os familiares, presença de tubos ou sondas e o não controle do próprio corpo foram identificados como fatores geradores de estresse.

Neste contexto, o paciente internado na UTI vivencia situações difíceis, tanto no ponto de vista emocional quanto físico. Além de apresentar um quadro grave, ele passa por fatores que geram ansiedade (dor, sofrimento, medo da morte, entre outros) e angústias (presença de luminosidade constante, falta de privacidade e procedimentos invasivos), que causam desequilíbrio emocional e desconforto.

De acordo com Lucchesi, Macedo e Marco (2008), o paciente pode apresentar ainda quadros de confusão mental, presença de *delirium*, humor ansioso ou depressivo em relação ao adoecer e alterações de sono ou apetite.

Em geral, no ambiente da unidade de terapia intensiva, o cuidado de enfermagem é voltado para resolução de situações urgentes de forma rápida e mecânica com a realização de procedimentos necessários para manutenção da vida, que podem gerar desconforto.

No que se refere ao cuidado clínico, este envolve uma relação entre o enfermeiro e paciente que necessitam de cuidado, com intervenções fundamentadas em conhecimento científico, teórico e filosófico, aliado ao conforto (PONTE, 2011).

Nesse contexto, a UTI, como mantenedora da vida, não deve ser somente uma geradora de cuidado eminentemente técnico. Nela, o atendimento ao paciente, sujeito da atenção da Enfermagem com suas dimensões física, psíquica, social e

espiritual, deve ser desenvolvido por meio de uma relação interpessoal de qualidade, respeitosa e otimizada quando fundamentada no conforto.

Assim, para gerar conforto é preciso de uma visão mais humanística e sensível dos profissionais que trabalham na UTI, transcendendo o atendimento das necessidades físicas e clínicas das pessoas cuidadas.

Na prática clínica do enfermeiro, o conforto é empregado em vários modos e em diferentes cenários, mesmo quando não reconhecido pelo próprio enfermeiro. Segundo Apóstolo (2009), os conceitos de enfermagem e conforto estão intimamente relacionados. Portanto, o enfermeiro deve prover cuidados para proporcionar o máximo de conforto àqueles de quem cuida.

Sabe-se que o cuidado de enfermagem pode influenciar a maneira que o paciente se percebe e enfrenta a internação na UTI. Identificar e atender as reais necessidades do paciente, gerando conforto, poderá facilitar seu processo de enfrentamento da internação.

Dentre os pacientes que necessitam de cuidados de enfermagem merecem destaque aqueles acometidos de adoecimento cardiovascular devido seu caráter agudo e grave, que modifica todo o contexto de vida do paciente e família, acarretando necessárias transformações em seu cotidiano e hábitos de vida.

Segundo Araújo (2012), a partir de 1960, ocorreram transformações progressivas no perfil de morbimortalidade no Brasil, caracterizadas pela redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e crescimento das causas de óbitos por doenças crônico-degenerativas, em principal as doenças cardiovasculares.

Entre as doenças cardiovasculares, destacam-se as cerebrovasculares e as isquêmicas do coração, como as principais causas de morte no mundo, com 17,3 milhões de óbitos em 2008 (MENDIS; PUSKA; NORRVING, 2011). Estas possuem caráter etiológico múltiplo, potencializadas pelo perfil socioeconômico, cultural e ambiental que influenciam na qualidade de vida e no prognóstico da doença (PEREIRA et al., 2011)

Em países desenvolvidos, aproximadamente um terço das doenças cardiovasculares podem ser atribuído a cinco fatores de risco principais: tabagismo, alcoolismo, hipertensão, hipercolesterolemia e obesidade. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, além destes, encontram-se problemas nutricionais

e doenças parasitárias e infecciosas que seguem como um importante problema de saúde pública (MENDIS; PUSKA; NORRVING, 2011).

No Brasil, 29% dos óbitos ocorridos em 2011 foram por doenças cardiovasculares, representando a terceira causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde, em 2007 (BRASILa, 2011; BOCCHI et al., 2009). Deste modo, tornam-se importantes estudos que analisem as práticas de saúde, entre elas a de enfermagem, e as respostas de pacientes cardiopatas inseridos em unidade hospitalar como importante campo de atuação da prática do enfermeiro.

Nesse contexto, para Mussi (2005), enfermeira pesquisadora das temáticas cuidado de enfermagem e conforto, o paciente inserido no ambiente hospitalar, muitas vezes de forma repentina, é alvo de práticas de saúde que podem causar desconforto. Ele enfrenta uma ruptura do cotidiano, ocasionada pela doença e agravada pela hospitalização, no qual o paciente tem que se adequar às normas da instituição e as formas de tratamento, criando um ambiente de estresse e desconforto.

No seu estudo acerca da evolução do conforto e da Enfermagem, Mussi (2005) evidenciou que desde os primórdios da profissão o conforto é utilizado como meta das ações de enfermagem, sendo ao longo da história modificado por aspectos religiosos, pelo modelo médico-científico e por demandas políticas e econômicas.

Quando os serviços de enfermagem eram prestados no ambiente domiciliar, o aspecto físico era objetivo das atividades ao paciente, que indiretamente proporcionavam conforto emocional. Posteriormente, com o desenvolvimento e reorganização das instituições hospitalares, a Enfermagem se introduz no ambiente hospitalar, aparecendo uma nova relação entre o enfermeiro e paciente, este inserido em um ambiente desconhecido.

Ainda, de acordo com a autora, nessa nova fase, a Enfermagem passa a ter uma relação trabalhista com divisão hierárquica entre médico e enfermeiro, mas também entre a equipe de enfermagem. Assim, o conforto passou a ser realizado segundo as prescrições médicas, as ordens administrativas hospitalares e os aspectos econômicos.

Com a institucionalização da saúde, ou seja, com o modelo de hospitalização em detrimento do cuidado domiciliar, os perfis dos profissionais foram caracterizados, logo o médico adota o papel pelo tratamento e a enfermagem é

responsável pelas realização das prescrições médicas e pelo ambiente hospitalar, gerando um distanciamento entre enfermeiro e paciente (MUSSI, 2005).

Deste modo, este profissional, antes provedor de cuidados, passa a ser responsável pela gestão da instituição e do ambiente hospitalar, delegando algumas ações de cuidado do paciente para os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Nos dias atuais, esse cenário é fortemente observado na prática do cuidado de enfermagem, à qual é pautada nas habilidades técnicas e uso de tecnologias, modificando o foco de atenção dos cuidados para os equipamentos, sinais e sintomas, ocasionando um distanciando entre o enfermeiro e paciente, sendo o conforto deslocado para segundo plano.

Foi reconhecendo essa realidade que Katherine Kolcaba quis reforçar, em seus trabalhos, a relevância do conforto para a enfermagem, enfatizando que enfermeiros e outros profissionais de saúde podem prover um cuidado confortador, mesmo utilizando tecnologias modernas.

No início do século XX, o conforto, nos aspectos físico e mental, era valorizado e realizado devido à baixa possibilidade de cura já que a tecnologia era pouco desenvolvida. Com o desenvolvimento da medicina, com avançadas técnicas cirúrgicas, exames diagnósticos e tratamentos, o conforto transformou-se em uma estratégia secundária nas ações de cuidado.

Neste contexto, a partir de 1992, o conforto passa a ser novamente um termo importante nas discussões de enfermagem. Assim, quando se busca o conceito conforto nos referenciais teóricos da Enfermagem, teóricos utilizam diferentes perspectivas do termo, com destaque para Katherine Kolcaba, com a Teoria do Conforto, na qual o conforto tem maior expressividade sendo uma meta dos cuidados de enfermagem.

Para Kolcaba (2003), o significado de conforto em saúde é a situação em que as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência são fortalecidos nos quatro contextos da experiência humana holística: físico, psicoespiritual, ambiental e social.

Alívio é definido como um estado no qual uma necessidade de conforto foi satisfeita. Tranquilidade é caracterizada como uma sensação de calma ou contentamento. Transcendência é descrito como o estado em que são superados problemas ou sensação de dor.

A autora divide a Teoria do Conforto em três momentos. No primeiro momento, o enfermeiro avalia o paciente e identifica as necessidades de conforto nos quatro contextos e, concomitantemente, implementa intervenções de enfermagem. No segundo momento, as ações de conforto são reforçadas e o paciente é estimulado a desenvolver o bem-estar. Por último, a instituição e a equipe são preparadas para melhorar a qualidade do serviço.

Para a teórica, proporcionar conforto é o objetivo imediato dos cuidados de enfermagem. Quando os pacientes sentem-se confortáveis, eles possuem melhores condições para atingirem seus objetivos e, assim, os hospitais possuem índices melhores de resolubilidade.

De acordo com Silva et al., (2011), questões relacionadas ao conforto são de difícil tratamento e devem ser discutidas e refletidas por enfermeiros, docentes e estudantes em nível de graduação e pós-graduandos, dentro dos hospitais e das universidades, em razão da falta de consenso no referente ao conforto nas ações da enfermagem e nos serviços de saúde.

Nesse sentido, a UTI é um importante cenário da prática de enfermagem e precisa de modelos teóricos científicos sistemáticos como base para cuidar de pessoas que passam por situações especiais no momento da internação.

Assim, a presente investigação responde o seguinte questionamento: Como as práticas clínicas de enfermagem, embasadas pela Teoria do Conforto, contribuem para promoção do conforto de pessoas cardiopatas internadas em unidade de terapia intensiva?

Tem-se como pressuposto que a Teoria do Conforto favorece o planejamento de cuidados voltados para o bem-estar de pessoas com adoecimento cardíaco, qualificando a prática de enfermagem.

O interesse de investigar sobre o conforto em unidade de terapia intensiva advém de primeira experiência da pesquisadora em UTI, no último ano da graduação em Enfermagem, onde presenciou várias situações de medo, ansiedade, estresse e sofrimento de pacientes e seus familiares que motivaram o estudo dessa temática.

O grande acometimento do adoecimento cardiovascular no mundo, sendo um dos principais problemas de saúde pública, foi outro incentivador para este estudo que se deve, desde 2008, a participação no Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS), da Universidade

Estadual do Ceará, na Linha de Pesquisa Cuidados Clínicos e Prática Educativa de Enfermagem no Adoecimento Cardiovascular.

Diante do exposto, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de mudanças na prática clínica de enfermagem, priorizando o ser humano de maneira integral, necessitando ultrapassar as barreiras do modelo biomédico, utilizando as tecnologias leves e de ponta para proporcionar conforto aos pacientes e familiares.

Assim, o interesse é o resgate da discussão em torno da promoção do conforto de pacientes por meio da prática clínica de enfermagem, considerando a necessidade de o ambiente de cuidado em UTI ser confortável. Isto porque quando os profissionais de enfermagem passam a supervalorizar as altas tecnologias, o cuidado pode ficar comprometido, impossibilitando o reconhecimento das necessidades do paciente e a promoção e manutenção do seu conforto.

Observou-se que são amplas as necessidades de cuidado de enfermagem, são singulares, e que variam desde uma conversa de conforto até procedimentos próprios da enfermagem. Desse modo, a utilização da Teoria do Conforto possibilita promover um cuidado diferenciado, ultrapassando os limites da técnica pura, humanizado, pessoal e satisfatório para paciente, família e enfermeiro.

Portanto, cuidar com o objetivo de proporcionar conforto ao paciente qualifica o cuidado de enfermagem. Por essa razão, considera-se esta pesquisa relevante para o resgate de modos de cuidar confortador em enfermagem, assim, fornecendo a base para melhoria da qualidade da sua prática, sendo a razão principal para aprofundamento nessa temática.

Por fim, a investigação possibilitará a compreensão da vivência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva coronariana, visando uma melhoria do cuidado clínico de enfermagem.

2 OBJETIVOS

Identificar, com base na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, as necessidades de conforto em ambiente de unidade coronariana.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na sequência será apresentada a revisão de literatura com conceito conforto e o cuidado clínico no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva, temas relevantes para o aprofundamento e construção desta pesquisa.

3.1 CUIDADOS DE CONFORTO EM ENFERMAGEM

O conforto é um conceito relevante para prática de enfermagem, sendo abordado desde o início das práticas da profissão.

Florence Nightingale já fazia referências ao conforto como base fundamental para fornecer o melhor cuidado e ao efeito confortador dos cuidados de enfermagem nos aspectos físico, psicológico e social, destacando a importância da observação na promoção do conforto (APÓSTOLO, 2009; LOWE; CUTCLIFFE, 2006).

Como citado, o conforto sofreu alterações de significados durante a história da humanidade, influenciados por questões religiosas, políticas e econômicas da sociedade.

Mussi (2005) relata que no início a enfermagem era vista como um ato de misericórdia e salvação da alma. Assim, o conforto era considerado meta do cuidado de enfermagem, visando a salvação da alma de quem praticava.

Com o desenvolvimento do ambiente hospitalar, as funções dos médicos passaram a focar na cura e na doença, enquanto que a enfermagem absorveu as ações relacionadas ao ambiente como iluminação, ar, água entre outros. De tal modo, o enfoque do conforto passa da salvação da alma, e conseqüente do cuidado ao paciente, para a modificação do meio ambiente (MCLLVEEN; MORSE, 1995). Dessa forma, o conforto deixa de ser objetivo dos cuidados de enfermagem e passa a ser um aspecto relativo ou uma forma de cuidado.

Com o avanço das tecnologias de cura e de diagnóstico das doenças, o conforto foi desvalorizado em detrimento de novos procedimentos e considerado de menor importância (MCLLVEEN; MORSE, 1995). Desse modo, não considerando as desvantagens de um procedimento em detrimento da possibilidade de cura.

Entretanto, de acordo com Apóstolo (2009), a partir da segunda metade do século XX, o conforto passa a ser discutido em várias teorias de enfermagem,

que fundamentam a prática de enfermagem e fortalecem o conforto como um dos seus principais objetivos.

