

PERCEPÇÃO DE PACIENTES SOBRE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Rosângela Zampieri Pina*
Luciane Ferrira Lapchinsk**
Jussara Simone Lenzi Pupulim***

RESUMO

O presente estudo é de caráter descritivo com abordagem qualitativa e teve como objetivo analisar a percepção de pacientes acerca do período de internação em unidades de terapia intensiva (UTIs). Os dados foram coletados junto a 11 pacientes conscientes e orientados, após a alta da unidade. As entrevistas foram registradas por escrito e submetidas à análise de conteúdo. Desta análise emergiram duas categorias: Percepção insatisfatória e Percepção satisfatória. O foco central foram os aspectos apontados pelos pacientes no período de internação. Neste estudo pudemos denotar que a UTI nem sempre é um ambiente frio e desumano para os sujeitos e que tais aspectos podem estar relacionados com o momento em que o cliente se encontra e a postura profissional da equipe envolvida.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Percepção. Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nasceu da necessidade organizacional dos profissionais de saúde para a realização da assistência a pacientes com alto grau de complexidade, visando ao atendimento e observação constantes em ambiente restrito e especializado. Trata-se de uma idéia antiga que começou a ser concretizada por Florence Nightingale ao isolar os doentes mais graves, durante a Guerra da Criméia, em 1800, e desenvolveu-se após a II Guerra Mundial e a Guerra da Coréia⁽¹⁾.

Assim, ao longo do tempo, tentativas de organização e implementação de cuidados e, principalmente, os avanços tecnológicos, proporcionaram o surgimento destas unidades.

Por falta de conhecimento e de informação sobre estes serviços, as pessoas visualizam na rotina assistencial, no perfil da equipe intensivista e na enfermidade que acomete os doentes para lá encaminhados, características mistificadas, oriundas de idéias ou opiniões inadequadas acerca do atendimento.

Muitos estudos também demonstram que o entendimento comum sobre a UTI caracteriza-a como um ambiente impessoal e desumano, destinado a pacientes à beira da morte, além de conotar aos profissionais, ali atuantes, frieza e

insensibilidade⁽²⁻³⁾.

A falta de informação e de compreensão acerca da finalidade e da essência dos serviços de terapia intensiva, somando-se à dificuldade das pessoas em lidar com a vulnerabilidade humana, faz despontar aspectos que influenciam diretamente a percepção e a avaliação dos pacientes sobre a assistência e a terapia empreendidas nestes setores.

Apesar de oferecer um serviço especializado, com profissionais extremamente capacitados, a UTI talvez seja o setor que mais gera estresse nos pacientes, pela própria estrutura ambiental, pelas técnicas e procedimentos, pela doença que contribui para isso e interfere na capacidade de adaptação e mudanças no indivíduo e na sua família⁽⁴⁾.

A assistência prestada a pacientes em UTIs é bastante polêmica. Se de um lado ela requer intervenções rápidas, de outro, não se tem dúvida de que são espaços naturalmente mobilizadores de emoções e sentimentos que freqüentemente se expressão de forma muito intensa⁽⁵⁾.

Em estudo realizado com 500 pacientes adultos de UTIs da cidade de São Paulo, observou-se que de cada grupo de cinco pacientes que entraram neste setor, quatro saíram com vida⁽⁶⁾.

* Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail: zampieripina@gmail.com.br

** Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela UEM. E-mail: llapchinsk@hotmail.com

*** Enfermeira. Mestre. Professora do Departamento de Enfermagem da UEM. E-mail: jslpupulim@bol.com.br

A partir dessas constatações da vivência da assistência na terapia intensiva, emergiu a necessidade de analisar como pacientes conscientes e orientados percebem o período de internação na unidade de terapia intensiva após sua recuperação e alta da unidade, com a finalidade de buscar subsídios que contribuam para a reflexão dos profissionais intensivistas acerca das condutas e da humanização neste contexto, visando à melhoria na qualidade da assistência.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O estudo é do tipo descritivo com abordagem qualitativa e foi desenvolvido com pacientes internados em UTI que permaneceram conscientes e orientados pelo mínimo de dois dias na unidade e que concordaram em participar do estudo. A população foi composta de 11 sujeitos, com idade média de 54 anos, informados sobre a garantia do anonimato. Todos assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde. O número de sujeitos não foi predefinido, prosseguindo-se com a coleta dos dados até se obter a saturação das informações. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá sob parecer n.º 297/2004.

