

A UTI NA ÓTICA DE PACIENTES¹

THE INTENSIVE CARE UNIT BY PATIENT'S VISION

LA UTI DESDE LA ÓPTICA DE LOS PACIENTES

Paula Faquinello²
Majoreth Dióz³

RESUMO

Neste estudo, o objetivo é conhecer as percepções de pacientes adultos em relação à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A metodologia adotada foi qualitativa, com a utilização de questionário aplicado a dez pacientes, que já se encontravam na enfermaria, internados conscientes na UTI, por pelo menos 48 horas, em um hospital universitário em Cuiabá. Os resultados evidenciaram sentimentos como medo, aceitação, apoio, insegurança e relativa frustração, revelaram a atuação da equipe de enfermagem como diferencial no atendimento na UTI e apontaram para a necessidade de reflexão sobre a humanização do ambiente e do trabalho no interior dessa unidade.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Pacientes Internados; Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

The objective of this study is to get to know the point of view of adult patients about an Intensive Care Unit (ICU). The methodology adopted was qualitative, using a questionnaire answered by 10 patients who were back in the ward and had been in an ICU for at least 48 hours in a University Hospital in Cuiabá. The results showed feelings such as fear, acceptance, support, insecurity and relative frustration. They referred to the work of the nursing team as making a difference in the ICU care and indicate the need to reflect about the humanization of the environment and the work inside this unit.

Key words: Intensive Care Units; Inpatients; Nursing Care

RESUMEN

El objeto del presente estudio fue conocer las percepciones de pacientes adultos sobre la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Se adoptó la metodología cualitativa por medio de un cuestionario aplicado a 10 pacientes en la enfermería internados conscientes en la UTI de un hospital universitario de la ciudad de Cuiabá durante, por lo menos, 48 horas. Los resultados reflejaron sentimientos de miedo, aceptación, apoyo, inseguridad y una cierta frustración. También destacaron la actuación del equipo de enfermeros dentro de la UTI en cuanto a su atención y exteriorizaron la necesidad de reflexionar sobre la humanización del ambiente y del trabajo en esta unidad.

Palabras clave: Unidades de Terapia Intensiva, Pacientes Internados, Atención de Enfermería

¹ Trabalho de conclusão em especialização de enfermagem intensivista vinculado à Universidade de Cuiabá (UNIC).

² Enfermeira. Especialista em enfermagem intensivista. Endereço: Caixa Postal 59 Nova Mutum, CEP 78450-000 – MT. E-mail: plnello@hotmail.com

³ Enfermeira obstetra. Mestre em Assistência em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Mato Grosso. Rua Professora Tereza Lobo, 156, Ed. Serra Azul, Apt. 303, bairro Concil, CEP 78048-700 – Cuiabá-MT. E-mail: majoreth@terra.com.br

A ESCOLHA DO TEMA

As unidades de terapia intensiva passaram a existir a partir da década de 1950, voltando-se para pacientes graves não com a finalidade de reverter quadros terminais, mas de prevenir a morte quando esta não for inevitável.¹

No Brasil, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) surgiram na década de 1970, com o propósito de concentrar recursos materiais e humanos em um ambiente preparado para receber pessoas em estado crítico e passíveis de recuperação. A inclusão dessas unidades nos hospitais possibilitou, além da diminuição da mortalidade, o avanço científico e tecnológico de métodos diagnósticos e terapêuticos.

Vale ressaltar que, apesar de ser considerado um local adequado para o atendimento a pacientes agudos e recuperáveis, a UTI é um ambiente agressivo, tenso e traumatizante. Somam-se à situação especial da pessoa que ali é internada outros fatores que afetam sua estrutura psicológica. Várias são as experiências estressantes associadas a sentimentos de sofrimento que fazem parte do cotidiano das pessoas e entre essas a doença, cujo impacto surge a qualquer tempo e vem para permanecer, alterando o processo de ser saudável de indivíduos ou de grupos.²

Dadas especificações técnicas de construção, a UTI possui uma área física restrita, o que permite que a pessoa ali internada enxergue ou perceba o que ocorre ao seu redor. Além da presença de equipamentos, a dinâmica ininterrupta de trabalho da equipe, barulhos constantes e monótonos, iluminação e aeração artificiais permanentes, falta de janelas para visualização do meio externo, etc., contribuem para alterar o emocional das pessoas nela tratadas.³