Assim, ainda segundo o autor retrocitado, o conforto foi identificado como meta dos cuidados de enfermagem ou estratégia para alcançar os objetivos do cuidado em diferentes perspectivas do cuidar.

Desse modo, podem-se citar teóricos como Callista Roy, Hildegard Peplau, Josephine Paterson, Loretta Zderad, com destaque para Jean Watson, Madeleine Leininger, Janice Morse e Katharine Kolcaba que discutem o conforto em suas teorias (APÓSTOLO, 2009).

Contudo, não há uma definição universalmente utilizada de conforto, apesar da sua atual frequência nos discursos dos enfermeiros e em sua prática de cuidados de enfermagem, sendo ele utilizado com substantivo, verbo e adjetivo nas reflexões de enfermagem.

Portanto, o conforto pode ser referido de diversas formas como um estado, sentimento, necessidade e como a ausência de desconforto, demonstrando a sua multidimensionalidade e as várias interpretações que esse complexo conceito permite.

Segundo Lowe e Cutcliff (2006), é um equívoco definir conforto como a ausência de um desconforto já que existe a possibilidade de se estar confortável mesmo na presença de um desconforto leve.

Quanto à questão de conforto/desconforto, em revisão de literatura realizada por Mussi (1996), para alguns autores conforto pressupõe ausência de fenômenos indesejáveis. Outros já consideram o desconforto como intermediário do conforto, sendo algumas vezes necessário um procedimento que cause um desconforto para proporcionar um conforto posterior. Por fim, o conforto ainda é referido como antagônico de desconforto.

Diante desse contexto, nesse estudo será utilizado como referencial teórico os conceitos e definições de Katherine Kolcaba que refere o conforto como um estado resultado das intervenções de enfermagem, no qual as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência são satisfeitas.

Assim, percebe-se que conforto é um conceito dinâmico, amplo em suas definições e que pode ser utilizado em vários contextos de adoecimento ou não em que o enfermeiro de estar presente.

Em análise da literatura, o conforto foi predominantemente associado aos cuidados paliativos, aos cuidados com os familiares de pacientes com adoecimento, ao conforto em unidade de terapia intensiva (frequentemente relacionado aos cuidados paliativos) e cuidados à paciente gestante ou puérpera.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), cuidados paliativos podem ser definidos como uma assistência multidisciplinar com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e família, que sofre de um adoecimento, por meio da amenização da dor, dos sintomas físicos e sofrimento em todos os aspectos.

O conforto foi referido nos estudos sobre cuidados paliativos, em diferentes cenários, e considerado de relevância para os cuidados com os pacientes sem possibilidade de cura como: oncologia pediátrica (NASCIMENTO et al., 2013; SOUZA et al., 2012; MONTEIRO; RODRIGUES; PACHECO, 2012; AVANCINI et al., 2009); cuidado em unidade de tratamento intensivo (SILVA et al., 2013; BARROS et al., 2012; FONSECA; MENDES JUNIOR; FONSECA, 2012; GAUDÊNCIO; MESSEDER, 2011); cuidados ao paciente portador de ferida neoplásica (AGRA et al., 2012); cuidado ao idoso (SOLANO; SCAZUFCA; MENEZES, 2011) e pessoas com câncer (SILVA, 2011).

Percebe-se um maior questionamento dos estudiosos em cuidados paliativos na questão do conforto ao paciente e familiar no momento da morte. Entretanto, mesmo com a filosofia do cuidado integral ao paciente e família, o conforto ainda é frequentemente associado à dimensão física, como exemplo a ausência de dor, sendo este um conceito de maior amplitude, envolvendo outros aspectos do ser.

Segundo estudo de Silva, Carvalho e Figueiredo (2011), enfermeiros e pacientes entendem o conforto como bem-estar, predominantemente físico-fisiológico, reforçando a ideia de conforto no aspecto físico. Dessa forma, as ações de saúde desenvolvidas para o paciente permanecem voltadas para a visão biológica do ser e de cura daquele agravo que acomete o paciente.

Assim, quando as tecnologias de cura não satisfazem o desejo de cura, os profissionais de saúde ficam fragilizados considerando a morte como uma falha. Em estudo de Silva et al. (2013), realizado com profissionais de UTI sobre cuidados paliativos, alguns se sentem desmotivados, pois possuem a ideia de que servem para curar e tratar.

Para Kolcaba (2003), os cuidados paliativos são encarados pelos pacientes, familiares e profissionais da equipe de saúde como perda da esperança de cura e esse processo entre partir da cura para os cuidados paliativos é um momento difícil. Em busca do bem estar do paciente terminal, o enfermeiro busca realizar ações de confortar o mesmo, além dos cuidados básicos e fisiopatológicos que o paciente necessitar, realizando quando possível seus anseios, desejos e vontades (HERMES; LAMARCA, 2013).

Nesse cenário, o conforto holístico é necessário, relevante e deve ser fortalecido entre os profissionais de saúde. Pela multidimensionalidade já referida do conforto e suas diversas definições, este tem relação próxima com a filosofia dos cuidados paliativos que visa diminuir sofrimento físico e emocional do paciente e família, promovendo uma boa morte (SILVA et al., 2013).

Para Kolcaba (2003), quando utilizado os cuidados de conforto, o paciente alcança uma boa morte. Para uma morte confortável, quando possível o paciente deve ser questionado, seus sentimentos considerados e integrado aos cuidados paliativos, mesmo quando próximo ao fim da vida.

Desse modo, percebe-se que a prática dos cuidados paliativos prioriza o conforto no fim da vida para paciente e família, com destaque para a dimensão física. Para o enfermeiro, ainda é um conceito pouco claro e que merece maior discussão para um melhor planejamento das decisões com foco no conforto do paciente em sua totalidade.

Outra abordagem do conforto foi utilizada em estudos com familiares de paciente em adoecimento realizados por Rodrigues et al., 2013; Freitas, Menezes, Mussi., 2012; Gomes, Amador e Collet, 2012; Santos et al., 2012.

Nesses estudos, foram abordadas medidas de conforto para os familiares por meio da identificação e incentivo a espiritualidade, realização de grupos de discussão e permanência do familiar ao lado do ente.

Freitas, Menezes e Mussi, (2012) identificou como significados do conforto para familiares de pessoas em UTI segurança, acolhimento, suporte social e espiritualidade, proximidade, comodidade e interação consigo e com o cotidiano. Estas características expressam a diversidade de fatores que influenciam no conforto para os familiares e na subjetividade de cada sujeito.

O familiar presencia um momento de angústia e preocupação que altera a dinâmica familiar, ocorrendo algumas vezes de modo repentino. Nessa

perspectiva, o enfermeiro deve promover o conforto, a segurança e o bem-estar, considerando a família como unidade de cuidado.

Outros estudos focaram o conforto no contexto do parto e puerpério sendo os cuidados ofertados à paciente no momento do parto e presença do acompanhante os principais aspectos geradores de conforto e bem-estar.

A qualidade da assistência prestada à mulher no momento de parto está relacionada ao suporte e apoio do profissional, criando um ambiente de cuidado e conforto (SANTOS; PEREIRA, 2012). Para que isso ocorra, o enfermeiro deve ser sensível ao processo de parto e ao momento da gestante que varia desde sensação de prazer até períodos de sofrimento.

Em estudo realizado por Oliveira, Rodrigues e Guedes (2011), o cuidado de enfermagem foi percebido pelas mulheres em processo de parto como imprescindível para proporcionar conforto e bem estar. Assim, a enfermagem pode utilizar práticas de cuidado que amenizem a dor e construam uma relação de respeito, confiança e afeição entre equipe, mulher e acompanhante, proporcionando conforto.

Frello e Carraro (2010) identificaram que as puérperas percebem o conforto no processo de parto em dois aspectos, o físico e o relacional. O conforto físico foi relacionado ao uso de aparelhos como a bola e barra, com banho, ar condicionado e alguns procedimentos como avaliação dos seus sinais vitais e do bebê. O conforto relacional é referido pelas puérperas como a interação com a equipe e com seu acompanhante que proporcionaram conforto e bem estar.

Nesse contexto, percebe-se que o conforto para gestantes ou puérpera está ancorado nas dimensões física e psicoespiritual. O enfermeiro conhecendo os significados do conforto que é atribuído por cada pessoa qualifica o cuidado, elaborando um plano de cuidado efetivo e confortador.

Ponte (2012) obteve como resultado em seu estudo que a sensação de conforto está relacionada com a escolha das tecnologias de cuidado para cada situação. Assim, a enfermagem realiza múltiplas ações habituais do cotidiano, cuidados básicos e avançados de enfermagem, com comunicação verbal e não verbal e cuidado com o ambiente para promover conforto ao paciente (SILVEIRA, 2010; PONTE, 2012).

Foram identificados estudos com estratégias que possibilitaram sensação de conforto como a utilização da musicoterapia (BERGOLD; ALVIM, 2009; SEKI;

GALHEIGO, 2010), sedoanalgesia (AFONSO; REIS, 2012), troca de curativo (ANDRADE et al., 2010), espiritualidade (PONTE, 2012; SOLER et al., 2012) e grupo de apoio para mães de crianças em UTI (HAYAKAWA et al., 2009).

Torna-se importante que o enfermeiro utilize estratégias de cuidado para proporcionar conforto ao paciente. O cuidado confortador permite a melhoria do quadro clínico do paciente e favorece o desenvolvimento da capacidade de cuidado do enfermeiro e equipe.

Diante do exposto, entende-se a relevância do cuidado de conforto na prática de enfermagem, considerando que na teoria ele é frequentemente discutido por várias teoristas. Ainda não existe um consenso universal do conforto para enfermagem devido aos vários aspectos que influenciam o conforto, tornando-o um conceito multifacetado, subjetivo e dinâmico, necessitando de estudos que desenvolvam uma melhor compreensão do conforto para enfermagem.

3.2O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A essência da prática de enfermagem está baseada no cuidado, que é característica do ser humano e, antes mesmo de ser uma ação, é um modo de agir dos humanos.

O cuidado de enfermagem pode ser compreendido como uma ação que envolve conhecimento científico, o uso de habilidades técnicas e tecnologias para o cuidado que realizam uma meta de saúde (PONTE, 2012).

Para Kolcaba (2010), conforto e cuidado possuem definições diferentes e se relacionam de tal maneira que o conforto é o resultado alcançado pelo paciente por meio do cuidado de enfermagem. Assim, ela considera o conforto como resultado e o cuidado é o processo.

Nesse contexto, compreende-se a relevância do cuidado para enfermagem e por essa razão é preciso que enfermeiros produzam e fortaleçam os conhecimentos da Enfermagem com o objetivo de fundamentar as ações e intervenções de enfermagem para um fazer seguro e científico.

Desse modo, a Enfermagem, percebida como ciência do cuidar, necessita analisar seus conceitos fundamentais, bases filosóficas e atributos da profissão para

produzir conhecimento e intervenções no processo de cuidar de pessoas, desde a concepção à morte, em todos os cenários de atuação do enfermeiro (PIRES, 2013).

Assim, a Unidade de Terapia Intensiva está entre um dos importantes cenários de atuação dos enfermeiros. Segundo Pontes (2012), no ambiente de UTI, o cuidado de enfermagem é presente, percebido e relatado pelos pacientes, acompanhantes e profissionais devido ao cuidado integral prestado pela equipe de enfermagem.

Oliveira e Spiri (2011), em análise da compreensão do processo de trabalho cuidar em UTI para enfermeiros, identificaram três unidades de significados: processo de enfermagem, construído, planejado e realizado pela equipe de enfermagem através da Sistematização da Assistência de Enfermagem; relacionamento com o paciente, que ocorre pelas ações de cuidado e pela comunicação, e com a família que deve ser integrada aos cuidados de enfermagem; e por fim, a humanização que é falha, não tem profundidade nas relações e a própria instituição não proporciona condições para que aconteça.

Esse fato deve ser refletido, pois se percebe ainda uma fragilidade no cuidado humanizado e na interação do enfermeiro com o familiar. A utilização da humanização e do conforto como conceitos para a realização das ações de enfermagem qualifica o cuidado oferecido, facilita a permanência do paciente na UTI e auxilia no enfrentamento da doença pelo paciente e família.

Segundo Ponte (2012), o cuidado confortador é pouco visualizado na UTI devido à necessidade de ações mais emergenciais para tratamento e diagnósticos para o adoecimento cardiovascular. Portanto, o enfermeiro deve planejar intervenções para essas situações que valorizem o conforto, caracterizando a UTI como um local adequado para a manutenção da vida, porém como um ambiente agressivo e amedrontador para o paciente.

Esse fenômeno foi identificado em pesquisa realizada por Louro et al. (2012) em que foram identificados 11 núcleos temáticos nas falas dos enfermeiros relacionados a UTI com a especialização da assistência na maior parte das falas, conforto aos clientes e cuidado intensivo aparecem em 10% e 8% das falas respectivamente. Desse modo, o estudo mostra que a tecnologia na UTI ainda é valorizada e reconhecida pelo enfermeiro embora as falas demonstrem outros relevantes aspectos do cuidar com menor predomínio.

Assim, é identificada uma preocupação nos estudos de enfermagem com a utilização das tecnologias duras como um auxílio e ferramenta para o cuidado de enfermagem, procurando um atendimento de qualidade, ágil e resolutivo.

No ambiente de terapia intensiva, os pacientes encontraram-se geralmente em situação de saúde crítica, necessitando do uso de tecnologias de alta complexidade, de intervenções imediatas e de vigilância constante aos sinais e sintomas que possam apresentar.

Nesse cenário, as tecnologias e todo o maquinário são utilizados para recuperação e preservação da vida, já que o paciente não possui meios de realizar suas necessidades vitais devido ao quadro clínico. Diante disso, justifica-se uma maior preocupação e valorização dos profissionais na utilização dessas tecnologias. Entretanto, deve-se observar que as ações de enfermagem devem ser voltadas para o cuidado integral em todas as dimensões do ser, e não somente o uso de tecnologias e ser biológico, incluindo o familiar como extensão do próprio paciente.