As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade e preferência dos sujeitos, em local, data e horário definidos pelos próprios. A coleta dos dados foi operacionalizada no período de junho a agosto de 2003 e orientada pela pergunta "O que o(a) senhor(a) achou da UTI?"

As narrativas foram registradas por escrito pelas pesquisadoras durante a entrevista. Ao final, as anotações foram lidas para possíveis complementações, retificações e confirmação das informações.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo apoiando-se na abordagem metodológica qualitativa proposta por Minayo⁽⁷⁾. Operacionalmente, a análise desdobrou-se em quatro fases, a saber: leitura flutuante, exploração do material (codificação e agrupamento dos dados conforme a similaridade), organização dos resultados e interpretação. Depois dessa etapa formularam-se

as categorias propriamente ditas, definidas a partir dos relatos dos pacientes sobre o período de internação na UTI. As categorias foram organizadas segundo o agrupamento e a similaridade das informações. A análise das entrevistas permitiu a identificação de duas categorias, sendo: **Percepção insatisfatória** e **Percepção satisfatória**, a partir dos relatos de pacientes sobre o período de internação na UTI.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

Na segunda categoria, **Percepção satisfatória**, foram compiladas manifestações favoráveis a este período, reportando-se à atenção e dedicação dos profissionais, à importância da religiosidade, ao tratamento diferenciado, à UTI salva-vidas e à gratidão para com a equipe e a família.

A permanência de um paciente na UTI ultrapassa os limites fisiológicos reconhecidos pela equipe intensivista, independentemente da gravidade do quadro clínico. É de extrema importância reconhecer e aceitar que fatores emocionais permeiam este setor e que a falta de informação e conscientização dos usuários pode desencadear conflitos e desequilíbrios de ordem sentimental e psicológica.

Nesta perspectiva, pôde-se evidenciar neste estudo que a insatisfação relacionada à solidão, à saudade da família, à insegurança e ao medo da morte são as manifestações desfavoráveis mais presentes, e não se referem diretamente à tecnologia e às rotinas assistenciais. Estas revelações parecem indicar o reconhecimento do limite da vida e a representatividade na organização familiar, permitindo analisar e perceber a condição e a vulnerabilidade do ser humano. Um estudo indica que o pensamento na

morte está diretamente relacionado com o processo de internação na UTI e circunda constantemente os familiares e o paciente⁽⁴⁾.

Na verdade, quando pacientes e familiares entram em contato e dependem deste “universo” desconhecido, o medo, a incerteza, o sofrimento e outras emoções podem gerar conflitos⁽⁴⁾. Um estudo destaca que a falta de informação e de conhecimento prévio em relação ao CTI (...) são aspectos que geram insegurança e medo⁽⁴⁾. Isto pode ser observado em alguns dos depoimentos.

[...] eu sentia muita insegurança, estava com medo de morrer, chorava muito[...] (E7); [...] parecia que estava no fim mesmo[...] (E2); [...] não tinha medo de morrer, mais tinha medo de ver gente morrendo[...] (E10)

Por outro lado, a saudade da família demonstra que o indivíduo não pode ser tratado como um ser isolado, mas sim como parte integrante de uma unidade familiar complexa e poderosa⁽⁸⁾, a qual exerce influência no seu período de hospitalização, reabilitação e autocuidado.

Deste modo, concorda-se com a inferência de que o isolamento social do paciente em tratamento intensivo está vinculado à separação e ao cenário de morte presente nas UTIs, gerando insegurança, medo e estresse⁽⁴⁾. Assim este estudo também constata que tais sentimentos favorecem e acentuam a sensação de solidão, embora a presença dos profissionais seja constante.

Outros aspectos importantes são as prioridades assistenciais e terapêuticas em relação ao paciente, que são determinadas pelas necessidades fisiológicas do corpo em função da manutenção da vida. Destarte, a privação momentânea do sono, os estímulos dolorosos, os tubos, os monitores, as sondas, os drenos e a contenção física não são práticas insanas e desumanas, mas sim, uma necessidade de razão real.

Paralelamente, a sofisticação dos equipamentos, o controle criterioso das funções vitais, exames e resultados, procedimentos e técnicas, somando-se aos sons e à visualização do ambiente, também exigem dos pacientes estabilidade e autocontrole emocional.