Para a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), esse conjunto de elementos compromete o avanço do processo de humanização do atendimento, uma vez que o cuidado, orientado pelo modelo biomédico e biologicista, aponta para uma visão fragmentada da pessoa, ignorando sua marca pessoal.⁴

Por essa razão o atendimento com vista à humanização tem sido um tema freqüentemente abordado nos últimos tempos por profissionais de saúde, propiciando, assim, modificações nas dimensões humanas e éticas. Num ambiente de UTI, onde a busca pela essência humana e a tecnologia de ponta disputam espaço, o tema se justifica.⁵

É preciso considerar que a melhoria da qualidade do atendimento, como critério de humanização das instituições de saúde, passaria, fundamentalmente, pela avaliação dos fatores psicológicos envolvidos na interação profissional/paciente crítico. A identificação de fatores/aspectos geradores de desconforto em pessoas internadas em UTI deve contribuir para a elaboração de medidas que ampliem a qualidade de atendimento, com a minimização do potencial agressivo comumente instalado nesse ambiente.

A despeito de incessantes discussões e posições teóricas sobre o paciente crítico e a humanização do atendimento, a violação dos direitos e da dignidade das pessoas continua presente no cotidiano das instituições de saúde. Assim, é plausível questionar a prática e buscar aperfeiçoá-la, bem como refletir sobre a tecnologia disponível, que contribui, dá segurança e beneficia o cuidar, possibilitando a humanização da atenção à sobre as percepções (expectativas, demandas, sentimentos) de pessoas que passaram

pela experiência da internação em UTI.

O PERCURSO METODOLÓGICO

Optamos pela abordagem que melhor contempla a relação sujeito-entrevistados e que evidencia as dimensões biopsicossociais e psicodinâmicas dos pacientes – a qualitativa.⁶ Tal abordagem apresenta o objeto estudado com base na experiência vivida pelo indivíduo e permite ao pesquisador dar sentido e interpretar os fenômenos de acordo com a perspectiva do paciente, para que possa, então, trabalhar os motivos, aspirações, valores e atitudes ao lado dos fenômenos que não podem ser quantificados.⁷

O estudo foi realizado na UTI de um hospital universitário de Cuiabá-MT, após o consentimento pré-informado assinado pelos sujeitos da pesquisa, de acordo com a Resolução n° 196/96 do CNS, que trata da pesquisa com seres humanos.⁸

Participaram do estudo dez pacientes na faixa etária entre 18 e 71 anos; seis (60%) eram do sexo feminino e quatro (40%), do sexo masculino. Essas pessoas foram selecionadas segundo os seguintes critérios: estiveram internados conscientes em UTI por, pelo menos, 48 horas; no momento da entrevista já se encontravam na enfermaria; manifestaram disponibilidade em compartilhar as experiências vividas; estavam em condições físicas e psicológicas favoráveis para que se expressassem de modo natural; e no decorrer da entrevista deram seu consentimento prévio, após lhes ser assegurado que não seriam identificados nominalmente, garantindo-lhes a privacidade.

A entrevista do tipo aberta foi aplicada nos moldes de uma conversa informal que seguiu um roteiro tópico flexível, garantindo o foco e a direção da investigação,⁹⁻¹⁰ tendo como pergunta desencadeadora a seguinte: “Como foi para você, estar internado em uma UTI”? Foram privilegiados aspectos como: o problema de saúde, o processo de adaptação ao ambiente e à rotina da unidade, sentimentos envolvidos nesse processo, a percepção do ambiente físico, do atendimento de enfermagem e sugestões, como elementos de contribuição à ampliação da qualidade do atendimento.

O registro das informações foi efetivado por gravação direta e algumas anotações como complementação. Na seqüência, procedeu-se à análise de conteúdo como forma de investigação dos significados dos dados qualitativos, com base na construção de categorias provenientes das vivências dos participantes.¹¹ As fases percorridas para o tratamento das informações foram: leitura e releitura da transcrição das entrevistas realizadas com os pacientes e relato de alguma observação; organização de todo o material, separando os elementos e reagrupando-os por freqüência ou relevância (categorização e subcategorização); apresentação dos resultados de forma descritiva e com citações ilustrativas das falas e, por último, realização de inferência.¹²

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A percepção do ambiente e de si mesmo no contexto da UTI

A apreciação dos depoimentos apontou para categorias temáticas que serviram de arcabouço para a reflexão

de alguns pontos. A lembrança da internação fez aflorar a diversidade de comportamentos e reações à medida que os pacientes falaram sobre suas emoções, indo desde certa aceitação até relativa satisfação:

