

O PACIENTE CRÍTICO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

CRITICAL PATIENT IN AN INTENSIVE CARE UNIT: A REVIEW OF THE LITERATURE

EL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO INTERNADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: UNA REVISIÓN DE LITERATURA

Cristina Gomes Ribeiro¹
Carla Viviane Nunes Soares Silva²
Matilde Meire Miranda³

RESUMO

Este estudo fundamenta-se em pesquisa bibliográfica cujo tema definido foi o paciente crítico em uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI, onde se buscou abordar aspectos referentes à visão desse paciente sobre a UTI. O período escolhido para o levantamento bibliográfico compreendeu os últimos 20 anos, ou seja, de 1984 a 2003. As fontes de dados utilizadas foram: LILACS, BDEF e DEDALUS, possibilitando, após uma leitura criteriosa dos resumos e artigos, construir três categorias: Pré-conceito sobre a UTI; A vivência na UTI, aspectos positivos e negativos; UTI: um aprendizado, um retorno? A análise dessas categorias desvelou que os pacientes internados em UTIs falam acerca dos pontos positivos e negativos de sua permanência no setor, focalizando os estressores ambientais (área física, privacidade), físicos (dor) e psicológicos (rejeição, depressão, o medo da morte e a falta da família), assim como pontos diferenciais para a sua recuperação dentro do setor (comunicação, fé e segurança na equipe). Outro destaque refere-se à equipe de enfermagem que precisa rever e refazer o seu exercício profissional pautado no cuidar humano.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Assistência ao Paciente; Pacientes Internados; Satisfação do Paciente; Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde)

ABSTRACT

This study is a bibliographical review on critical patients in an intensive care unit. The idea was to examine the patient's point of view about the ICU. The period chosen was the last twenty years, that is, 1984 - 2003. The sources used were LILACS, BDEF, DEDALUS. This made it possible to build three categories after a careful reading of the abstracts and articles: Prejudice about the ICU, Living in the ICU, Positive and Negative Aspects, ICU - a learning, a return? These categories showed that the patients in ICUs talk about positive and negative aspects of the sector, focusing on the environmental stresses (premises, privacy), physical (pain), and psychological (rejection, depression, the fear of death and absence of the family), as well as differentiating factors for their recovery in the ICU (communication, faith and trust in the team). Another highlight is the nursing team that must review and rebuild its professional practice based on human care.

Key words: Intensive Care Units; Patient Care; Inpatients; Patient Satisfaction; Outcome Assessment (Health Care).

RESUMEN

Este estudio se ha basado en una investigación bibliográfica cuyo tema es el paciente en estado crítico internado en la Unidad de Terapia Intensiva - UTI y ha buscado enfocar aspectos referentes a la opinión del paciente sobre la UTI. El período seleccionado para relevamiento de datos bibliográficos ha incluido los últimos 20 años, o sea de 1984 a 2003. Las fuentes de datos utilizadas han sido: LILACS, BDEF, DEDALUS que, tras una lectura cuidadosa de resúmenes y artículos, ha permitido elaborar tres categorías: PRE-concepto sobre la UTI; La experiencia en la UTI, aspectos positivos y negativos; UTI: ¿un aprendizaje, un regreso? El análisis de tales categorías ha indicado que los pacientes internados en UTIs hablan de los puntos positivos y negativos de su permanencia en dicho sector, apuntando los factores que provocan estrés: los ambientales (áreas físicas, falta de privacidad) físicos (dolor) y psicológicos (rechazo, depresión, miedo a la muerte y ausencia de familiares), así como de otros aspectos para su recuperación dentro del sector (comunicación, fe y confianza en el equipo). También mencionan que el equipo de enfermeros precisa rever y rehacer el ejercicio profesional pautado en el cuidado del ser humano.

Palabras clave: Unidades de Terapia Intensiva; Atención al Paciente; Pacientes Internados; Satisfacción del Paciente; Evaluación de Resultado (Atención de Salud).

¹ Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pelo Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

² Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pelo Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

³ Enfermeira. Doutora em enfermagem.

Endereço para correspondência: Rua Carvalhais de Paiva, 90, apto: 501, Cidade Nova. CEP: 31170-340. Belo Horizonte/MG. E-mail: crisloscki@bol.com.br

INTRODUÇÃO

Há algumas décadas, o tema humanização vem sendo discutido mais profundamente, talvez porque a globalização exigiu, das empresas que almejavam conquistar a competitividade, uma nova postura. Agilidade, economia, eficiência, passaram a ser requisitos indispensáveis no processo de trabalho. Assim, a revisão de processos, a reestruturação, e a reengenharia foram e são alguns instrumentos que ajudaram as empresas a se diferenciarem no mercado. A preocupação com a humanização, acoplada aos avanços tecnológicos, vem tomando destaque nos diversos setores da sociedade.