Outro aspecto da tecnologia é a ideia de finitude, gravidade e sofrimento que pacientes e familiares possuem. Há um preconceito de que quanto maior a necessidade de tecnologias, mais próximo da morte o paciente está. Desse modo, percebe-se a UTI e suas tecnologias como um ambiente com diversos significados para pacientes, familiares e profissionais, fato que não é identificado em nenhum outro local no cenário hospitalar.

Segundo Silva e Ferreira (2012), os enfermeiros tipificam o cuidado de enfermagem como um cuidado específico, realizado na UTI com o uso do maquinário no paciente. Tal diferença foi colocada pelo grau de conhecimento do enfermeiro e na maior atenção dispensada para o paciente.

O enfermeiro em UTI necessita de maior aporte de conhecimento, que vai possibilitar ao enfermeiro manusear as máquinas com segurança, mas também interpretar informações fornecidas por estas, associando-as ao conjunto de sinais e sintomas que o cliente apresenta (SILVA; FERREIRA, 2012).

Nesse sentido, compreende-se a relevância da tecnologia na saúde e a necessidade de discuti-la. A tecnologia pode determinar o estilo de vida da sociedade, levando o homem a desenvolver sentimentos e comportamentos de adoração, medo, aproximação e afastamento.

O fenômeno tecnologia em saúde integra pensamentos e discussões dos profissionais, fazendo circular informações entre eles, levando-os a elaborarem

conhecimentos que alicerçam seus modos de agir. Pressupõe-se que a presença de recursos tecnológicos em ambientes de cuidado gera em quem cuida inquietações, sentimentos e comportamentos que se relacionam às representações sobre determinado objeto, no caso a tecnologia em saúde, as quais determinam diferentes modos de cuidar (SILVA; FERREIRA, 2009).

Por essa razão, quando se busca na literatura cuidado de enfermagem e unidade de terapia intensiva, observa-se um maior investimento dos enfermeiros em estudos sobre a utilização das tecnologias.

À vista do exposto, como instrumento do cuidado de enfermagem, os enfermeiros devem conhecer as tecnologias disponíveis para manutenção da vida do paciente e utilizá-las para promoção do conforto que é meta dos cuidados de enfermagem.

Assim, compreende-se a complexidade do cuidar no ambiente de terapia intensiva pois envolve cuidados de enfermagem específicos, situação limites e recurso físicos diferenciado. O cuidado de enfermagem está interconectado às tecnologias e, portanto, são necessárias reflexões sobre o ambiente tecnológico da UTI e da promoção do conforto por meio de cuidados de enfermagem, com vista a melhorias na qualidade do cuidado prestado.

4 REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

Na sequência, serão apresentados o referencial teórico de Katherine Kolcaba para fundamentação deste estudo e os procedimentos metodológicos que foram utilizados para sua realização.

4.1 TEORIA DO CONFORTO DE KATHERINE KOLCABA

Katherine Kolcaba nasceu em Cleveland, Ohio, Estados Unidos da América. É enfermeira graduada pela *St. Luke's Hospital School of Nursing*, em 1965. Em 1997, tornou-se PhD em Enfermagem pela *Frances Paine Bolton School of Nursing*, na *Case Western Reserve University* onde desenvolveu sua Teoria do Conforto.

. Para elaboração deste referencial teórico, as informações foram retiradas da principal obra de Katherine Kolcaba, *Comfort - Theory and Practice*, cuja última edição data de 2003, bem como em seu website: <http://www.thecomfortline.com>, o qual a autora mantém e discute, interativamente, sua teoria em vários cenários.

4.1.1 Metaparadigmas da Teoria do Conforto

Metaparadigmas podem ser definidos como conceitos que identificam uma disciplina na ciência. Eles estabelecem limites e tópicos para o estudo da disciplina. Os estabelecidos para a enfermagem são pessoa, ambiental, saúde e enfermagem (FAWCETT, 1996).

Na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, enfermagem é a avaliação intencional das necessidades de conforto dos pacientes, famílias e comunidade; elaboração de medidas de conforto para suprir as necessidades, incluindo a avaliação das medidas realizadas comparadas a uma base anterior.

Paciente é o indivíduo, família ou comunidade com necessidade de saúde, incluindo cuidados primários, terciários ou preventivos. Ambiente se caracteriza como aspectos do meio do indivíduo, família ou comunidade que influenciam o conforto e que, manipulados, podem melhorar o conforto. Por fim,

saúde é o funcionamento adequado das funções do paciente, família ou comunidade facilitado pelo conforto.

4.1.2 Pressupostos da Teoria do Conforto

- 1- Os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos;
- 2- O conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina de enfermagem;
- 3- Os seres humanos lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam;
- 4- O conforto melhorado dá ânimo aos doentes para empreenderem o comportamento de procura da saúde - HSB (Health seeking behaviors) da sua escolha;
- 5- Os doentes a quem são concedidos poderes para assumirem ativamente HSB estão satisfeitos com seus cuidados de saúde;
- 6- A integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para os receptores de cuidados (KOLCABA, 2003).

4.1.3 Princípios da Teoria do Conforto

1. Enfermeiras identificam necessidades de conforto de pacientes e familiares que não foram satisfeitas.
2. Enfermeiras elaboram intervenções de enfermagem para estas necessidades
3. Fatores são considerados quando desenvolvidas as intervenções de enfermagem para determinar o sucesso destas.
4. Se a intervenção é eficaz, o conforto é fortalecido de imediato.
5. Pacientes e enfermeiras concordam sobre os comportamentos saudáveis e realistas.
6. Pacientes que alcançam o conforto são mais engajados nos comportamentos saudáveis.

7. Quando os pacientes se engajam no comportamento saudável após alcançar o conforto, enfermeiros e pacientes ficam mais satisfeitos com o cuidado e demonstram melhores resultados.
8. Um profissional preocupado com o ambiente obtém melhores resultados dos pacientes e da instituição.
9. Quando pacientes e enfermeiros estão satisfeitos com serviço de saúde de uma instituição, será de conhecimento público o que contribui para o crescimento do local.

4.1.4 Características da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba

Para construir o conceito de conforto para enfermagem, Kolcaba realizou extensa revisão da literatura inglesa nas áreas da enfermagem, medicina, psicologia, psiquiatria, ergonomia, incluindo textos de Shakespeare que utilizava com frequência o termo com variações da forma.

Na Enfermagem, Kolcaba identificou importante utilização do conforto nos textos de Florence Nightingale, *Notes on Nursing* (1859). Nos diagnósticos de enfermagem na época, utilizava-se o termo como conforto alterado e associado à dor, náuseas, vômitos e prurido. Em sua pesquisa, Kolcaba identificou um aspecto importante do conceito conforto: a capacidade de ser fortalecido pelas ações de enfermagem.

Assim, após sua rigorosa análise do conceito, Kolcaba concluiu que há três tipos de conforto que são relevantes e utilizados na enfermagem: alívio, tranquilidade e transcendência. Alívio, proposto pelo modelo de Ida Orlando, é definido como a experiência de uma necessidade de conforto realizada; tranquilidade, sintetizada a partir de fundamentos da teoria de Henderson, caracteriza-se como o estado de calma ou contentamento; e transcendência, extraído de proposições de Josephine Paterson e Loreta Zderad, é o estado em que são superados problemas ou sensação de dor.

Desse modo, os três tipos de conforto podem ocorrer em quatro contextos da experiência humana fortalecendo a característica holística do conforto: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural.

Conforto físico pertence às funções e sensações do corpo que podem ser relacionado ou não a diagnósticos específicos. Como exemplo, estão os

mecanismos homeostáticos, fluidos e eletrólitos balanceados, bioquímica, oxigenação e outros fatores metabólicos. Alterações nesses fatores físicos e sensação de dor devem ser tratados (alívio) ou controlados (tranquilidade) para manutenção do conforto físico.

Quanto ao conforto psicoespiritual é definido como qualquer aspecto que signifique o sentido da vida, a espiritualidade e relacionados à consciência interna de si como autoestima, o autoconceito, a sexualidade.

O conforto ambiental envolve fatores do ambiente externo como cores, barulhos, iluminação, temperatura, elementos naturais e artificiais. Assim, um ambiente saudável e favorável para cura e cuidados é importante para o conforto, sendo de interesse para os cuidados de enfermagem.

Por fim, o conforto sociocultural envolve o relacionamento interpessoal, familiar e social, incluindo questões financeiras, educacionais e de suporte social.

Desse modo, Kolcaba definiu conforto holístico como uma experiência imediata fortalecida pela satisfação das necessidades de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência humana. A teorista ainda fez a justaposição dos três tipos de conforto com os quatro contextos da experiência humana e como resultados apareceram 12 células, elaborando a estrutura taxonômica do conforto (figura 1).

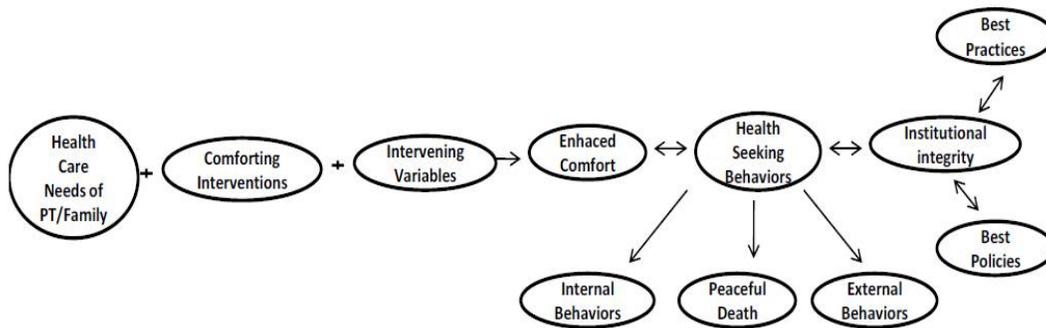
Figura 1 - Estrutura taxonômica do conforto.

	ALÍVIO	TRANQUILIDADE	TRANSCENDÊNCIA
FÍSICO			
PSICOESPIRITUAL			
AMBIENTAL			
SOCIOCULTURAL			

Fonte: Kolcaba (2003)

A partir do trabalho de Henry Murray com a Teoria das Necessidades Humanas e dos conceitos de Rozella Schlotfeldt, Kolcaba desenvolveu um diagrama demonstrado a seguir (figura 2).

Figura 2 - Theoretical framework for Comfort Care.



Fonte: Kocalba, 2003

Kocalba (2003) acrescentou ao diagrama a integridade institucional definida como a qualidade ou estado das instituições de saúde em fornecer cuidados de qualidade e ético. Assim, as instituições são preparadas para prestar um cuidado aperfeiçoado que promova satisfação do paciente, resolubilidade dos problemas, redução da mortalidade e das reinternações.

Diante do exposto, para Kolcaba (2003), cuidados de conforto, em qualquer população ou local, exige que as necessidades de conforto sejam avaliadas, as intervenções sejam planejadas para atender as necessidades que não foram supridas pelo próprio paciente e avaliadas quanto da sua eficácia quando comparado o estado do paciente antes e depois da ação. A autora ainda destaca que quando não é possível alcançar os estados de alívio e tranquilidade, os enfermeiros devem intervir com medidas de conforto voltadas para a transcendência, visando motivar ou inspirar os pacientes a superar o sofrimento para que se possam ser realizados procedimentos necessários. Esse cuidado é muito útil quando o paciente está em um momento de angústia ou dor, como no ambiente de terapia intensiva.

4.2 MÉTODO

4.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, fundamentado na Teoria do Conforto.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), os estudos descritivos objetivam observar, descrever e documentar fatores de uma situação, sem a realização de alguma intervenção no cenário da pesquisa.

O método qualitativo, segundo Turato (2003), é um método científico de conhecer e interpretar significados e relações de sentidos dos fenômenos humanos no campo da saúde.

Para Minayo (2012), a pesquisa qualitativa tem como matéria prima um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação. E o movimento que informa qualquer abordagem ou análise se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar.

Assim, justifica-se a utilização da pesquisa qualitativa diante da possibilidade de explicar o fenômeno conforto no cenário de unidade de terapia intensiva, utilizando como referencial teórico a Teoria do Conforto.

4.2.2 Local de estudo

O estudo foi realizado na UTI cardiológica de um hospital do município de Fortaleza-CE, pertencente à rede pública de saúde, referência Norte e Nordeste no atendimento a pacientes cardiopatas. A razão para essa escolha é o destaque que o hospital possui no atendimento de alta complexidade de doenças cardíacas e pulmonares, ainda sendo referência no transplante cardíaco em adultos e crianças. O hospital tem como missão proporcionar assistência à população, de forma humanizada e de qualidade, nas áreas cardiovascular, torácica e pulmonar, e atuar como centro de ensino e pesquisa.

Quanto a Unidade de Terapia Intensiva cardiológica, esta contém oito leitos no total, dos quais sete são exclusivos de coronariopatas e um é apartamento reservado para o transplantado cardíaco. A unidade coronariana é composta por pacientes com diversas doenças, sendo elas: infarto agudo do miocárdio,

insuficiência cardíaca congestiva, miocardiopatias, aneurisma de aorta, pacientes em pós-operatório de transplante cardíaco, choque cardiogênico, dentre outras.

A equipe interdisciplinar é constituída por médicos assistentes, médicos residentes, enfermeiros, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, equipe técnica, equipe de apoio administrativo e serviços gerais.

Em relação à equipe de enfermagem, esta é composta por 17 enfermeiros e 26 técnicos ou auxiliares de enfermagem. No serviço diurno, encontram-se a enfermeira gerente e duas assistenciais. No noturno, duas enfermeiras assistenciais. Um técnico de enfermagem é locado para cada dois leitos, exceto para o cuidado ao paciente transplantado em que é destinado somente um técnico de enfermagem devido sua situação imunológica.