Foi a primeira vez que eu fui, e foi muito bom. Eu imaginava ser diferente. Eu achava que era pior, mais terrível o tratamento lá dentro. (P1)

Conforme o relato, as pessoas parecem desenvolver considerável sensibilidade ao que ocorre ao seu redor, dada a situação de estresse enfrentada na UTI.¹³

Mesmo assim, pessoas de origem humilde agradecem o cuidado recebido como um favor, e não um direito garantido por lei, enquanto outras mantêm uma postura de impassibilidade, como se não tivessem motivos para qualquer crítica. Destacam também a vigilância contínua da equipe e ressaltam alguns pontos, próprios de uma unidade fechada, em pleno funcionamento durante 24 horas:

Eu não posso falar porque eu não entendo nada. Agora assim essas coisas de doutor, de médico, de enfermeiro eu não entendo nada. Eu não sei ler, nem números, nunca estudei. Então não tenho nada para falar, para mim tudo bom. (P7)

Outros aspectos também foram apontados, em relação ao ambiente da UTI, que exercem influência na percepção da unidade:

Horrível lá. Você vê as pessoas sofrendo, você vê pessoas morrendo. Aquele corre-corre. Você vê pessoas graves ali, é muito triste... para mim acho que é um lugar péssimo de ficar. Eu quero não voltar mais lá. (P4)

Não é boa, para quem está lúcido, não é boa... é meio cavernoso... você fica num estado muito ruim, e aquilo ali vai te agonizando, vai te dando uma sofreguidão, você quer sair de lá. (P5)

Certos estímulos podem provocar ansiedade nas pessoas internadas e são avaliados como ameaçadores à segurança, sensação relacionada à manutenção de sua vida. A visão do ambiente confirma a realidade do impacto que costuma assustar – ao deparar com o adoecimento do outro, a morte iminente e, especialmente, a possibilidade de ser a própria pessoa paciente –, configurando-se a internação em UTI como um ponto limítrofe entre a vida e a morte:

Foi só eu sair de lá, a primeira coisa que eu fiz, tomei um banho, a moça veio tirar aqui já na enfermaria minha pressão, e minha pressão caiu, não chegou no ideal, mas caiu drasticamente. (P5)

A presença ininterrupta da equipe de saúde não livra as pessoas internadas de um sentimento de solidão, ainda que entre uma multidão de estranhos. Um aspecto apontado como causador de ansiedade é a sensação de isolamento, por não ter com quem conversar, dividir as ansiedades, medos e frustrações.

Ah, UTI é um lugar bom para recuperar, mas é muito assim, você fica muito só. Lá no meu caso é isolamento, para não pegar nenhum tipo de infecção. Eu ficava só na sala isolado, ai tinha só uma enfermeira para atender eu... não tinha com quem conversar. (P3)

As pessoas internadas em uma UTI têm percepções distintas quanto à passagem do tempo, e isso parece ter efeito no universo psicoemocional – ou demora muito a passar ou não passa, pois o sofrimento impede, seja ele tempo de espera ou tempo de dor. Quanto maior a dor, mais lenta é a passagem e a duração do tempo. Há uma torcida e um desejo de que o tempo passe mais rapidamente. Os ocupantes dos leitos se tornam especialistas em tetos, e ao observarem as manchas nas paredes dão asas à imaginação, quando comparam simples manchas com sinuosidades das nuvens.¹⁴

Ah, na UTI é o parado né, o parágrafo. Você tem que ficar só esperando a hora passar para receber alta, descansar, você repousar, recuperar né. (P3)

Nesse ambiente, onde os estímulos do meio externo são literalmente deixados do lado de fora, necessidades como iluminação e ventilação são realizadas por métodos artificiais, ocasionando, assim, o comprometimento sobre a noção de tempo e espaço. Segundo determinados autores,¹⁵ esse processo de “separação do mundo” acarreta uma mudança expressiva nos hábitos de higiene, de alimentação, de sono, de repouso, de carinho e de convivência familiar, bem como nos aspectos relacionados ao trabalho.

As atividades constantes na UTI – a conversa dos funcionários, o barulho dos equipamentos, de objetos caindo no chão, de cadeiras sendo arrastadas, aspiradores funcionando, risadas, conversas na cabeceira de leito, celulares, bombas de infusão apitando, a rotina repetida inúmeras vezes, o dormir e acordar assustado – são fatores geradores de estresses e colocados como extremamente negativos por resultarem num ambiente barulhento, inóspito e altamente estressante.