Não obstante, eles vivenciam a perda do controle do seu corpo, de sua própria vida e de seu bem-estar, e todos esses fatores causam

abalos emocionais, como se pode constatar nos seguintes relatos:

[...] eu sentia muita vergonha na hora do banho, preferia me lavar sozinha naquelas partes [...] (E1); [...] eu perdi a fome na hora que enxerguei um homem passando mal[...] (E2); [...] aqueles canos que eles colocam na gente não deixava eu falar [...] (E6)

Em concordância, enfatiza-se que a condição de enfermidade gera sentimentos como incapacidade, dependência, insegurança e perda do controle sobre si mesmo e que os pacientes encaram a hospitalização como fator de despersonalização, por reconhecerem a dificuldade em preservar sua identidade, individualidade e privacidade⁽⁹⁾.

Igualmente, outros estudos também evidenciaram a preocupação de pacientes com a higiene corporal, sobretudo quando dependem da equipe de enfermagem para realizá-la⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Vergonha, constrangimento, pudor, humilhação, entre outros, são sentimentos comuns aos pacientes submetidos ao banho no leito⁽¹⁰⁻¹²⁾.

É reconhecível que, social e culturalmente, a nudez não é exibida nem encarada com naturalidade em nosso meio. Observa-se que ter o corpo despido e manipulado por outras pessoas, sobretudo se desconhecidas, mesmo em situação de doença, causa no paciente a sensação de desgosto. Percebe-se que o desconforto acentua-se com a implicação de partes íntimas. Além disso, o fato de vivenciar o que ocorre ao seu redor e com os demais pacientes, inclusive a morte, pode chocar e estressar o paciente e exacerbar sua fragilidade e impotência. Vários pacientes relataram o desgaste emocional por presenciar situações e intercorrências vividas por outros pacientes, em adição ao constante barulho dos aparelhos e conversas da equipe de saúde.

É visível que os pacientes são sensíveis ao sofrimento dos outros, talvez por também estarem sofrendo tanto física como emocionalmente. Sabemos que a dor não se manifesta apenas fisicamente e que muitas vezes a dor psíquica é mais cruel e mais difícil de ser tratada que a fisiológica, e em geral os profissionais direcionam suas ações sem considerar o sofrimento emocional.

O profissional de enfermagem não pode limitar sua atenção ao entendimento daquilo que é visível no corpo. Ampliar essa visão é uma

necessidade, principalmente em áreas críticas, em que a vivência com situações de vida ou morte é sempre tão próxima⁽¹³⁾.

Além disso, a dificuldade de comunicação ocasionada pelo ventilador mecânico e outros fatores limitantes e a não-compreensão, por parte da equipe de saúde, dos gestos e olhares emitidos pelo paciente agravam ainda mais este quadro, pois, sem poder falar, o paciente torna-se inseguro e angustiado. Este fato exige da equipe uma interação e compreensão maior de cada indivíduo em sua totalidade. Destaca-se que, mesmo quando a comunicação não é verbalizada, é possível o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico fundamentado na confiança e respeito mútuo⁽¹⁴⁾.

A UTI, por ser um ambiente destinado ao atendimento de pacientes graves, denotar um duelo entre a vida e a morte, incluir vários procedimentos agressivos e invasivos e contar com um aparato tecnológico e informatizado, muitas vezes é estigmatizada, gerando concepções errôneas sobre a assistência e as atitudes da equipe, que apenas tentam empregar seu conhecimento técnico-científico e a tecnologia existente para manter a vida de pacientes.

Apesar de vivenciar tantos momentos críticos, os aspectos favoráveis apontados pelos sujeitos da pesquisa estão relacionados principalmente com a atenção e dedicação da equipe de saúde, sua demonstração de carinho e apoio emocional. Isto é perceptível quando alguns pacientes colocam que:

[...] as pessoas que trabalham lá têm maior preocupação, carinho, humanidade[...] (E9); [...] as enfermeiras eram boazinhas[...] (E4); [...] eles nos colocavam pra cima[...] (E6).

A presença constante da equipe, a sua proximidade com o paciente, a existência de profissionais preparados para atendê-los, dentre outras particularidades, contribuíram para a percepção satisfatória. Aparentemente, esses quesitos promovem a interação entre a equipe e o paciente, favorecendo a aceitação e adaptação dele neste setor. Denota-se que a dedicação dispensada pelos profissionais desempenhou um papel importante para que a UTI obtivesse, por parte de alguns entrevistados, uma imagem positiva.

Para o paciente em terapia intensiva, a equipe representa o elo com a vida fora da UTI. O afastamento da família, que só está presente nos horários de visitas, o fato de permanecer em boxe individual, realidade da maioria destas unidades, leva o paciente a perder o contato com o mundo externo. Somam-se a isto os fatores que interferem na comunicação, como a sedação, a entubação orotraqueal e a ausência de rádio ou televisão como fontes de informação. Daí a importância da equipe, não somente no tratamento e assistência, mas também como apoio emocional e como intermediária no contato com a família e com o ambiente exterior.