4.2.3 Sujeitos do estudo

A população desse estudo foi constituída por pacientes internados em unidade de terapia intensiva, de um hospital referência em doenças cardiopulmonares.

A amostra foi composta por 11 pacientes, identificados por método não-probabilístico por conveniência. Segundo Silva e Silveira (2009), nesse tipo de amostragem os entrevistados são selecionados por disponibilidade e similitude com a população útil da pesquisa. Foi utilizado esse tipo de amostragem devido a variabilidade da condição clínica dos pacientes no momento da coleta.

Os critérios de inclusão selecionados foram: ser maior de 18 anos, estar em UTI por um período mínimo de 24 horas. O critério de exclusão era o paciente não possuir condição clínica para participar do estudo, como estar em uso de sedoanalgesia, com utilização de tubo endotraqueal e estar com sensação de dor ou outro desconforto que impossibilite a coleta no momento pela necessidade de intervenção.

4.2.4 Período de coleta de dados

A coleta dos dados para a pesquisa ocorreu no mês de maio de 2014, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital do estudo sob parecer 614.491.

4.2.5 Coleta de informações

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada é definida como um encontro de duas pessoas com o objetivo de uma receber informações mediante um diálogo profissional (MARCONI; LAKATOS, 2010). Assim, esta possui a finalidade de orientar a coleta de dados com os participantes e é realizada quando o investigador segue um guia com questões preestabelecidas.

Foi utilizado como instrumento de coleta um questionário (Apêndice A) com duas questões norteadoras: 1. Considerando sua permanência na UTI, quais as condições lhe deixam mais confortável e desconfortável; 2. O que poderia ser feito pela equipe de enfermagem para lhe proporcionar bem-estar.

As entrevistas ocorreram segundo cronograma e disponibilidade da pesquisadora e teve como preocupação evitar os horários de visita e períodos de grande atividade dos profissionais, como o período da manhã, visando maior tranquilidade e privacidade para coleta.

Antes de iniciar a coleta, o paciente selecionado foi apresentado à pesquisa, seus objetivos e relevância para a Enfermagem. Questionava-se se o paciente tinha interesse de participar da mesma e, caso houvesse, era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Foi elucidada a necessidade da utilização do gravador para qualificar a apreensão dos discursos dos participantes.

Acrescentou-se a manutenção do sigilo de identidade e para tal foi atribuída um código com as letras do alfabeto no início de cada entrevista correspondente com a realização das entrevistas.

Após aprovação do participante, era iniciada a coleta de forma individual e privada. Cada encontro teve uma média de 20 minutos e o paciente, a partir das questões norteadoras, era livre para relatar sua experiência da internação em unidade de cuidados intensivos.

A transcrição foi realizada na íntegra. Esta ocorreu no mesmo dia da entrevista, evitando-se a perda dos detalhes das falas dos entrevistados, o que inclui hesitações, risos, silêncios, bem como estímulos da entrevistadora.

4.2.6 Organização e análise dos informações

Utilizou-se como estratégia para apreciação dos dados obtidos pelas entrevistas a Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Para a autora, o método análise de conteúdo pode ser definido como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para descrição do conteúdo das mensagens coletadas.

A análise de conteúdo visa obter, a partir da análise das comunicações, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. O pesquisador utiliza as mensagens para inferir conhecimentos sobre o emissor.

A organização da análise de conteúdo parte de três grandes etapas segmentadas de forma cronológica: a primeira é a pré-análise; a segunda a exploração do material e a terceira o tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise é a de organização, operacionalização e sistematização de ideias iniciais. Geralmente, possui três missões: a escolha dos documentos para análise, a formulação de hipóteses e de objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

Nessa fase foi realizada a leitura flutuante do material obtido para o primeiro contato e impressões. Em seguida, ocorreu a escolha dos documentos que constituíram o corpus para a análise. Por último, foram formuladas hipóteses.

A próxima etapa é a exploração do material na qual consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

Nessa fase, realizou-se o agrupamento das informações similares, do qual emergiram-se cinco categorias temáticas: a falta de acompanhante na unidade e pouco contato com os familiares, o constrangimento durante procedimentos, sensação de dor, ansiedade devido à internação e ao estado de saúde e a dificuldade de atendimento na unidade hospitalar.

Por última, a fase de tratamento dos resultados e interpretação os resultados foram trabalhados para serem significativos e válidos. Assim, o pesquisador pode propor inferências e adiantar interpretações.

4.2.7 Aspectos éticos-legais

Nesta pesquisa foram respeitados os princípios éticos sobre pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Foi garantido total sigilo de identidade e anonimato aos participantes do estudo na apresentação dos seus resultados, respeitando a privacidade, a intimidade e a liberdade de participação, assegurando o princípio da autonomia de se negar a participar do estudo. Ainda foram respeitados os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e equidade que garantem a segurança do participante, sem impor riscos à sua saúde e cidadania, assegurando o bem-estar e os direitos do paciente.

A pesquisa teve como benefício para o paciente a identificação das suas necessidades de conforto e situações de desconforto que qualificarão o cuidado de enfermagem. O estudo possuía o risco de ocorrer constrangimento do participante em expor seu discurso sobre a internação na unidade e o cuidado de enfermagem ofertado. Para minimizar, a coleta foi realizada com o máximo de privacidade e o paciente estava livre para suspender sua participação.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), direito de desistência do estudo em qualquer momento e da possibilidade de publicação do estudo e devolução à comunidade acadêmica, respeitando o anonimato.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, obtendo aprovação para realização sob o CAAE de número 30163314.1.0000.5039 (ANEXO A).

5 RESULTADO E DISCUSSÕES

Neste capítulo, inicialmente está descrito a caracterização dos participantes da pesquisa, acreditando ser relevante o conhecimento do perfil dos pacientes cuidados na UTI, passando então à apresentação dos resultados e análise qualitativa e das temáticas categoriais, organizadas conforme Bardin (2011).

As categorias construídas a partir da exploração do material coletado foram: Manifestações de desconforto em pacientes internados em UTI e Cuidado de enfermagem confortador na Unidade de Terapia Intensiva.

5.1 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os resultados das variáveis que caracterizaram o perfil socioepidemiológico da população estudada são observados na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Distribuição das características sócio-demográficas dos entrevistados. Fortaleza, 2014

Variáveis	F
(continua)	
Sexo	
Masculino	8
Feminino	3
Faixa etária	
< 60	5
≥ 60	6
Religiosidade	
Sim	10
Não	1
Estado Civil	
Casado	7
Solteiro	4
Naturalidade	
Fortaleza	2
Outros	9
Vive com	
Cônjuge	8
Outros membros da família	2
Sozinho	1

Tabela-2 Distribuição das características sócio-demográficas dos entrevistados. Fortaleza, 2014
(conclusão)

Escolaridade (anos)	
0-8	7
9-11	3
≥12	1
Renda Familiar	
≤ 1 SM*	3
1-3 SM	6
≥ 4 SM	2
Ocupação	
Agricultor	2
“do lar”	3
Aposentado	4
Motorista de ônibus	1
Costureira	1
<hr/>	
n = 11	

*Salário Mínimo vigente na época de R\$ 788,00 (BRASIL, 2015).

Fonte: Elaborada pelo autor

Os participantes da pesquisa foram onze sujeitos que puderam ser incluídos nos critérios de inclusão e que estavam acessíveis durante o período da pesquisa. Assim, foi possível identificar que oito participantes eram do sexo masculino, sete possuem união estável e seis possuem acima de 60 anos.

Lembre-se que a doença arterial coronariana é a principal causa de morte em mulheres em todo o mundo, tendo como grande causador a aterosclerose (ANJO et al., 2014), e possuem algumas particularidades como o desenvolvimento mais tardio da doença, maior mortalidade e mais influências hormonais que o homens.

O risco de aterosclerose aumenta quando cessa a produção de estrogênio, tornando as mulheres mais vulneráveis a desenvolver doença cardiovascular. A menopausa é o fator de risco que contribui para o desenvolvimento e progressão de lesões ateroscleróticas e hipertensão (MEIRELLES, 2014).

Ainda de acordo com Meirelles (2014), a síndrome metabólica é mais prevalente nesse período do que na pré-menopausa, podendo ter importante papel

na ocorrência de infarto do miocárdio e outras morbidades ateroscleróticas e cardiovasculares.

Na direção da epidemiologia das doenças cardiovasculares, Chagas, Dourado e Dourado (2012) referem que, no Brasil, a mortalidade por doença cardiovascular é de 33%. Quando comparados a outros países, o Brasil está na décima primeira posição de mortes de homens, e no oitavo quando se trata de mulheres, mostrando ser importante conhecimento para o enfermeiro.

A idade avançada dos pacientes também deve ser identificada como um fator relevante no processo de internação, uma vez que para as pessoas mais idosas, a internação é considerada de grande risco, pois gera diminuição da capacidade funcional e, muitas vezes, mudanças na qualidade de vida, que podem ser irreversíveis (RUFINO et al., 2012)

Outro aspecto dos participantes foi que a grande parte relatou ser católico praticante (sete participantes). Em relação ao núcleo familiar, oito vivem com o parceiro, dois com outro membro da família e um participante vive sozinho.

Considera-se importante para o cuidado de enfermagem a espiritualidade e crenças que os pacientes trazem no seu contexto de vida. Segundo Schleder et al (2013), mais do que religiosidade, a espiritualidade é relevante para os pacientes e familiares, pois auxilia no enfrentamento e na aceitação da dor e do sofrimento, ao imprimir algum significado a eles.

Nesse momento de desequilíbrio, as manifestações de espiritualidade e religiosidade se manifestam mais fortemente e é importante cenário de cuidar do enfermeiro humanizado e sensível ao difícil momento do paciente.

Quanto ao núcleo familiar, o suporte familiar é importante para o processo de internação, sendo importante o enfermeiro identificar os membros próximos que facilitem o cuidado de enfermagem no aspecto psicoespiritual e ambiental. Ainda é importante o apoio dos familiares no enfrentamento do adoecer.

Verificou-se ainda que nove entrevistados não eram naturais de Fortaleza. Quanto à escolaridade, seis sujeitos possuem até oito anos de escolaridade, três possuem entre nove e onze anos de estudo e apenas um possuía mais de 12 anos de escolaridade.

A hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares e a mortalidade decorrente dessas doenças são mais marcantes entre as pessoas de menor nível socioeconômico, particularmente as de menor escolaridade. Dentre os marcadores

de nível socioeconômico, a escolaridade é a que melhor se correlaciona com a frequência e a intensidade dos fatores de risco cardiovascular (MARTIN; FRANCO; MARTIN, 2014)

Em estudo realizado por Soares et al (2013), dentre os indicadores socioeconômicos destacam-se Produto Interno Bruto per capita (PIBpc), mortalidade infantil e escolaridade. Esses fatores contribuem de forma decisiva para a evolução positiva, social e econômica dos conjuntos populacionais.

Assim como escolaridade, a renda familiar também tem importante impacto nas doenças cardiovasculares e foi categorizada nos seguintes aspectos: três possuem renda menor que um salário mínimo, seis possuem entre dois e três salários mínimos e dois recebiam mais de quatro salários mínimos na renda familiar. Quanto à ocupação, dois pacientes eram aposentados, um era costureira, um era motorista de ônibus, três eram do lar, dois eram agricultores.

Em estudo realizado pela Associação Americana de Cardiologia, em 17 países, foi observado um maior fator de risco global nos países de alta renda, comparado aos países de baixa renda, mas com uma menor mortalidade por doença cardiovascular. A investigação ressalta a importância do sistema de saúde (acesso, igualdade e eficiência) e não somente do controle dos fatores de risco, como medida para redução da morbi-mortalidade da doença cardiovascular (YUSUF, 2013)

Assim, esta pesquisa revela resultados semelhantes ao encontrado na literatura mundial, no qual o sexo feminino e idade avançada são fatores de risco não modificáveis na população para adoecimento cardiovascular.

Quanto ao perfil nosológico, foram observadas comorbidades como a hipertensão arterial sistêmica (4 pacientes), a diabetes mellitus (2 pacientes) e a hipercolesterolemia (1 paciente), sendo importantes fatores de risco pra doenças cardiovasculares.

Os fatores clínicos, como obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial, que podem coexistir com o diabetes são de relevante importância e favorecem o aumento do risco cardiovascular inerente à doença. A coexistência de hipertensão arterial e diabetes aumentam o risco de desenvolvimento de complicações macrovasculares (IAM, AVC) e também complicações microvasculares (nefropatia e retinopatia) (GOMES; SILVA; SPINETI, 2013).

Dados da Organização Mundial da Saúde - OMS (2011) estimam que 17,3 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares em 2008 e, em

2030, aproximadamente 23,6 milhões de pessoas morrerão. Em termos de mortes atribuíveis, o fator de risco líder em doenças coronarianas e cerebrovasculares é a hipertensão arterial (para o qual 13% das mortes globais são atribuídos).

Em adição a doenças coronarianas e cerebrovasculares, a hipertensão arterial causa falência cardíaca e renal, doença vascular periférica e danos aos vasos sanguíneos da retina e deficiência visual (MENDIS; PUSKA; NORRVING, 2011).

No referente à hipercolestolemia, é considerada como um dos principais determinantes da ocorrência de doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares, dentre elas aterosclerose (espessamento e perda da elasticidade das paredes das artérias), infarto agudo do miocárdio, doença isquêmica do coração (diminuição da irrigação sanguínea no coração) e AVC (derrame).

Quanto aos diagnósticos, foram identificados os diagnósticos que se seguem: Infarto Agudo do Miocárdio (5 pacientes); Insuficiência Cardíaca Crônica (2 pacientes); Miocardiopatia Dilatada (2 pacientes) e outros (2 pacientes).