Eu não gostei porque, principalmente, a UTI daqui é muito barulhenta. Mas eu não sei, porque a maioria já está bem doente, mas tinha que ter um pouquinho mais de menos barulho, deixar de cair as coisas, bateduro porta, bateduro gaveta, tampas, tinha que dar uma melhoria nessa situação. (P5)

O paciente solicita aos profissionais para que um nível de ruído tolerável seja respeitado. No entanto, algumas vezes, a tecnologia parece estar no comando da rotina do atendimento. A máquina passa a realizar o cuidado e o cuidador ocupa-se em observá-la, negligenciando o ser humano a ela conectado:

Tinha um medidor de pressão que era elétrico, do coração, e outro para ver os batimentos cardíacos. (P3)

Em alguns hospitais, os equipamentos são apresentados como troféus, admirados com reverência, significando,

muitas vezes, certo *status* no ambiente hospitalar – podem ser a diferença entre a vida e a morte. Não subestimando a importância dos recursos que a tecnologia proporciona, nem sempre a presença de aparelhos representa qualidade de atendimento. Em concordância, devemos ponderar sobre o fato de existirem pacientes assustados que chegam a se convencer de que quase morreram quando a máquina deixou de funcionar!¹⁶

O meu era aparelho do coração, aparelho de oxigênio, e se eu piorasse todo mundo via ali e sabia, né? (P8)

No entanto, tais aparelhos podem contribuir para provocar certo desequilíbrio sonoro à beira da cabeceira do doente. As unidades intensivas, além de possuírem profissionais que nem sempre estão cientes da importância da manutenção do silêncio e de certo limite de barulho na unidade, podem provocar distúrbios que afetam de maneira negativa o psíquico das pessoas internadas.

Olha, aqueles equipamentos que ficam fazendo aqueles barulhinhos lá é de deixar a pessoa maluca! Tinha de estudar uma maneira da pessoa que está lá deitada, sendo monitorada por aqueles equipamentos não tenha aqueles barulhinhos: toim, toim, toim, toim, que é, deixa a gente meio, não deixa a gente dormir. Já tá preocupado de tá ali né? E fica escutando aqueles negocinhos que parece que fica o tempo inteiro, né? (P5)

A AMIB recomenda o controle de ruídos num nível máximo de 40 a 45 decibéis durante o dia e 35 decibéis à noite. Recomenda a instalação de monitores de ruídos, para que, toda vez que o barulho ultrapasse certo parâmetro estipulado, uma luz se acenda para alertar a equipe.⁴

Para que sejam controlados os ruídos sonoros à beira do leito, pequenas atitudes, como o controle do volume de voz, a não-realização de discussões de caso próximo ao paciente, a lubrificação de rodas dos equipamentos, a diminuição de volume dos aparelhos telefônicos e a retirada de impressoras e aparelhos de fax do interior das unidades onde estão os pacientes, já são de grande ajuda e melhoram significativamente o ambiente intensivo.⁴

As máquinas fazem parte do ambiente, não é possível negar. Deve-se, no entanto, no que se refere ao cuidar, não substituir o toque, o afago e o aperto de mão pela visualização de uma tela de computador, a oferta de um apoio, um olhar carinhoso e amigo para aquele que está mais do que nunca em um momento difícil da sua existência.¹⁷

A atuação da equipe de enfermagem

Nos hospitais modernos, a equipe de enfermagem ocupa boa parte do tempo desenvolvendo tarefas com o objetivo de cuidar dos pacientes, sobrando pouco tempo para *estar com eles*.

Observa-se no cotidiano hospitalar que as atividades de prestação da assistência de enfermagem nem sempre são previamente avaliadas, tampouco são entendidas na relação do significado desse cuidado para as pessoas internadas. Deve-se compreender que o “cuidar” não é apenas uma tarefa técnica a ser realizada, e ir além dessa definição, tentando observar que o *cuidado* é uma forma

de expressão e de relacionamento com o outro ser e com o mundo.¹⁷

Supõe-se que as pessoas internadas em UTI estejam com suas necessidades biopsicoafetivas de alguma forma afetadas e comprometidas. Mesmo nesse ambiente, porém, a ênfase atual da assistência está no procedimento, na tarefa, objetivando a cura. Tal fato justifica-se pela situação crítica de saúde dos internados em que a prestação de cuidados técnicos é o recurso mais utilizado e valorizado pela equipe de enfermagem.