Mas, na verdade, o que é humanização, o que é humanizar?

“O conceito de humanização pode ser traduzido em uma busca incessante do conforto físico e psíquico e espiritual ao paciente, família e equipe”.⁽¹⁾

Humanizar passou a ser a palavra de ordem, seja pelo empregado que passou a ser ouvido nas suas necessidades para que pudesse dar o melhor de si pela empresa, seja pelo cliente que tomou consciência do seu direito de escolher o melhor - produto ou serviço.

Contudo, há espaços de atendimento que ainda são vistos como locais onde o cuidar humano não conseguiu atingir o patamar desejado, com a visão de que a tecnologia é hegemônica em relação à pessoa a ser cuidada. Podemos citar, como exemplo, as unidades de terapia intensiva. Para se falar em humanização nesse espaço, há de se fazer um breve histórico de como surgiram as Unidades de Terapia Intensiva (UTI's).

A Unidade de Terapia Intensiva [UTI] nasceu de uma necessidade logística: Florence Ninthingale, durante a guerra da Criméia, selecionava os pacientes mais graves, colocando-os numa situação que favorecesse o cuidado imediato e a observação constante. (...) Em 1923, Walter Dandy montou uma unidade neurocirúrgica no Hospital de John Hopkins, que era especificamente destinada a pacientes em pós-operatório. Na década de 40, em Boston, surgiu uma unidade de queimados após um incêndio em um 'night club' - Coconut Grove Fire. Já de 1947 a 1952, após uma epidemia de poliomielite, eram criadas na Dinamarca, Suíça e França unidades de assistência intensiva. E, a partir da II Guerra Mundial e da Guerra da Coreia, a experiência com o trauma nos conflitos armados era transposta para a vida civil, surgindo na década seguinte, nos hospitais norte americanos, as unidades de choque. Nessa década de 50, apareceram as primeiras salas de recuperação pós-anestésicas, novas drogas terapêuticas como o éter e os antibióticos; progressivamente surgiram também as unidades coronarianas.^(2,25)

As UTI's passaram a ser vistas como unidades de pacientes com prognósticos muito ruins, invariavelmente sem perspectiva de sobrevivência.

Franco⁽³⁾ relata, em seu estudo, o surgimento das UTIs aqui no Brasil por volta da década de 70, com a finalidade de reunir no mesmo ambiente físico pacientes recuperáveis, tecnologia e recursos humanos capacitados ao cuidado e observação constante. As UTI's nasceram em uma época de auge do milagre econômico, em que as

técnicas curativas eram mais importantes que as preventivas e de promoção à saúde.

Nesse contexto, as UTI's se cobriram com uma aura de unidades fechadas, intransponíveis, mesmo dentro do próprio hospital.

O avanço tecnológico e científico permitiu o prolongamento da vida e, principalmente, a reversão de doenças antes sem prognóstico. Os aparelhos cada vez mais sofisticados: respiradores, monitores, bombas para infundir medicações e outros suportes e a necessidade de espaço nos grandes hospitais aumentaram o estereótipo de unidades frias e desumanas, cheias de “máquinas” onde somente caberia o raciocínio científico, estando a doença acima do próprio ser humano.

Trabalhar em uma UTI é viver diariamente a dúvida de até onde ir, por que ir, quando parar, em que investir e, mais ou menos conscientemente, refletir se, quando suprimimos a liberdade física, psicológica, real de um ser humano, não o estamos mutilando, castrando no que constituía sua essência e aspiração mais profunda. [...] O que se questiona, ou o que nos parece necessário refletir, é até que ponto o progresso técnico, como se realiza hoje, é 'saudável' e promove o crescimento e a harmonização das pessoas, uma vez que quando questionamos os próprios profissionais da área da saúde, nenhum deles deseja a UTI para si mesmo ou para seus entes queridos. Todos preferem, quando muito doentes, morrer 'dormindo', em casa, de repente, sem dor...^(4,2)

Atualmente, há uma luta contra esta imagem tão distorcida criada nesses anos. Os profissionais dessas unidades passaram a lutar pela humanização das mesmas. Mas, humanização é uma mudança de atitude e postura de toda uma equipe multiprofissional – enfermagem, fisioterapia, nutrição, medicina e psicologia – não somente uma mudança arquitetônica.