O infarto agudo do miocárdio é definido como necrose miocárdica com elevação de marcadores de necrose miocárdica e, pelo menos, um dos seguintes parâmetros: 1) sintomas sugestivos de isquemia miocárdica; 2) desenvolvimento de novas ondas Q no ECG; 3) novas ou presumivelmente novas alterações significativas no segmento ST, na onda T, ou BRE novo; 4) evidência, em exame de imagem, de perda de miocárdio viável ou de nova alteração segmentar de contratilidade ventricular; 5) identificação de trombo intracoronariano por angiografia ou necropsia (NICOLAU et al. 2014).

A Insuficiência Cardíaca (IC) pode ser considerada hoje um problema de saúde pública. Tem alta prevalência, alto custo, é frequentemente incapacitante e tem elevada mortalidade. Existem dois tipos de IC: Sistólica e Diastólica. A IC sistólica é aquela em que o principal problema é a contratilidade miocárdica. Já a diastólica é aquela secundária à redução do enchimento ventricular (BOCCHI et al., 2012).

Por fim, as miocardiopatias (MCP) compõem um conjunto de doenças do miocárdio associadas com disfunção mecânica e/ou elétrica. Essa disfunção é acompanhada frequentemente de dilatação ou hipertrofia ventriculares inapropriadas e falência cardíaca. Com o avanço da doença, pode evoluir para a necessidade de

transplante com melhora da qualidade de vida do paciente (MONT'ALVERNE et al., 2012)

Quanto ao tempo de internação, foi aspecto importante para a pesquisa, pois após algum período de internação é possível começar a se delinear as reações emocionais dos pacientes que estejam conscientes e orientados e em confronto com o significado de estar em ambiente de cuidados intensivos. Desse modo, identificou-se que a média de dias de internação hospitalar foi de 3 dias.

É relevante para o enfermeiro conhecer esses aspectos e outros relacionados com o contexto e saúde dos pacientes para promover um cuidado confortador fundamentado nas necessidades e possibilidades do paciente.

A internação em UTI pode ser considerada um acontecimento que, apesar de suportado pelo paciente, envolve ameaça a integridade física e a ansiedade decorrente deste impacto emocional. Assim, o enfermeiro deve ser capaz de proporcionar cuidado confortador, visando uma estadia menos traumática e sofrida para o paciente.

Da população entrevistada revelou-se, em seus discursos, temáticas relativas aos desconfortos no período da internação em unidade de cuidados intensivos como se segue:

5.2 MANIFESTAÇÕES DE NECESSIDADES DE CONFORTO EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI

Na análise dos depoimentos, em relação às manifestações de desconforto, foi possível estabelecer cinco subcategorias: falta de acompanhante na unidade e pouco contato com os familiares; constrangimento durante procedimentos; sensação de dor; ansiedade devido à internação e ao estado de saúde; e dificuldade de atendimento na unidade hospitalar.

5.2.1 Falta de acompanhante na unidade e pouco contato com os familiares

Quando questionados sobre a internação hospitalar e os desconfortos identificados, grande parte dos participantes (6) citou o afastamento dos familiares e a ausência de acompanhante como o principal desconforto apresentados na internação.

Assim, compreende-se a relevante questão do afastamento entre paciente e familiar na manutenção do conforto psicoespiritual: “Apesar da gente tá só, a gente é bem assistido.” (Paciente E); “Aqui, é não ter acompanhante. A gente fica mal.” (Paciente A); “Ficar longe da família, longe dos filhos. Sente falta né.” (Paciente K), “[...] é um susto tá aqui. A família longe. Todo mundo fica preocupado.” (Paciente B).

A ruptura brusca do ritmo de vida coloca o paciente em desconforto, tanto pela sua situação de saúde quanto pela preocupação com os familiares e de seu afastamento. Portanto, o sentimento de saudade em relação aos familiares e de preocupação com aqueles que permaneceram no lar gera um estresse para aqueles que se encontram internados.

Em estudo realizado por Parcianello, Fonseca e Zamberlan (2011), dentre as necessidades de cuidado vivenciadas pelos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, internados na unidade coronariana, evidenciou-se que ficar longe da família, correspondeu a 35% dos achados. Desse modo, identifica-se a importância da presença do familiar ou de pessoa escolhida pelo paciente como apoio no período de internação.

Ademais, observa-se nessa categoria que, com a internação, ocorre uma desestruturação do contexto social e familiar. O paciente está distante de tudo que reconhece, com pessoas desconhecidas e sendo submetido às normas das unidades. Todas essas questões somadas causam um grande desconforto que pode influenciar seu estado de saúde.

Para minimizar o desconforto quanto o afastamento dos familiares, o enfermeiro deve estar solidário a esse sentimento e reconhecer a importância desse fato para a recuperação do estado emocional do paciente.

O enfermeiro que compreende o paciente em seus aspectos biológico, social e emocional ameniza os transtornos causados pela internação hospitalar, promovendo conforto, podendo influenciar no agravamento do estado de saúde e no tempo de internação (KOLCABA, 2003).

Ainda nessa sub-categoria, durante o processo de cuidar, o enfermeiro deve considerar o familiar como parte do cuidado, proporcionando conforto para o familiar e para o paciente, que reconhece como relevante a atenção dispensada ao familiar (MAESTRI et al., 2012).

É importante reconhecer também o familiar como provedor de conforto ao paciente que se encontra no ambiente de UTI, sendo um aliado aos cuidados de enfermagem relacionado ao bem estar psicossocial do paciente. Por essa razão, o enfermeiro necessita cuidar da carga emocional do familiar ou acompanhante que permanece como fonte de apoio e conforto para o paciente.

Ao incluir a família no cuidado como cliente da enfermagem, os familiares sentem-se seguros e confiantes quanto às ações do enfermeiro e o paciente considera a equipe da UTI atenciosa e valoriza o cuidado de enfermagem (MAESTRI et al., 2012).

Assim, medidas de cuidado com o familiar são importantes como no trabalho desenvolvido por Simoni e Silva (2012), onde as visitas de Enfermagem, realizadas em três momentos consecutivos da internação do doente na UTI, possibilitaram identificar e intervir no aspecto emocional e sanar as principais dúvidas da família durante esse período. Como resultado foi possível a detecção e prevenção de sintomas de ansiedade, depressão e estresse vivenciados pelos familiares.

Outra possibilidade de cuidado é identificar os fatores estressantes aos familiares para um melhor enfrentamento da internação do ente. Sell et al. (2012) identificaram alterações na dinâmica das famílias dos pacientes em UTI como maior sensibilidade, medo, tristeza, apreensão e desespero e ainda dificuldade em conciliar afazeres, descanso e estar junto ao paciente, sendo importantes questões para o cuidado de enfermagem.

Portanto, os cuidados de enfermagem podem tornar o ambiente da UTI menos hostil e desconfortável para a família e paciente promovendo medidas humanizadas, percebendo o indivíduo com aspectos singulares e facilitando a relação interpessoal com diálogo aberto e horizontal.

A próxima sub-categoria descreve os discursos que foram categorizados como ansiedade devido à internação e ao estado de saúde.

5.2.2 Ansiedade devido à internação e ao estado de saúde

A internação na UTI pode gerar um desequilíbrio emocional no sujeito e família. Assim, o paciente em estado crítico enfrenta essa situação por meio da

mobilização de diferentes recursos psicológicos e vivencia momentos de ansiedade e angústia.

Do mesmo modo, esse evento tem consequências importantes no aspecto psicoespiritual em razão do ambiente desconhecido, do isolamento familiar, do estado de saúde e pelos procedimentos geralmente invasivos e desconfortáveis.

Em estudo realizado por Rattray et al. (2010), sensações de ansiedade, depressão e evasão são identificados no momento da internação na UTI e por um longo período após a alta, sendo necessário avaliar a experiência do paciente e as práticas dentro da UTI.

Nesse cenário, a ansiedade relacionada a procedimentos e ao estado de saúde emergiu nos discursos dos participantes. A ansiedade pode ser definida como uma resposta mental e psíquica a situações de medo ou ameaça.

Em pesquisa realizada por Parcianello, Fonseca e Zamberlan (2011) sobre as necessidades de pacientes em cirurgias cardíacas, os sentimentos despertados que mais se sobressaíram foram o nervosismo e a ansiedade, corroborando com os resultados desta análise.

A ansiedade é resultado da experiência da internação e o enfermeiro precisa promover conforto de alívio e tranquilidade nos contextos psicoespiritual e físico (KOLCABA, 2003).

Assim, com relação a essa temática, os participantes tiveram os seguintes depoimentos: “Acho que a doença em si gera um desconforto. Dá uma ansiedade de saber.” (Paciente E); “[...] eu também não dormi na hora da história com medo. O médico era muito novinho. Com medo de quebrar a veia.” (Paciente C); “Tem aquele medo de tá doente. Não sabe direito as coisas.” (Paciente F); “Fiquei muito preocupada com o stent né.” (Paciente H).

Dentre os quatro participantes, três possuíam diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e um com miocardiopatia dilatada, dois eram do sexo masculino e a média de idade foi de 60 anos. Dados similares foram encontrados em pesquisa realizada por Badia et al (2011).

Dessa forma, identifica-se um importante aspecto relacionado ao estado de humor do paciente para a atuação dos cuidados de enfermagem. Em estudo realizado por Navarro-García et al (2011), com amostra de 100 pacientes aguardando cirurgia cardíaca, 32% dos pacientes desenvolveram ansiedade pré-operatória e 19% depressão.

Ainda nesse estudo, o tempo de internação pré-operatório foi o principal fator de risco para depressão. A ansiedade foi relacionada ainda com a dor pós-operatória e maior consumo de analgésico.

No trabalho de Prado, Bento e Gardenghi (2012), utilizando a Escala de Estressores em Unidades de Terapia Intensiva (EETI), a estrutura física de uma UTI influencia na percepção dos pacientes sobre os fatores desencadeadores de estresse e também nos níveis de estresse observados em pacientes submetidos a procedimento de angioplastia coronariana.

Outra pesquisa identificou ser comum transtorno mental em pacientes internados em UTI e os internados sem esses agravos permaneciam por menor tempo na UTI e tinham menor índice de mortalidade (BADIA et al., 2011).

Desse modo, é possível reconhecer que as UTIs são vistas pelos que ali estão internados como um ambiente assustador, onde muitas vezes desestabiliza emocionalmente os mesmos, devido esse espaço ser considerado um local supostamente associado com a gravidade da doença e até mesmo risco de morte (PARCIANELLO; FONSECA; ZAMBERLAN, 2011).

Compreender as necessidades do paciente é fundamental para um cuidado de enfermagem qualificado. Como exemplo, estudo realizado por Brooke et al. (2012), a informação como forma de intervenção reduziu os sintomas de ansiedade do paciente e de seus familiares de maneira eficaz.

Os enfermeiros devem ainda identificar os pacientes com maiores riscos de desenvolver transtorno psicológico e atuar para prevenir esses agravos. De acordo com Brodsky-Israeli e Ganz (2010) pessoas do sexo feminino, com pouco apoio social e com maior período de internação são mais suscetíveis a agravos de humor.

Segundo Peris et al. (2011), apoio psicológico precoce pode ajudar pacientes de UTI, em estado crítico, a se recuperar desta experiência estressante. O grupo controle que teve ajuda psicológica obteve menor taxa de ansiedade e depressão, menor desenvolvimento de síndrome de estresse pós-traumático e menor uso de psicotrópicos após alta hospitalar.

Outro aspecto relacionado a transtorno de humor é o que ocorre após o período de internação, no qual o enfermeiro sensibilizado com a segurança do paciente deve intervir na prevenção. Conforme estudo de Vesz et al. (2013), na avaliação dos distúrbios psicológicos, os transtornos do humor (ansiedade e/ou

depressão) ocorreram em 31% dos pacientes e os distúrbios do sono em 43,3% na primeira semana após a alta hospitalar.

Diante do exposto, identifica-se a necessidade de fortalecer as ações de enfermagem voltadas para orientação sobre estado de saúde, tratamento, apoio psicológico, informações sobre procedimentos a serem realizados e o motivo da internação, a fim de reduzir as dúvidas e os temores do desconhecido que podem agravar seu desconforto, objetivando intensificar o conforto psicoespiritual.

A próxima subcategoria debate sobre a sensação de dor, questão comum para pacientes com doenças cardíacas e em internação hospitalar.

5.2.3 Dor

Nessa categoria foram reunidos os discursos referentes a dor como desconforto na internação. Essa sensação pode advir do próprio estado de saúde, de procedimentos invasivos, de pós-operatório e pela restrição ao leito.

Assim, podemos analisar os seguintes relatos: “Fico só com as dores mesmo.” (Paciente D); “Essa tosse que dói tudo.” (Paciente B); “O cateter é muito dolorido também.” (Paciente A); “Esse monte de coisa que dói. Não saio da cama e fico com dor nas costas.” (Paciente G); “A dor foi o que mais senti.” (Paciente H).

A sensação de dor é experimentada com frequência por pacientes em terapia intensiva. Por essa razão é uma questão importante para intensificar o conforto físico e psicoespiritual dos pacientes.

A dor é um estressor importante para os pacientes que estão nas unidades de terapia intensiva, contribuindo para alterações do padrão do sono e podendo levar a exaustão, desorientação e agitação. É uma das principais necessidades de alívio e tranquilidade no aspecto físico e que influencia no conforto psicoespiritual (KOLCABA, 2003).

A administração de analgésico e sedativo é fundamental para dar conforto ao paciente, reduzir o estresse e evitar retardo na recuperação. Para tanto, é imprescindível que os enfermeiros identifiquem por relato verbal ou gestos a necessidade de alívio da dor.

Para Sakata (2010), menos da metade dos pacientes tem controle adequado da dor em UTI. As barreiras identificadas foram: conduta do médico, uso de protocolos sem evidência, resistência dos profissionais para mudar a conduta,

método inadequado de avaliação da dor e treinamento insuficiente dos profissionais quanto à avaliação e ao tratamento da dor.