O atendimento prestado pela equipe de enfermagem foi percebido pelos entrevistados como algo positivo; por alguns, foi destacado como um diferencial no cotidiano da UTI: *Sempre tinha gente cuidando. (P6)*

O desafio que se coloca para a enfermagem é a importância da observação criteriosa de cada paciente e a atenção às demandas individuais:

Foi bom. Tudo o que você pedia, pedia água eles vinham trazer, pedia algum alimento, eles iam lá e buscavam, os remédios eles davam na hora certa. (P3)

O ambiente físico foi apontado como um fator agressivo que exerce influência na percepção da unidade e tem estreita relação com o desempenho da equipe de enfermagem:

Ah, o atendimento foi excelente. As duas pessoas que cuidaram de mim durante o dia e durante a noite, foi de extrema tranquilidade, tentando passar para a gente sempre a melhor situação, mas é que o ambiente não é propício para isso né. (P5)

A dificuldade de compreensão do ambiente físico intensivo ocasionado pela sedação ou debilidade orgânica são fatores de destaque, porém tal item não ocasiona má impressão sobre o cuidado de enfermagem, gerando um agradecimento em especial a todos da equipe:

Eu nem sei dizer mais porque eu cheguei assim meia, mas fui bem atendida, minha filha, bem atendida, agradeço a Deus por tudo e pelo pessoal. (P7)

Quando a pessoa entra num hospital para realizar um tratamento ou algum procedimento, imediatamente lhe é imposta uma rotina cujo efeito é a privação de sinais e símbolos que o caracterizam como uma pessoa individual, para transformá-lo em uma pessoa passiva e dependente, que não pode mais opinar sobre o que comer, ou vestir, nem mesmo sobre horário de dormir. Nesse sentido, os pacientes apontaram como ponto de dificuldade na rotina da UTI a perda de privacidade para a satisfação de necessidades básicas como eliminações, tanto vesical como intestinal. Uma vez que isso implica dependência parcial ou total da equipe de enfermagem, passa a representar motivo de estresse, comprometendo o bem-estar.

O mais ruim sabe o que é? Ficar fazendo o serviço, as necessidades e não pode levantar e ir no banheiro sem poder andar. Três médicos deixou eu ir, depois veio um médico e disse que não deixava, um médico novo. Ah

fiquei muito nervoso. Ai depois veio outro e disse: 'Pode ir lá'. Oh eu andava tranqüilo! Para não dar aquelas dor no coração eu me encolhia, sabe? (P6)

Alguns depoimentos revelaram uma percepção não muito positiva sobre os cuidados de enfermagem, apontando incompetência de funcionários no exercício de suas atividades e desrespeito às decisões e vontades dos pacientes.

Ah, tem umas pessoas boas e outras pessoas mais ruim. Elas tratam a gente com mau humor, com ruindade, com cara ruim, faz as coisas a hora que elas querem. A gente fala que quer de um jeito, que nem, eu não posso usar este aqui mesmo, tem de por só micropore porque eu não posso usar esparadrapo, aí quando a gente fala elas dizem que você tá com manha, se reclama, fala que ta com manha... Tem umas ótimas e têm outras que já não faz nem questão de te ouvir. (P8)

A aparente frieza no trato é uma conduta pouco empática e impessoal que pode denotar indiferença, falta de compromisso, agressividade e mau caráter, vistos pelos pacientes como atributos negativos relacionados aos profissionais de enfermagem. Tais atitudes geram um fator estressante nos pacientes durante a hospitalização, pelo fato de eles necessitarem receber uma relação de confiança com a pessoa que está prestando o cuidado.¹⁸

O afastamento emocional, no qual o profissional exerce apenas sua "função", é um meio de avaliar a qualidade do atendimento da equipe de enfermagem. Cumprir o "dever" sem se importar com o paciente é um ponto de violência afetiva. O paciente não precisa implorar aos outros aquilo de que ele necessita, o importante é manter a dignidade pessoal do paciente.¹⁹

A biomedicina moderna reduz o sintoma a uma característica física, deixando de lado o ponto de vista social e cultural, invisível ao "olho humano", porém de extrema importância para o diagnóstico e o tratamento da patologia.²⁰ Não se pode esquecer de que os pacientes também necessitam falar de si, da sua doença, do seu sofrimento e da sua dor para que se diminua o sentimento de despersonalização e faça com que o paciente participe de sua recuperação.²¹