Vivenciando de perto todo o processo saúde-doença de cada um dos nossos pacientes e motivadas pela inquietude do que mais poderia ser realizado com o objetivo de melhorar a permanência da pessoa em uma UTI, a partir de sua perspectiva, para tornar seu ambiente mais tranquilo, acolhedor e menos assustador, nós, enfermeiras, sentimos a necessidade de saber o que há na literatura acerca do sentimento da pessoa que esteve internada em uma UTI.

Este estudo justifica-se, portanto, pela provável contribuição à melhoria da assistência de enfermagem, uma vez que amplia o conhecimento sobre o sentimento do paciente na UTI, possibilitando minimizar os pontos frágeis, à medida que o paciente for tratado integralmente, como pessoa, sujeito de direitos e deveres.

Para tal, este trabalho tem o objetivo de analisar a produção científica sobre a humanização do atendimento ao paciente crítico internado em Unidade de Terapia Intensiva, na perspectiva do próprio paciente.

METODOLOGIA

No presente estudo, realizamos pesquisa bibliográfica a partir do rastreamento feito em material de fonte secundária, por meio do computador com acesso à Internet, consultando o endereço eletrônico da BIREME e o da USP.

As fontes de dados utilizadas foram: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Banco de Dados da Enfermagem) e DEDALUS (Banco de Dados da Universidade Federal de São Paulo). A busca bibliográfica compreendeu o período de 1983 a 2003 e os unitermos utilizados foram: humanização eUTI; paciente em uma UTI; centro de terapia intensiva; humanização da assistência e da UTI; Enfermagem.

Apesar de terem sido selecionados 44 artigos, apenas 22 se enquadraram no tema proposto para este estudo. Cabe referir que todos os artigos foram lidos exaustivamente, com a intenção de se obter uma compreensão dos mesmos. Assim, de início, eles foram selecionados pelo nome. Posteriormente, de acordo com o seu resumo, foram listados para serem lidos apenas os que, aparentemente, tinham relação com o tema proposto.

A leitura de todos os documentos encontrados foi realizada na íntegra, sendo elaborados resumos dos textos. Houve, assim, a decodificação dos dados coletados que foram agrupados por similaridades, permitindo a construção de três categorias de análise, como se segue:

- 1- Pré-conceito sobre a UTI.
- 2 - A vivência na UTI :aspectos positivos e negativos.
 - 2.1 - Fatores estressantes dentro de uma UTI;
 - 2.2 -Fatores diferenciais à recuperação do paciente;
 - 2.3 -Equipe de enfermagem;
- 3 - UTI, um aprendizado, um retorno?

RESULTADOS E ANÁLISE

Antes de adentrar na análise das categorias, cabe ressaltar que o processo de hospitalização de um ente familiar é uma experiência de vida que atinge de forma estressante todos os membros da família. A indefinição pelo futuro, a incerteza acerca do prognóstico resultam em uma desestruturação psicológica que atinge, concomitantemente, pacientes e familiares, provocando reações e movimentos muitas vezes desordenados e descontrolados.

A internação, para o paciente, é vivenciada como um: *processo de 'separação do mundo', no qual a permanência no hospital interfere diretamente na rotina pessoal de cada ser, o que pode implicar resistência, ou ineficiência de medidas terapêuticas empregadas, como consequência do estresse, angústia e até medo.*^(5: 5-6)

À medida que se prolonga e/ou complica o estado de saúde do paciente, a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se faz presente. O que normalmente se encontra é uma reação de temor do que poderá acontecer nessa "UTI", onde a visão do paciente está relacionada não apenas ao ambiente físico dessa unidade. Mas é influenciada, também, por outros fatores como a aceitação de estar na UTI, o medo da morte, a presença ou ausência da família e a qualidade do cuidado e da atenção dos profissionais que ali trabalham (humanização da assistência).

Para Penna^(6:124), as reações dos pacientes estão relacionadas a fatores como "nível de consciência, grau de comprometimento orgânico, significado simbólico da doença, experiências anteriores com doença e hospitalização, nível cultural e intelectual, personalidade pré-mórbida e relações interpessoais com a equipe".