A avaliação da dor na UTI é complexa devido a frequência de pacientes impossibilitados de falar. Nesta pesquisa, os participantes estavam conscientes e verbalizando. Assim, é possível utilizar a escala numérica verbal (0 a 10), em que a dor pode estar dor ausente = 0, leve = 1-3, moderada = 4-6 e intensa = 7-10 (SAKATA, 2010).

A utilização pela equipe de enfermagem de um instrumento de avaliação adequado às necessidades do paciente é essencial para o seu controle, sendo de extrema relevância para a qualidade do cuidado prestado.

Em estudo realizado por Souza et al (2013), os enfermeiros demonstraram conhecimento satisfatório sobre análise da dor e analgesia, porém observa-se que ele não aparece na prática clínica, em intervenções preconizadas e registro das avaliações.

Capacitar a equipe de enfermagem é de fundamental importância para a qualidade do cuidado. Um conhecimento inadequado adicionado à impossibilidade do doente em comunicar sua dor, a não priorização da avaliação da dor e o despreparo da equipe multiprofissional sobre a temática se constituem em obstáculos que dificultam o manejo da dor dos pacientes criticamente doentes.

Para Barbosa, Beccari e Pereira (2011) há uma maior preocupação da equipe de enfermagem com a ocorrência de dor e não com a qualidade, intensidade ou quanto o estímulo doloroso poderia estar gerando incômodo ao paciente, além da não utilização de escalas para avaliação clínica e individual da dor, necessitando de um treinamento contínuo com os profissionais de enfermagem no sentido de abordar e valorizar as queixas algícas dos pacientes.

Segundo Magalhães et al. (2012), a maioria dos profissionais de enfermagem tem conhecimento insuficiente sobre a identificação, quantificação e tratamento da dor, porém o treinamento propiciou a atualização e o aprofundamento dos conhecimentos da equipe de enfermagem, para atuar de forma mais adequada e eficiente no controle e alívio da dor.

A presença da dor é um dos fatores que mais causam desconforto. Desse modo, o alívio da dor e a promoção de conforto destes pacientes devem ser prioritários, não apenas por razões humanas e éticas, mas também pela melhora que produz no estado físico, mental e social do paciente (KOLCABA, 2003).

A presença da dor é um dos fatores que mais causam desconforto. Desse modo, o alívio da dor e a promoção de conforto destes pacientes devem ser prioritários, não apenas por razões humanas e éticas, mas também pela melhora que produz no estado físico, mental e social do paciente.

A farmacologia parece a melhor forma para controlar e combater a dor, porém existem outras medidas que podem ser usadas pela enfermagem, que independem da prescrição médica. Os enfermeiros podem lançar mão de técnicas de relaxamento e distração proporcionando ao paciente uma maior sensação de controle da dor. Ademais, o enfermeiro pode transmitir ao paciente que está ciente de sua dor e que deseja efetuar mudanças na assistência para minimizá-la (BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011).

A dor deve ser considerada um sinal vital tão importante quanto os outros e dessa forma a eficácia do tratamento e o seu seguimento dependem de uma avaliação e mensuração confiável e válida. É preciso também ser solidário e respeitar a dor física e subjetiva do paciente, tendo-se em mente que cada indivíduo a percebe de uma maneira ou intensidade diferente (SILVA; VASCONCELOS; NÓBREGA, 2011).

O conhecimento dos enfermeiros sobre a dor constitui em um dos principais fatores para a promoção de conforto e alívio da dor, visto que esses profissionais são os que permanecem a maior parte do tempo junto a esses pacientes.

A seguir, foram discutidas as investigações sobre o constrangimento no cenário hospitalar, também relevante e frequente para os cuidados de enfermagem.

5.2.4 Constrangimento durante procedimentos

Nesta categoria é observado, por meio dos relatos dos participantes, que os sentimentos de vergonha e pudor são presentes e podem gerar constrangimento e ansiedade no paciente. Assim, seguem as falas dos entrevistados: “O cabra é pesado. É dependente de tudo. O pessoal banhando. Fica chato né mas tirei de letra.” (Paciente A); “A gente fica constrangido com as coisas daqui. Algumas de qualquer maneira. Dá aquele constrangimento [...] no banho, na hora das necessidades fisiológicas.” (Paciente F); “Tem coisa que não é como tá em casa, né.

Eu quero ir ao banheiro e tenho que chamar. A gente fica errado mesmo.” (Paciente G).

Essas informações também foram identificadas em estudo realizado por Soares e Dall’Agnol (2011) em que os pacientes manifestaram que a exposição do corpo ocorre em procedimentos comuns, tais como: banho, higiene, troca de roupas, troca de curativos, dentre outros.

Na pesquisa de Pupulim e Sawada (2012) a percepção de privacidade parece estar vinculada à necessidade de ser visto como pessoa, ser humano, e não como objeto. Ao mesmo tempo, entende-se que seus sentimentos e reações devem ser observados e valorizados, pois a falta de privacidade provavelmente acarretará desconforto e insatisfação com o cuidado.

Situações do cotidiano sugeriam ocorrência de violação do espaço pessoal e do corpo do paciente, constituindo-se em condições geradoras de ansiedade, constrangimento e estresse, que repercutem em sua saúde e bem-estar (SOARES; DALL’AGNOL, 2011).

Desse modo, a exposição, por vezes desnecessária, provoca constrangimento, desconforto, preocupação, insegurança e estresse psicológico durante a internação.

Para Kolcaba (2003), um profissional preocupado com o ambiente obtém melhores resultados dos pacientes e da instituição. Nesse aspecto, está incluído as medidas de conforto do ambiente e a preocupação do enfermeiro com as pessoas nele incluídas.

Muitas vezes o enfermeiro preocupado com a realização de procedimento ou técnica esquece-se do paciente como ser humano, possuidor de pudores e traumas, e utiliza-se do paciente como objeto pertencente da unidade.

Nesse contexto, Bettinelli, Pomatti e Brock, (2010) refletem sobre o cuidado de enfermagem intensivista como se estivesse implícito, como em um suposto “contrato do cuidado”, que o toque ao corpo do paciente, bem como sua nudez, seria natural para o profissional, o que é equivocado e fere os direitos de privacidade e autonomia do paciente.

Para Silva e Souza (2011) a característica na unidade de terapia intensiva, envolvendo complexidade tecnológica, gravidade da doença, e necessidade de ação imediata leva os profissionais de enfermagem que atuam

nesta área a priorizar as atividades técnicas, desfavorecendo o cuidado confortador e a relação interpessoal.

Nesse sentido, o enfermeiro deve fortalecer a empatia e a humanização, possuindo uma postura ética e respeito à dignidade humana.

Outro aspecto da exposição do corpo do paciente é que para o enfermeiro faz parte de sua rotina e de seu conhecimento, porém para o paciente é fora do seu cotidiano e zona de conforto.

Segundo Baggio et al. (2010), a exposição do corpo e da intimidade é uma condição única para o paciente e uma experiência múltipla para os profissionais de enfermagem. A maioria dos profissionais manifesta agir naturalmente, tendo preocupação e empatia para como o paciente, entretanto condutas que violam a privacidade ainda persistem durante o cuidado de enfermagem na UTI.

Para manter um ambiente privativo, acolhedor e de cuidados, o enfermeiro deve ser apresentado a essa forma de cuidar ainda na formação e no início da prática profissional. As questões que envolvem a exposição física e íntima do paciente e melhorias estruturais às unidades de pacientes críticos requer atenção do enfermeiro e investimentos financeiros no ambiente (BAGGIO et al., 2010).

Um dos aspectos importantes para a manutenção da privacidade é a interação profissional/paciente por meio de uma comunicação eficaz, tanto verbal como não-verbal, estabelecendo, assim, uma relação de confiança (BETTINELLI; POMATTI; BROCK, 2010).

O enfermeiro que não respeita a privacidade, autonomia e dificulta a realização de vínculo com o paciente promove um ambiente de desconforto, agressivo, dificultando o seu relacionamento com paciente e família, comprometendo sua recuperação e, até mesmo, aumentando o seu estresse e sofrimento.

A seguir é tratada a última sub-categoria de desconforto. Esta se fez relevante devido ao processo institucional mal gerenciado que promoveu desconforto nos pacientes participantes.

5.2.5 Dificuldades de atendimento na unidade hospitalar

Esta subcategoria refere-se à dificuldade de atendimento hospitalar. Foram identificados dois depoimentos quando questionados sobre o desconforto que

trataram desse assunto: “O mais difícil foi entrar no hospital. Esperei muito.” (Paciente C), “O certo é tá aqui, né. Doente precisa de um canto e foi difícil conseguir. É melhor tá aqui sendo cuidado do que morrer em casa.” (Paciente I).

Observou-se a relevância dessa categoria, pois a entrada e a permanência na unidade hospitalar é o primeiro contato que o paciente possui ao necessitar de uma internação. Ademais, mesmo após os cuidados realizados e estabilizados, o desgaste ocorrido no momento inicial da internação foi gerador de desconforto e pode ser um agravo causador de trauma para o paciente.

Quando um indivíduo procura um serviço de saúde com queixa de doença, ele necessita que seja resolutivo e de maneira rápida e no menor tempo possível, causando um desconforto psicoespiritual e físico.

As doenças cardíacas, as coronarianas principalmente, necessitam de um atendimento inicial em um menor tempo para um prognóstico mais satisfatório para o paciente e para a instituição de saúde.

Em estudo realizado por Betancur et al. (2010), na Colômbia, país com características socioeconômicas similares ao Brasil, o paciente que precisa de uma assistência rápida irá encontrar muitas barreiras que atrasam o atendimento como a grande demanda de cuidados e falta de profissionais capacitados.

Deste modo, a admissão do paciente, como primeiro passo para o direito à saúde, se torna gerador de desconforto e preocupação para o paciente e família.

Segundo Olausson, Lindahj, Ekebergh (2013), a experiência de ser cuidado em unidade de terapia intensiva envolve vários aspectos como a imagem relacionada à UTI, o ambiente da UTI e a equipe de funcionários. Dessa forma, é importante o discurso dos participantes quando relatam desconforto no momento da internação.

Um sistema de saúde de boa qualidade se diferencia por apresentar características tais como: alto grau de competência profissional; eficiência na utilização dos recursos; risco mínimo para os pacientes e um efeito favorável na saúde (SOUZA et al., 2013).

No estudo de Bellucci e Matsuda (2011), um dos principais fatores que reduzem a satisfação do paciente nos serviços de saúde é a demora no atendimento devido à carência de profissionais, sobrecarga de trabalho, estrutura física inadequada, precariedade ou ausência de equipamentos e de materiais para o necessário atendimento.

Dessa forma, um desconforto, como o atraso no atendimento, pode prejudicar o processo de recuperação do paciente, sendo consequência de um serviço de saúde com falhas, com alta demanda e mal gerenciado.

Outro aspecto relacionado a essa categoria é a sensação de cuidado e conforto em razão de um atendimento humanizado e com empatia, porém não resolutivo ou realizado de forma mediana. Assim, o paciente avalia de forma positiva a assistência de baixa qualidade em recursos físicos e de profissionais, contudo que foi atencioso e acolhedor.

Nesse cenário, é inegável a necessidade de recursos físicos, estruturais e humano para um atendimento de qualidade, porém a humanização no atendimento se torna um fator de promoção de satisfação na assistência em saúde, principalmente para a equipe de enfermagem.

Conforme Bellucci, Junior e Matsuda (2011), para humanizar o cuidado em serviço de emergência é necessário superar obstáculos como: relação entre quantidade de pacientes atendidos e o número de leitos ofertados; custos e capacitação do trabalhador para o atendimento. Diante disso, destaca-se a atuação do profissional qualificado e humanizado no cuidado e na resolução do problema no menor tempo possível.

A próxima categoria aborda o cuidado de enfermagem confortador, identificando ações de enfermagem que promovem conforto nos quatro contextos do ser.

5.3 CUIDADO CONFORTADOR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Diante do exposto sobre as manifestações de desconforto na UTI, observa-se que são amplas as necessidades de cuidado de enfermagem, são singulares, e que variam desde uma conversa de conforto até procedimentos próprios da enfermagem como a utilização de medicação analgésica, banho no leito e ajuda nas realizações das necessidades fisiológicas.

Pode-se relacionar os relatos dos participantes com os contextos da existência humana da seguinte maneira: a falta de acompanhante na unidade e pouco contato com os familiares (conforto psicoespiritual e sociocultural); o constrangimento durante procedimentos (conforto psicoespiritual e sociocultural), sensação de dor (conforto físico, sociocultural e psicoespiritual), ansiedade devido à

internação e ao estado de saúde (conforto psicoespiritual e físico), a dificuldade de atendimento na unidade hospitalar (conforto sociocultural) e o retardo no cuidado de enfermagem quando solicitado pelo paciente (conforto psicoespiritual e sociocultural).

Na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, enfermagem é a avaliação intencional das necessidades de conforto dos pacientes, famílias e comunidade; elaboração de medidas de conforto para suprir as necessidades, incluindo a avaliação das medidas realizadas comparadas a uma base anterior.

Desse modo, a utilização da Teoria do Conforto possibilita promover um cuidado diferenciado, ultrapassando os limites da técnica pura, humanizado, pessoal e satisfatório para paciente, família e enfermeiro.

Percebe-se que as necessidades de cuidados são complexas, flutuam nos quatro contextos da experiência humana e carecem de ações de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) integralizadas.

Para exemplificar, observa-se a sensação de dor. É um desconforto no aspecto físico, que influencia o aspecto sociocultural e psicoespiritual do paciente quando este se isola, tem ansiedade e interfere na relação com os outros devido à dor. Diante disso, enfermeiro utiliza medidas de conforto para promover alívio, tranquilidade e transcendência como resultado satisfatório do cuidado.