Mais do que em qualquer outro lugar, na UTI é preciso "fazer valer" o espaço para o diálogo e a escuta, com vista à construção de um pano de fundo da situação dolorosa, trazendo à tona necessidades e emoções que costumam ser omitidas:

Em vez deles chegar e tentar acalmar a gente, conversar com a gente, sei lá profissionalizar eles para ensinar eles a conversar com a gente direito, com paciência, com calma, e tem gente que maltrata a gente demais, é do jeito que eles querem e pronto. (P8)

O cotidiano hospitalar, muitas vezes caracterizado por longas jornadas de trabalho, falta de leito e escassez de recursos humanos, resulta num ambiente adverso para os profissionais de enfermagem, no qual questões como solidariedade, sensibilidade e sorrisos dificilmente se fazem presentes.

A hospitalização é invasiva por si só, uma vez que passa a ser determinante de certos abusos, como o não-respeito aos limites e à individualidade das pessoas internadas, gerando certa despersonalização dos indivíduos. Assim, técnicas e práticas rotineiras podem ser consideradas mais agressivas do que outras em certos ambientes.

A percepção do tratamento

A despeito do direito que a pessoa tem sobre si mesma, nem sempre ela internada é solicitada para deliberações sobre sua própria saúde, não sendo consultada, na maioria das vezes, a respeito de encaminhamentos quanto ao seu cuidado e tratamento. As pessoas, mesmo na condição de internadas, são autoridades de si mesmas e não há quem conheça mais sobre sua vida do que elas próprias. O profissional pode ter uma visão ampla dos problemas de saúde e as terapias relacionadas à sua recuperação; entretanto, o "ser doente" se entrega totalmente a esses profissionais com o intuito de ser o que era anteriormente: um ser saudável.²²

Mesmo em situação crítica, algumas pessoas mantêm a lucidez e sua capacidade de autonomia. Grande parte da angústia gerada pela internação em UTI provém da perda de liberdade ocasionada, por exemplo, pela entubação, que gera dificuldade para a comunicação, ou condição de restrição no leito impedindo os movimentos acarretados pela agitação do paciente.¹⁴

Na prática, observa-se que, pelo seu "estado de iminente risco de vida", o paciente na UTI perde sua autonomia. Os entrevistados expressaram dificuldades quanto à tomada de decisões:

Não podia participar, porque lá a saúde da gente tava acusando nos aparelhos ligados, e o médico já tava tomando as decisões. Agora como aqui é diferente, porque aqui se vem me trazer um remédio de pressão, e se não medir minha pressão primeiro, eu não tomo. (P1)

O coma é um fator que impossibilita a pessoa de qualquer tomada de decisão. Todavia, alguns pacientes mantêm a capacidade de consciência preservada.²³ Como prova disso, temos inúmeros relatos de pacientes que estiveram nesse estado não responsivo e lembraram-se de fatos, vozes e detalhes que lhe aconteceram quando era considerado "incapaz de ouvir".

No contexto da assistência à saúde, o princípio da autonomia da pessoa deve ser considerado como norma permeando as ações dos profissionais que atuam nessa área. O paciente não deve se entregar totalmente às decisões dos profissionais de saúde, respeitando sua liberdade e dignidade humana. O ponto-chave é o reconhecimento de que cada pessoa tem pontos de vista e expectativas próprias quanto ao seu destino, e é ela quem deve tomar as decisões mesmo quando estas não parecem ir ao encontro das concepções e valores da equipe de saúde.²⁴

Alguns pacientes disseram não ter participado do tratamento ou por incapacidade momentânea, ou por dependência da equipe; outros admitiram a participação em tomadas de decisões importantes:

Eu tomei a decisão de amputar a perna. (P2)

Para outros, a percepção que têm do tratamento deve estar em concordância com as orientações da equipe, auxiliando e agindo conforme as recomendações, para não agravar sua saúde.