Outro aspecto que emergiu de forma favorável e merece destaque por ser uma constante entre os depoimentos é a manifestação da religiosidade. Talvez ela seja utilizada pelo paciente como meio de sentir-se amparado em um ambiente desconhecido e em um momento de extrema fragilidade, quando a crença, a fé e a proteção podem significar cura, conforto e salvação. Culturalmente, o povo brasileiro é permeado pela espiritualidade, independentemente da religiosidade, e nos momentos difíceis a maioria recorre à fé. É crível que em situação de enfermidade grave, tanto o paciente como sua família resgatem seus valores morais e espirituais como meio de pedir a Deus por sua saúde, por sua cura.

Outro estudo também destaca o valor da espiritualidade para as pessoas que vivenciaram a UTI. As autoras observaram que durante o tratamento intensivo, tanto pacientes como familiares recorrem à fé, por acreditarem que ela está associada a um ser superior, que “tem o dom e o poder da cura”, contribuindo para minimizar o trauma oriundo deste período⁽⁴⁾.

Evidencia-se a busca pela espiritualidade com palavras como:

Agradeço a Deus por existir esse santuário [...] (E9); Agradeço a Deus por ter dado inteligência para quem trabalha aqui[...] (E6).

Ao mesmo tempo percebe-se que a gratidão manifestada por alguns pacientes para com sua família é muito importante. Considerando que se trata de um período de grande instabilidade emocional, é natural que os sentimentos aflorem, uma vez que a família representa uma complexa unidade de solidariedade e incentivo à reabilitação. Assim sendo, o paciente volta-se

para ela, de quem recebe apoio, carinho e proteção, o que pode se refletir na recuperação de sua saúde.

De fato, esta constatação reforça a colocação de que o contato da família com o cliente internado na UTI é benéfico e minimiza o sentido de desamparo⁽³⁾. A humanização em ambientes considerados hostis e agressivos, como as UTIs e serviços de emergência, tem sido preocupação dos profissionais que vivem nestes cenários cotidianamente. Considerando que, em sua maioria, as pessoas não estão preparadas para enfrentar a internação nestas unidades, os profissionais devem se empenhar em ajudar na aceitação e adaptação do paciente, além de apoiar a família.

No mesmo entendimento, vale ressaltar que o “cuidado envolve verdadeiramente uma ação interativa”, entre a pessoa que cuida e a que é cuidada^(13,15). Na verdade, o ato de cuidar, de assistir, implica afeto, sensibilidade, solidariedade, compaixão, doação, entre outras características pertinentes ao humanizar em saúde.

Destarte, quando a essência do cuidar e do humanizar está presente nas ações dos profissionais, o paciente percebe que os sentimentos de satisfação superam os de insatisfação no enfrentamento da doença e dos mecanismos empregados para derrotá-la.

É notável que a percepção de insatisfação está relacionada, principalmente, com os momentos críticos de dúvida em relação à vida ou à morte, de impotência e de dependência, ao passo que a percepção de satisfação é mais marcante quando o paciente tem certeza da vida, de sua continuidade. A família e a equipe são valorizadas, porquanto representam o elo de sua existência.

Nesta perspectiva, não se pode rotular a terapia intensiva como mecanicista e desumana, visto que a insatisfação dos pacientes se deve ao receio de extinção da vida e a sensações desencadeadas pela consciência da fragilidade

humana, e não à ausência de humanização ou à ineficiência do tratamento.

Cabe aos profissionais valorizar a integração da assistência com a tecnologia, a qual, subjetivamente, transpõe as barreiras teóricas e ao mesmo tempo exige da equipe uma visão mais ampla do paciente em conhecer os aspectos biopsicossocioculturais incorporados por cada indivíduo. A falta desses componentes pode ser um dos principais obstáculos à humanização na UTI e à melhoria da qualidade da assistência à saúde e da vida das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto às percepções dos pacientes, foram levantadas duas categorias na análise de conteúdo das entrevistas: Percepção insatisfatória e Percepção satisfatória.