Para essa característica do cuidado de enfermagem, Kolcaba (2003) definiu conforto holístico como uma experiência imediata fortalecida pela satisfação das necessidades de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência humana.

Desse modo, após uma investigação na literatura que discutisse os desconfortos identificados nesta pesquisa, percebeu-se que a base para um cuidado confortador é a humanização e a empatia, aliado às técnicas necessárias para um ambiente de cuidados intensivos.

A criação de um ambiente exclusivo de cuidados possibilitou ofertar uma melhor assistência para paciente graves, de maneira eficiente e qualificada já que dispõe de recursos físico e humano para tal. É inegável a necessidade da tecnologia avançada para recuperação dos pacientes, entretanto a humanização dos cuidados de enfermagem é imprescindível para um cuidado confortador.

São muitos os desconfortos identificados na UTI, tornando-se um ambiente de estresse e traumatizante. Pode ser menos hostil ao paciente e sua

família se os profissionais de saúde humanizarem a assistência, ou seja, perceberem cada ser humano como um indivíduo único, com necessidades específicas, otimizando o exercício de sua autonomia, facilitando a interação entre eles por meio de diálogo aberto, definindo quem cuida e quem é cuidado (SIMONI; SILVA, 2012).

Para Ponte (2011), o conforto apresenta-se como uma das metas na implementação de atividades de enfermagem dentro do ambiente de cuidados intensivos. Desse modo, são relevantes as discussões do processo de cuidar de enfermagem e como ocorre na realidade dos hospitais brasileiros.

Em seu estudo, Ponte analisa medidas de cuidados de enfermagem para pacientes de UTI segundo as necessidades de cuidados e o contexto humano e que podem ser utilizadas nessa análise.

Assim, para conforto físico as tecnologias para o cuidado clínico de enfermagem foram: controlar e aliviar desconforto precordial e sintomatologias clínicas; implementar cuidados gerais de enfermagem; realizar cuidados para melhorar conforto no leito; satisfazer as necessidades básicas de hidratação, alimentação e eliminações; e cuidar diferenciado no sítio de punção e na retirada do dispositivo arterial.

Quanto ao conforto psicoespiritual, foram viabilizadas as medidas de conforto a seguir: fortalecer a espiritualidade; esclarecer acerca da pesquisa, do adoecimento e da hospitalização; ajudar no enfrentamento da nova condição de saúde; ajudar nas situações confusão mental e desorientação.

Para o conforto ambiental, deve-se promover um ambiente seguro, identificado pelo paciente e com privacidade. Por fim, para o conforto sociocultural, deve-se manter um relacionamento interpessoal saudável, acessível, estabelecendo vínculo, fornecendo apoio, conhecendo a pessoa cuidada e seu contexto de vida.

Assim, os pacientes em cuidados intensivos requererem maior dispêndio físico (no que concerne à força de trabalho) por parte dos profissionais de enfermagem, em virtude da dependência e gravidade clínica. Com a humanização da assistência nas UTIs, têm demandado também atenção dos enfermeiros para suprir suas necessidades de apoio emocional, relativas à terapêutica e prognósticos determinados, bem como as de seus familiares (FEITOSA; LEITE; SILVA, 2012).

Para qualificar o cuidado de enfermagem também é necessário identificar as limitações para uma assistência humanizada. No estudo de Silva e Santos (2011)

os fatores dificultadores que refletem diretamente na assistência de enfermagem foram falta de recursos humanos, materiais, falta de motivação e a falta de atenção dos profissionais.

Os fatores facilitadores que contribuem para a eficiência e eficácia do processo de relacionamento terapêutico enfermagem/pacientes, identificados no mesmo estudo, são comunicação, empatia, respeito, flexibilidade que podem e devem ser desenvolvidos no cotidiano do enfermeiro.

Dessa forma, para satisfazer esta necessidade de cuidado humanizado e confortador é essencial que o profissional estabeleça vínculo, diálogo e confiança durante o cuidado oferecido, de modo a possibilitar na identificação das necessidades individuais de conforto e, logo, na implementação dos cuidados de conforto (PONTE et al., 2014).

Quando relacionados com a UTI, o cuidado confortador precisa de maior atenção devido às próprias características da UTI, envolvendo complexidade tecnológica, gravidade da doença, e necessidade de ação imediata leva os profissionais de enfermagem que atuam nesta área a priorizar as atividades técnicas.

Esse cenário pode levar o enfermeiro a mecanizar o cuidado de enfermagem e priorizar o uso de tecnologias, prejudicando a humanização, o cuidado confortador e a relação interpessoal entre enfermeiro-paciente-família.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar, a partir das entrevistas com os participantes as seguintes manifestações de desconforto: falta de acompanhante na unidade e pouco contato com os familiares; constrangimento durante procedimentos; sensação de dor; ansiedade devido à internação e ao estado de saúde; e dificuldade de atendimento na unidade hospitalar.

Identificar as necessidades de conforto, nos quatro contextos de existência humana, e elaborar estratégias para alcançar e fortalecer o máximo de sensação de conforto são os principais objetivos do cuidado de enfermagem.

Observou-se que a empatia e a humanização são de relevância para um enfermeiro qualificado, que vai além dos aparatos tecnológicos e procura criar vínculos com paciente e família, amenizando o trauma e estresse da UTI.

Assim, é possível planejar e realizar ações de enfermagem melhores, humanizadas e individualizadas. A rotina hospitalar é bastante complexa, pois envolve um contexto tecnológico, de estresse constante da equipe, pacientes e familiares, trazendo diversos componentes éticos e técnicos que precisam ser analisados pelos envolvidos no processo.

A despeito do empenho dos profissionais para humanizar o cuidado, é difícil de ser alcançado nas ações de enfermagem, porque requer atitudes singulares e coletivas para respeitar a privacidade, a individualidade e o contexto de vida dos pacientes.

O estudo estimula os profissionais a possibilidade de implementar os aspectos apresentados, pois existe grande benefício para o paciente em fortalecer as sensações de bem-estar e conforto dos pacientes, otimizando o cuidado de enfermagem.

Para tal, faz-se imprescindível a sensibilidade, a solidariedade e o respeito dos que cuidam para com quem é cuidado, sobretudo com aqueles sem condições de cuidar de si.

Toda compreensão é parcial e inacabada. Desse modo, esse estudo teve questões limitantes como a permanência da pesquisadora por curto período na unidade, a teoria de Kolcaba pouco utilizada no Brasil e o receio dos pacientes em relatar motivos de desconforto sobre a equipe de enfermagem.

Considera-se a metodologia utilizada adequada já que as sensações de conforto e desconforto são pessoais e devem ser integradas e possibilitou resultados relevantes para a ciência da Enfermagem.

Por fim, a utilização da teoria do conforto foi importante para o estudo e teve destaque quando utilizada na UTI, cenário de grande complexidade e estigma, pois é uma teoria voltada para a humanização, para o ser humano, para pessoa e para família.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, J.; REIS, F. Dexmedetomidina: papel atual em anestesia e cuidados intensivos. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 62, n. 1, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n1/v62n1a15.pdf>> Acesso em: 12 nov. 2013.
- ANDRADE, M.R. et al. Risco de infecção no Cateter Venoso Central - revisão da literatura. **Online braz. j. nurs.**, v. 9, n.2, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/login?source=%2Findex.php%2Fnursing%2Farticle%2Fview%2Fj.1676-4285.2010.3109%2F700>> Acesso em: 11 nov. 2013.
- ANJO D. et al. The benefits of cardiac rehabilitation in coronary heart disease: a gender issue? **Rev Port Cardiol.**, v. 33, n. 2, p. 79-87, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24507586>> Acesso em: 11 nov. 2013.
- AGRA, G. et al. Cuidados Paliativos ao Paciente Portador de Ferida Neoplásica: uma Revisão Integrativa da Literatura. **Rev Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 1, p. 95-104, nov. 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/16-cuidados-paliativos-ao-paciente-portador-de-ferida-neoplasica.pdf> Acesso em: 7 set. 2013.
- APÓSTOLO, J. L. A. O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. **Revista Referência**, Coimbra, v. 2, n. 9, p. 61-64, mar. 2009. Disponível em: <http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2133&id_rev=4&id_edicao=26>. Acesso em: 10 out. 2012.
- ARAUJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000400002&script=sci_arttext> Acesso em: 27 set. 2013
- AVANCI, B.S. et al. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, dez., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a04.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2013.
- BADIA M. et al. Classification of mental disorders in the Intensive Care Unit. **Med Intensiva**, v. 35, n.9, p. 539-45, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21784561>> Acesso em: 11 nov. 2013.
- BAGGIO, M. A. et al. Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.** v. 64, n.1 p. 25-30, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2013.

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, p. 470-477, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2011000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 nov. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Ed. 70, 2011.

BARROS, N.B.C. et al. Cuidados paliativos na uti: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 3, p.630-640, set./dez. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5857/pdf>>. Acesso em: 3 out. 2013.

BELLUCCI, J. A.; MATSUDA, L. M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.** . v.32, n.4, 2011.

BERGOLD, L.B; ALVIM, N.A.T. A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 537-42, jul./set., 2009. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20093/artigo%2010.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2013.

BETANCUR, M. A. L. et al. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana, **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 28, n. 1, p. 64-72, mar., 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215294008>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

BITENCOURT, A. G. V. et al .Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, mar., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100007>. Acesso em: 22 out. 2012.

BOCCHI E.A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq Bras Cardiol**, v. 98, n.1, p. 1-33, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000700001>. Acesso em: 12 nov. 2013.

BOCCHI, E. A. et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n.1, supl. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009002000001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Datasus**. Sistema de informações de mortalidade. Taxa de mortalidade específica por doença do aparelho circulatório, 2012. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 02 jan. 2014.

BRASIL, **Decreto n.º 8.381, de 29 de dezembro de 2014**. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, dez. 2014

BRODSKY-ISRAELI, M.; GANZ, F. D. Risk factors associated with transfer anxiety among patients transferring from the intensive care unit to the ward. **J Adv Nurs**. v. 67, n. 3, p. 510-8, mar., 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21073503>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

BROOKE J. et al. Efficacy of information interventions in reducing transfer anxiety from a critical care setting to a general ward: a systematic review and meta-analysis. **J Crit Care**., v. 27, n. 4, p. 425, ago., 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22824085>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

CHAVAGLIA, S. R. R. et al. Ambiente do centro de terapia intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, dez., 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18122>>. Acesso em: 20 out. 2012.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – **Resolução 466/12**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2013.

FAWCETT, J. On the requirements for a metaparadigm: a invitation to dialogue. **Nursing Science Quarterly**, v. 9, n. 3, p. 84-87, 1996.

FONSECA, A. C.; MENDES JUNIOR, W. V.; FONSECA, M. J. M. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 24, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v24n2/17.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

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.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 896-904, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/21.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2013.

FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 441-5, jul./set., 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a18.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.

GAUDENCIO, D.; MESSEDER, O. Dilemas sobre o fim-da-vida: informações sobre a prática médica nas UTIs. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a12v16s1.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2013.

GOMES, I. P.; AMADOR, D. D.; COLLET, N. A presença de familiares na sala de quimioterapia pediátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 5, out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/13.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2013.

HAYAKAWA, L.Y. et al. A utilização do grupo como estratégia de suporte à mãe de criança internada em UTI pediátrica: relato de experiência. **Online braz. j. nurs.**, v. 8, n. 3, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/>> Acesso em: 11 nov. 2013.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>> Acesso em: 21 nov. 2013.

KOLCABA, K. **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research**. New York: Springer publishing company, 2003. 264p.

KOLCABA, K. **The Comfort Line**. 2010. Disponível em: <<http://www.thecomfortline.com/>> Acesso em: 22 jun. 2013.

LOURO, T.Q. et al. A terapia intensiva e as tecnologias como marca registrada. **R. pesq.: cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2465-82, jul./set., 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2034/pdf_580> Acesso em: 10 dez. 2013.

LOWE, L.M.; CUTCLIFF, J.R. A concept analysis of comfort, In: CUTCLIFFE, J.R.; MCKENNA, H.P. **The essential concepts of nursing**. Edinburgh: Elsevier, 2005, p. 51-64.

LUCCHESI, F.; MACEDO, P. C. M.; MARCO, M. A. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100003#ast1b>. Acesso em: 21 out. 2012.

MAESTRI, E et al . Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 75-81, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2015.

MAGALHAES, P. A. P. et al. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. **Rev. dor** [online]., v.12, n.3, p. 221-225, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2015.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTIN, R. S. et al. Influência do nível socioeconômico sobre os fatores de risco cardiovascular. **J. bras. Med.**, v. 102, n. 2, mar./abr., 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4193.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2015.

MCILVEEN, K.H.; MORSE, J.M. The role of comfort in nursing care: 1900-1980. **Clin Nurs Res**. v. 4, n. 2, p. 127-48, May. 1995.

MEIRELLES, R. M. R.. Menopausa e síndrome metabólica. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 58, n. 2, p. 91-96, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v58n2/0004-2730-abem-58-2-0091.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2015.

MENDIS, S.; PUSKA, P.; NORRVING, B. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. **World Health Organization**, Geneva, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011

MONT'ALVERNE, D. G. B. et al. Evolução clínica e capacidade funcional de pacientes com cardiomiopatia dilatada após quatro anos do transplante. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v.27, n.4, p. 562-569, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382012000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2015.

MONTEIRO, A. C. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. A. O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/14.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2013.

MUSSI, F. C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf>> Acesso em: 19 set. 2013.

MUSSI, F.C. Conforto: revisão de literatura. **Rev.Esc.Enf.USP**, São Paulo, v. 30, n. 2, p.256-66, ago. 1996. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/344.pdf>>. Acesso em: 19 de set. 2013.

NASCIMENTO, D. M. et al . Experiência em cuidados paliativos à criança portadora de leucemia: a visão dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, set. 2013 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a27.pdf>> Acesso em: 22 out. 2013.