Quando eu tava internado lá, eu tinha que ficar o mais deitado por causa dos pontos não arrebentar, não fazer força, e eles me auxiliavam, dava a mão para ajudar a levantar. Depois de uns dias é que eu comecei a dar umas andadas, tomar o banho sozinho. (P3)

Houve também quem admitisse não ter participado do tratamento e ter agido de forma colaborativa. Com relação aos encaminhamentos e às informações de saúde do tratamento prévio, observa-se a importância e a valorização pessoal ao participar do tratamento:

Não participei do tratamento, mas eu sempre tava quietinha. Mas assim eu trouxe um montão de papel que já vem contando tudo né. (P7)

A participação no tratamento passou pelo esforço em manter a calma, focalizando a própria recuperação, mesmo num ambiente agressivo:

Eu tinha que me acalmar para minha pressão abaixar lá dentro, mas só que a situação não te ajuda, tanto que eu tentava dormir e acordava assustado, não conseguia e você começava a imaginar coisas. Não consegue ter uma tranquilidade para ajudar no tratamento né. (P5)

Existem profissionais, entretanto, que “não fazem questão” de abrir espaço e repartir com seus pacientes a responsabilidade de cuidar de sua vida e gerir seu destino. Para os pacientes, porém, nada os incomoda tanto quando são tratados como crianças e não são levados em consideração em decisões importantes.¹⁹

Se esses profissionais valorizam o que o paciente tem a dizer, este também sentirá que a sua informação é importante e se tornará motivado para falar, estabelecendo com a equipe de saúde um vínculo de confiança com o qual pode se sentir respeitado como pessoa.²³

A humanização do atendimento em uma UTI começa pelos indivíduos que nela atuam, e nesse ponto pequenas escolhas podem contribuir com a pessoa internada no processo de perceber-se na condição de controle, assumindo sua situação em parceria com a equipe de saúde os riscos e benefícios de seu tratamento. Assim, o paciente deve criar coragem e sair da passividade, perguntar sobre a doença e assumir as decisões do próprio corpo, dando significado ao momento que está vivenciando, e não se tornar vítima de uma doença, mas sim uma parte ativa.²⁵

Contribuições para melhoria do atendimento em UTI

Solicitados a contribuir com sugestões para ampliar a qualidade da assistência em UTI, os pacientes assim se expressaram:

Ah, eu não tenho o que mudar não. (P4)

Para mim naquele tempo foi bom, não tinha nada de defeito. (P9)

Alguns percebem que o ambiente intensivo pode, de alguma maneira, ser modificado com alternativas de lazer e diversão, o que os leva a lembrar-se de que lá fora a vida continua e vale a pena esperar pela sua recuperação:

Tendo uma televisão, um rádio. Lá eles conseguiram um rádio para mim, ficava bom, escutando música, mas depois tiraram. Quando a gente tá isolado, uma revista seria bom para poder passar o tempo. Não sei daqueles que estão inconsciente. (P3)

A reivindicação por mais leitos e por maior número de profissionais é considerado fator de mudança importante:

Essa condição de aumentar mais leitos, entendeu? Às vezes têm pacientes precisando e não tem vagas, né? Tem que se deslocar daqui para outras cidades. Também acho que precisa aumentar mais o quadro de funcionários porque tem horas que aperta, né? (P2)

Outros sugeriram a existência de uma sala específica destinada a pessoas em fase mais avançadas de recuperação, com a finalidade de separá-las de outras em estado mais crítico, aliviando-as da sensação angustiante de observar pessoas desfiguradas, corpos humanos que parecem ser apenas controlados por máquinas, atendimentos de reanimação, morte, desespero e lágrimas.

Eu acho que deveria de ter uma sala de recuperação para essas pessoas que estão lúcidas, separadas daquelas pessoas que estão em um estado um pouco mais graves, porque muitas vezes a pessoa vê aquilo ali, e no meu caso que era para tentar abaixar a pressão arterial, nunca que abaixava. (P5)

As imagens do ambiente intensivo, neste e em muitos outros casos, podem fazer com que a angústia do paciente aumente, dificultando a melhora de seu quadro clínico:

Acho que deveria ter uma equipe de engenheiros que pudessem projetar umas camas melhores, porque dependendo da sua lesão, do que você tem né, aquelas camas são um pouco meio que desconfortáveis. (P5)

O desconforto físico, além do psicológico, ocasionado por camas desconfortáveis e também pelos tubos e fios ligados, o longo período de tempo numa mesma posição, luminárias sempre acesas, ruídos de equipamentos – esses elementos, em conjunto, resultam num ambiente desfavorável à permanência e à recuperação de uma pessoa:

Para uma pessoa que está na UTI, o máximo de conforto para ela é o mínimo que a gente pode fazer. (P5)