Verificou-se que alguns pacientes relacionam essa unidade com a solidão, saudade da família, vergonha da exposição corporal, barulho à noite, dificuldade de comunicação, falta de autonomia, contenção no leito e outras variáveis. Por outro lado, constatou-se que outros pacientes relacionam a UTI com a possibilidade de vida e cura, em consequência da experiência que tiveram nessa unidade. Conforme foi observado nos depoimentos, essa vivência foi marcada pela atenção e dedicação dos profissionais e familiares e pelo tratamento diferenciado, caracterizando uma assistência humanizada. Isto parece significar que a permanência na terapia intensiva e o convívio com os profissionais podem desencadear experiências positivas ou negativas, dependendo dos sentimentos vividos e do momento em que cada paciente se encontre.

Por fim, o presente estudo não teve como propósito esgotar o tema, porém acredita-se que os aspectos levantados possam influenciar a reflexão e a práxis profissional. Neste sentido, almeja-se que mais um passo seja dado em direção ao aprimoramento da assistência oferecida e à desmistificação da UTI, tanto por parte dos pacientes como de seus familiares.

PERCEPTIONS OF PATIENTS ON THE PERIOD THEY WERE ADMITTED IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT

This is a qualitative descriptive study that aims at analyzing the perception of the patients on the period they were in the Intensive Care Unit (ICU). Data of 11 conscious and oriented patients were collected after being discharged from hospital and, thus, submitted to the content analysis. From the analysis two categories emerged:

Unsatisfactory Perception and Satisfactory Perception. The aspects pointed out by the patients during the period were the central focus. Based on these aspects we considered important to identify and discuss how the factors positive or negatively influenced their stay in the sector. The findings showed that the ICU is not always a cold and inhuman environment for the individuals, and that these aspects can be related to the moment in which the patient is living, and the professional attitude of the staff involved in their care.

Key words: Nursing Care. Perceptions. Intensive Care Units.

PERCEPCIÓN DE PACIENTES SOBRE EL PERÍODO DE INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMEN

Estudio descriptivo, con abordaje cualitativa, con el objetivo de analizar la percepción de pacientes acerca del período de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los datos fueron recogidos junto a 11 pacientes, conscientes y orientados, después del alta de la unidad. Las entrevistas fueron registradas por escrito y sometidas al análisis de contenido. De este análisis emergieron dos categorías: Percepción Insatisfactoria y Percepción Satisfactoria. Teniendo como foco central los aspectos señalados por los pacientes en el período de ingreso. En este estudio pudimos denotar que la UCI ni siempre es un ambiente frío y inhumano para los sujetos, y que estos aspectos pueden estar relacionados al momento en el que el cliente se encuentra y la postura profesional del equipo involucrado.

Palabras clave: Atención de Enfermería. Percepción. Unidades de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS

1. Lino MM, Silva SC. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. *Nursing*. 2001;41(4):25-9.
2. Bettinelli, LA, Erdmann AL. Cuidado solidário: um compromisso social da enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Cogitare Enferm*. 1998;3(22):23-33.
3. Nascimento ERP, Martins JJ. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. *Nursing*. 2000;3(29):26-30.
4. Lemos RC, Rossi LA. O Significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Rev Latino-am de Enfermagem*. 2002;10(2):345-57.
5. Guerrer, FJL. Estresse dos enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva no Brasil [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
6. Silva, MCM. Fatores relacionados com a alta, óbito e readmissão em unidade de terapia intensiva [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
7. MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Abrasco; 1996.
8. Plowright C. Necessidades das visitas na unidade de cuidados intensivos. *Nursing*. 1996;8(6):30-2.
9. Pupulim JSL, Sawada NO. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiros. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;3(3):388-96.
10. Silveira MFA. Estar despido na unidade de terapia intensiva: duas percepções, um encontro. *Rev Enf UERJ*. 1997;5(2):449-59.
11. Nakatani AYK, Souza ACS, Gomes IV, Sousa MM. O banho no leito em Unidade de Terapia Intensiva: uma visão de quem recebe. *Ciênc Cuid Saúde*. 2004;3(1):13-21.
12. Pupulim JSL, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002;10(2):433-38.
13. Santos ACA, Soares L, Graciotto MC, Scipiecz S, Batista V, Benito GAV. A morte de idosos asilados-percepção dos cuidadores de enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde*. 2004;3(3):277-86.
14. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato;1998.
15. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado e pouco vivido. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002;10(2):137-44.

Endereço para correspondência: Jussara Simone Lenzi Pupulim. Av. Colombo, nº 5790, Bl. 01. Maringá-PR.
E-mail: jslpupulim@bol.com.br

Recebido em: 02/08/2007

Aprovado em: 13/10/2008