NAVARRO-GARCÍA M.A. et al. Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. **Rev. Esp Cardiol**. v. 64, n. 11, p. 1005-10, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21924811>> Acesso em: 23 jun. 2015.

NICOLAU J.C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol.**; v.102, n. 3, p. 1-6, 2014. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2014/Diretriz_de_IAM.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2015.

OLIVEIRA, A.S.S.; RODRIGUES, D.P.; GUEDES, M.V.C. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 54, p. 259-54, abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a13.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2013.

OLAUSSON S.; LINDAHL B.; EKEBERGH M. A phenomenological study of experiences of being cared for in a critical care setting: the meanings of the patient room as a place of care. **Intensive Crit Care Nurs.**, v. 29, n. 4, p. 234-43, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23727137>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. O significado do processo de cuidar para o enfermeiro da UTI. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 3, p. 482-489, jul./set., 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/11015/pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

PARCIANELLO, M. K.; FONSECA, G. G. P.; ZAMBERLAN, C.. Necessidades vivenciadas pelos pacientes pós cirurgia cardíaca: percepções da enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2012.

PEREIRA, J. M. V. et al . Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, dez. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2014.

PERIS A. et al. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. **Crit Care**, v. 15, n. 1, 2011.

PIRES, D. E. P. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, set. 2013, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONTE, K. M. A. et al . Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com infarto agudo do miocárdio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/04.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2013.

PONTE, K. M. A. Tecnologia do cuidado clínico de enfermagem para o conforto de mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio. 2011. 177f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/keila_maria_de_azevedo_ponte.pdf> Acesso em: 15 out. 2012.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. **Rev. bras. enferm.** v.65, n.4, p. 621-629, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2015.

RATTRAY J. et al. Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study. **Nurs Crit Care.** v. 15, n. 2, p. 86-93, mar./abr. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20236435>. Acesso em: 23 jun. 2015.

RODRIGUES, J. S. M. et al. O atendimento por instituição pública de saúde: percepção de famílias de doentes com câncer. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a09.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

RUFINO, M. G. G. et al. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 291-7, jul./ago. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3043.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2015.

SAKATA, R. K. Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v.60, n.6, p. 653-658, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942010000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2015.

SANTOS, L. M. et al. Rede e apoio social de pais de prematuros hospitalizados na unidade de terapia intensiva neonatal. **R. pesq.: cuid. fundam.**, v. 4, n. 4, 2789- 96, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1807/pdf_617> Acesso em: 12 nov. 2013.

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 77-97, out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a05.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.

SCHLEDER, L. P. et al. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.** v.26, n.1, p. 71-78, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-> Acesso em: 23 jun. 2015.

SEKI, N.H; GALHEIGO, S. M. O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 14, n. 33, jun., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a04v14n33.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

SELL, C. T. et al . Alterações na dinâmica familiar com a hospitalização em unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 488-92, out./dez., 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5223/3827>. Acesso em: 23 jun. 2015.

SILVA, C. F. et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, set. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2013.

SILVA, C. R. L. et al. Conceito de cuidado/conforto: objeto de trabalho e objeto de conhecimento de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 357-60, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17093/14220>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

SILVA, C. R. L.; CARVALHO, V.; FIGUEIREDO, N. M. A. Predicações de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiros. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 49-55, jan/mar 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21111/13937>>. Acesso em: 27 out. 2013.

SILVA, D. I. S. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. **Rev HCPA**, v. 31, n. 3, p. 353-358, jun. 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/17550/13966>>. Acesso em: 21 nov. 2013.

SILVA, J. A.; SANTOS, A. M. L.. Relacionamento interpessoal entre equipe de enfermagem e paciente no cotidiano da UTI: revisão de literatura. **Nursing**, São Paulo, v. 14, n. 159, p. 427-433, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20598&indexSearch=ID21002013000100012&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

SILVA, J.M.; SILVEIRA, E.S. **Apresentação de trabalhos acadêmicos**: normas e técnicas. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

SILVA, R.C., FERREIRA, M. A. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado de enfermagem. . **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 169-173, jan./mar., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a23.pdf>>. Acesso em: 14 nov 2013.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. A dimensão da ação nas representações sociais da tecnologia no cuidado de enfermagem. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 140-48, jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/20.pdf>>. Acesso em: 29 set 2013.

SILVEIRA, I.P. **A teoria do conforto para promoção da saúde no cuidado de enfermagem à parturiente**, 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2100>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

SIMONI, R. C. M.; SILVA, M. J. P. O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 65-70, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2015.

SOARES, G. P. et al. Evolução de indicadores socioeconômicos e da mortalidade cardiovascular em três estados do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** v.100, n.2, p. 147-156, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2015.

SOARES, N. V.; DALL'AGNOL, C. M. Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. **Acta paul. enferm.** v. 24, n. 5, p. 683-688, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2015.

SOLANO, J. P. C.; SCAZUFCA M.; MENEZES, P.R. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 14, n. 1, p. 75-85, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n1/07.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2013.

SOUZA, L.F. et al. Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 30-37, out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a04v47n1.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

SOUZA, L. P. S. E. et al. A qualidade do atendimento prestado pelos pronto-socorros de hospitais públicos do Brasil. **RAHIS**, v. 11, n. 3, 2014. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2129>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

SOUZA, R. C. S. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.34, n.3, p. 55-63, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2015.

SOLER, V.M. et al. Enfermagem e espiritualidade: um estudo bibliográfico. **CuidArte, Enferm.**, v. 6, n. 2, p. 91-100, jul./dez., 2012. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facipa/ner/pdf/CuidarteEnfermagemv6n2juldez2012.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

YUSUF, S. PURE: Contrasting associations between risk-factor burden, CVD incidence, and mortality in high-, middle-, and low-income countries. Expressão In: **ESC 2013**. Berlim, set., 2013. Disponível em: <http://solaci.org/en/evento_detalle.php?id=132_PURE:--Contraste-en-la-enfermedad-cardiovascular-entre-los-pa%C3%ADses-desarrollados-y-en-v%C3%ADa-de-desarrollo>. Acesso em: 23 jun. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ **Idade:** _____ **Telefone:**
_____ **Sexo:** _____ **Estado Civil:** _____

Naturalidade: _____ **Ocupação:** _____

Religião: _____

Escolaridade em anos: _____

Renda familiar (salários mínimos): _____

Vive com: () Cônjuge; () outros membros da família; () amigos; () sozinho; () outros: _____

Doenças de base: _____ **Outros:** _____

Diagnóstico: _____ **Dias** **de**
internação: _____

ENTREVISTA

1. Considerando sua permanência na UTI, quais condições lhe deixam mais confortável ou desconfortável?
2. O que poderia ser feito pela equipe de enfermagem para lhe proporcionar bem-estar?

APÊNDICE B – Termo do consentimento livre e esclarecido

O (A) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM CONFORTADOR DIRIGIDO À PACIENTES CARDIOPATAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA** que tem como objetivo analisar o cuidado clínico de enfermagem dirigido para o conforto de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista que será gravada com um gravador se o (a) concordar. Garantimos que a pesquisa atende as recomendações dos aspectos éticos e legais da pesquisa com seres humanos da Resolução 466/12. Todas as informações sobre sua identificação, obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano para o sujeito. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Este estudo trará benefícios para os pacientes com doenças cardiovasculares, pois a partir da identificação dos discursos dos participantes sobre o conforto e o cuidado de enfermagem, espera-se que as necessidades individuais de conforto sejam consideradas e, assim, todas as pessoas que necessitarem de cuidados na unidade percebam o conforto possível naquele ambiente. Ainda produzirá conhecimento sobre as necessidades de conforto dos pacientes e da Teoria do Conforto para o serviço de enfermagem do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Acrescentamos que o estudo poderá trazer como risco o constrangimento para Sr. (a) em expor seus sentimentos sobre a unidade e o cuidado de enfermagem, no entanto, as pesquisadoras estão aptas a resolver quaisquer eventuais questões que se apresentem. Contatos com a enfermeira Amanda Onofre Lins Guerra, pelo telefone (085) 8866-7282, com a orientadora Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva, pelo telefone (085) 3101-9798 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará pelo telefone (085) 3101-9890 - Endereço Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza-Ceará. O Comitê de Ética do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes encontra-se disponível para esclarecimento pelo do telefone (085) 3101-7845.

Fortaleza, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do Participante

Assinatura da pesquisadora
Amanda Onofre Lins Guerra

Termo de Consentimento Pós-Informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo intitulado: CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM CONFORTADOR DIRIGIDO À PACIENTES EM UNIDADE CORONARIANA Compreendi seus objetivos, métodos e aspectos éticos e aceito participar, voluntariamente, da mesma.

Fortaleza, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do Participante

ANEXO

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM CONFORTADOR DIRIGIDO À PACIENTES EM UNIDADE CORONARIANA

Pesquisador: Lúcia de Fátima da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30163314.1.0000.5039

Instituição Proponente: Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 614.491

Data da Relatoria: 14/04/2014

Apresentação do Projeto:

O presente protocolo de pesquisa se trata de uma dissertação de mestrado proposta por uma aluna pesquisadora da Universidade Estadual do Cará e tem como objetivo estudar o conforto na prática clínica de enfermagem em ambiente de terapia intensiva. O estudo é de natureza qualitativa e utilizará como referencial teórico a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. Para Kolcaba (2003), o significado de conforto em saúde é a situação em que as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência são fortalecidos nos quatro contextos da experiência humana holística: físico, psicoespiritual, ambiental e social. Esta teoria pode favorecer o planejamento de cuidados voltados para o bem-estar de pessoas. A autora expõe um vasto referencial teórico mostrando os pressupostos, princípios e características da teoria citada e justifica a realização da pesquisa pela necessidade de mudanças na prática clínica de enfermagem, priorizando o ser humano de maneira integral, necessitando ultrapassar as barreiras do modelo biomédico, utilizando as tecnologias leves e de ponta para proporcionar conforto aos pacientes e familiares. Elevando também o interesse e o resgate da discussão em torno da promoção do conforto de pacientes por meio da prática clínica de enfermagem.

O estudo será descritivo e exploratório, utilizando-se o desenho qualitativo, e será realizado na UTI Coronariana do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - Fortaleza-CE. A

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480

Bairro: Messejana

CEP: 60.864-285

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7845

Fax: (85)3101-7845

E-mail: cep.hm@ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 614.491

amostra do estudo será constituída por 15 pacientes que será identificada por método não-probabilístico por conveniência. Nesse tipo de amostragem os entrevistados são selecionados por disponibilidade e similitude com a população útil da pesquisa. Será utilizado esse tipo de amostragem devido a variabilidade da condição clínica dos pacientes no momento da coleta.

Os critérios de inclusão selecionados são: ter entre 18 e 60 anos, estar em UTI por um período mínimo de 24 horas. O critério de exclusão será o paciente não possuir condição clínica para participar do estudo, como estar em uso de sedação e analgesia, com utilização de tubo endotraqueal e estar com sensação de dor ou outro desconforto que impossibilite a coleta no momento pela necessidade de intervenção. Será utilizado como instrumento de coleta um formulário com duas questões norteadoras: 1. Considerando sua permanência na UTI, quais as condições lhe deixam mais confortável e desconfortável; 2. O que poderia ser feitos pela equipe de enfermagem para lhe proporcionar bem-estar. Durante a coleta será utilizado um gravador para qualificar a apreensão dos discursos dos participantes. A análise de Conteúdo de Bardin (2011) será utilizada , na qual, o pesquisador analisará a partir das comunicações, os indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar, com base na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, as necessidades de conforto.

Descrever estratégias de cuidados de enfermagem para promoção do conforto de pessoas cardiopatas internadas em UTI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora relata que a pesquisa produzirá conhecimentos sobre as necessidades de conforto dos pacientes e da Teoria do Conforto para o serviço de enfermagem e trará benefícios para os pacientes com doenças cardiovasculares, pois a partir da identificação dos discursos dos participantes sobre o conforto e o cuidado de enfermagem espera-se que as necessidades individuais de conforto sejam consideradas.

Refere-se ao risco de causar constrangimento do participante em expor seu discurso sobre a internação na unidade e o cuidado de enfermagem mas para minimizar este desconforto, a coleta será realizada com o máximo de privacidade e o paciente estará livre para suspender sua participação.

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480
 Bairro: Mesejana CEP: 60.864-285
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-7845 Fax: (85)3101-7845 E-mail: cep.hm@ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 614.491

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta um vasto referencial teórico e elementos metodológicos coerentes para o modelo em estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa contém os itens obrigatórios e apresenta os seguintes documentos anexados:

- Instrumento de coleta de dados
- Autorização da gerência de enfermagem do Hospital de Messejana
- TCLE
- Folha de Rosto

Na folha de Rosto, a pesquisadora declina o Hospital de Messejana como Instituição Proponente, sendo a aluna pertencente ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências éticas porém a Folha de Rosto contém uma inadequação referente a Instituição proponente.

Entende-se que seja a INSTITUIÇÃO PROPONENTE, seja aquela na qual o pesquisador principal tenha vínculo, portanto aquela a partir da qual o projeto será proposto. Neste caso, o Hospital de Messejana figura como CO- PARTICIPANTE

porque nela haverá o desenvolvimento da pesquisa. Desta forma, sugiro ao colegiado discutir esta questão, pois embora a orientadora do referido projeto seja vinculada ao Hospital de Messejana, a pesquisadora principal é a própria aluna, visto ser um projeto de mestrado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado entendeu que a pesquisadora principal é aquela que assina a folha de rosto e portanto como a mesma é vinculada ao hospital de Messejana resolve aprovar o referido protocolo de pesquisa.

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480
 Bairro: Messejana CEP: 60.864-285
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefona: (85)3101-7845 Fax: (85)3101-7845 E-mail: cep.hm@ce.gov.br