Os profissionais de saúde devem ter em mente a repercussão dos seus atos sobre a vida das pessoas sob seus cuidados, o que certamente contribuirá para

reduzirei tempo de internação e o alívio do sofrimento dessas pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se importante destacar as considerações iniciais que motivaram esta pesquisa, relativas às percepções (expectativas, demandas, sentimentos) de pessoas que passaram pela experiência da internação em UTI. Os depoimentos revelaram que a compreensão sobre o ambiente intensivo tem uma vinculação com a idéia de sofrimento e também com alguns aspectos positivos. A UTI foi considerada um local onde a relação interpessoal é dificultada; um local angustiante, pela possibilidade que os pacientes têm de ver uns aos outros e assistir às atividades diárias da unidade. Referiram-se à aparelhagem utilizada nos procedimentos como fator de impacto negativo sobre o processo de recuperação de saúde. O ambiente da UTI foi considerado agressivo e traumatizante pelos ruídos intermitentes, pelo desrespeito à privacidade, pela falta da família, pela desvinculação (ainda que passageira) com o ambiente externo, pela dependência de outras pessoas para o atendimento de necessidades básicas e pela falta de atenção individualizada, dentre outros. O período de internação gerou momentos de satisfação e de insatisfação, bem como alertou para a importância de manter a pessoa internada informada sobre os passos do acompanhamento clínico.

A enfermagem, como equipe, foi avaliada como um ponto diferencial num momento de fragilidade, dependência física e emocional que essas pessoas vivenciaram. Os entrevistados sugeriram mudanças, como disponibilizar equipamentos de áudio e vídeo ou jornais e revistas como alternativas de lazer, bem como alguma forma de evitar que as pessoas ali internadas assistam aos sofrimentos umas das outras.

Os significados e os eventos apontados neste estudo induzem a reflexões sobre a necessidade de humanização da atenção à saúde das pessoas em UTI, mediante acompanhamento voltado para as características individuais, no qual haja uma valorização do protagonismo das pessoas envolvidas (profissionais e pacientes), rumo à redução do sofrimento das pessoas no ambiente de UTI.

REFERÊNCIAS

1. Knobel E. Condutas no paciente grave. In: Novaes MAFF, Kül SD, Knobel E. Aspectos psicológicos em UTI. São Paulo: Atheneu; 1998. v. 2. p. 1297-304.
2. Trentini M, Silva DGV. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. *Texto Contexto Enf* 1992 jul./dez.; 1 (2): 76-87.
3. Nascimento AR, Caetano JA. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. *Nursing*, São Paulo, 2003 fev.; 57 (6): 12-7.
4. Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB. Humanização em cuidados intensivos. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
5. Moraes JC, Garcia VG, Fonseca AS. Assistência prestada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto: visão dos clientes. *Nursing*, São Paulo, 2004 dez.; 79 (7): 23-9.
6. Gomes WB. Entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. In: Gomes WB, Organizador. Fenomenologia e pesquisa em psicologia. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998. p.19-44.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1994.
8. Brasil. Ministério de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Dispõe de normas técnicas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

9. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes; 1999.
10. Scarparo HH Organizador. Psicologia e pesquisa. Porto Alegre: Sulina; 2000.
11. André MEDAT. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. *Cad Pesq* 1983; 45: 66-71.
12. Ludke M, André MDDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U.; 1986.
13. Takahashi EIV. Visitas em unidade de terapia intensiva. *Rev Paul Enf*, São Paulo, 1986 jul./set.; 6 (3): 113-5.
14. Pessini L, Bertachini L, Organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Edições Loyola; 2004.
15. Lemos RCA, 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 Enf* 2002 maio/jun.; 10(3): 345-57.
16. Leshan L. O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde. São Paulo: Summus; 1992.
17. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 2001.
18. Moreno MCB, Klijn TMP. Percepcion de violencia de los pacientes hospitalizados em los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Cien Enferm* 2003; 9(2): 29-42.
19. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
20. Martins PH. Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas modernas. Petrópolis: Vozes; 2003.
21. Nigro M. Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
22. Angerami-Camon VA, Organizador. Psicologia hospitalar: teoria e prática. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2003
23. Angerami-Camon VA, Chiattonne HBC, Organizadores. E a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
24. Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.
25. Chercover A. Una psicoanalista en una UTI – Unidad de cuidados Intensivos. *Revista de Psicoanálisis y Cultura*, n. 11, julho 2000. Disponível em: <<http://acheronta.org/acheronta11/uti.htm>> Acesso em: 11 ago. 2005.

Redebido em: 17/04/2006

Aprovado em: 30/09/2006