PRÉ-CONCEITOS SOBRE A UTI

Ao ter acesso aos textos que traziam como tema principal a UTI, verificamos que todos eles referem-se à UTI como ambiente agressivo, tenso e traumatizante. Nosso cotidiano em Terapia Intensiva tem nos mostrando que, para os leigos (pessoas não ligadas à área da saúde), o que conta é a vivência de outras pessoas que estiveram em uma UTI, ou mesmo a visão repassada através de novelas ou seriados da televisão, em que o paciente se encontra como em uma "redoma de vidro", intransponível e intocável. Apenas a equipe de saúde consegue ter acesso a ele para executar procedimentos de alta complexidade que poderão "definir" sobre sua vida ou morte.

Lemos⁽⁵⁾, confirma essa assertiva ao analisar os depoimentos de pessoas que vivenciaram a internação na UTI. Estas explicitam que imaginavam que os familiares só poderiam vê-las através do vidro, não poderiam manter contato verbal com eles e fazer apenas acenos com as mãos. Continuaram verbalizando que seu imaginário induzia-as a ver a UTI como o local onde as pessoas ficavam isoladas, cercadas por uma cortina, sozinhas, como se fossem presas dentro de uma cela.

Por tudo isso, a Unidade de Terapia Intensiva

"Apesar de ser um local ideal para o atendimento aos pacientes agudos recuperáveis, (...) é um dos ambientes hospitalares mais agressivos, tensos e traumatizantes, uma vez que ali se desenvolve tratamento intensivo, hostil pela própria natureza, pois, além da situação crítica em que o paciente se encontra, existem outros fatores altamente prejudiciais à sua estrutura psicológica, como falta de condições favoráveis ao sono, intercorrências terapêuticas freqüentes, isolamento, suposição da gravidade da doença até mesmo risco de vida."^(7:12)

A VIVÊNCIA NA UTI: aspectos positivos e negativos

Esta categoria é dividida em subcategorias atendendo às especificidades encontradas.

O estresse é um dos fatores inerentes à vida em uma UTI, devido ao tipo de assistência prestada e à gravidade dos pacientes internados neste setor. Trata-se de um ambiente atípico, onde o imprevisível é sempre esperado por toda equipe multidisciplinar que lá trabalha.

Bringuete⁽⁸⁾ considera que o estresse pode aparecer em momentos de dor, medo, fome, sede, raiva e alegria, estando relacionado ao sofrimento, privação sensorial e cultural. Portanto,

Estar internado na UTI significa, então, ser assistido através de muitos aparelhos, receber o cuidado que é técnico, invasivo, que provoca dor, mas que apesar de

todo o sofrimento e angústia vivenciados, o paciente em estado crítico aceita essa forma de assistência intensiva porque reconhece ser essa a maneira de cuidar que não o deixa morrer.^(9:62)

Os sentimentos referidos por pacientes internados em uma UTI, de acordo com Franco⁽³⁾, são: solidão, desamparo, abandono e medo, que refletiram em atitudes que variam do silêncio às manifestações emocionais, como choro e agitação.

Por tudo isso, o que se vê são pacientes criando ao seu redor estratégias de enfrentamento dessas situações de vida que estão relacionadas com “a reza, o choro, a fuga e a raiva, mecanismos de escape das tensões.”^(8:105)

FATORES ESTRESSANTES DENTRO DE UMA UTI

Lemos⁽⁵⁾, Bringuete⁽⁸⁾, Ernesto e Zanei⁽¹⁰⁾ e Bedran⁽¹¹⁾ explicitam que vários são os motivos de estresse. Entre eles estão a poluição sonora, a dor, a ansiedade e a desinformação em relação à própria doença, as rotinas do setor e os procedimentos que serão realizados, e o motivo dessa invasão. Todos esses componentes agrupados e acrescidos pela ausência da família poderão se transformar em um desequilíbrio psicológico que, conseqüentemente, irá influenciar no prognóstico e recuperação desse paciente.

Ainda diversos outros pontos estressores foram identificados nesse estudo. Esses podem ser relacionados em estressores ambientais (estrutura física), estressores físicos (dor) e estressores psicológicos (morte, ausência da família, depressão, rejeição e regressão) como os mais citados nas referências bibliográficas que fundamentam este estudo.

No que diz respeito aos estressores ambientais, a área física é a mais citada. Os estudos de Ernesto e Zanei⁽¹⁰⁾, Nascimento e Martins⁽¹²⁾ e Padilha⁽¹³⁾, apontam que os pacientes internados apresentaram, como pontos negativos, o fato de se ouvir e ver tudo o que ocorria ao redor. Pessoas gritando e morrendo foi uma situação traumatizante mostrada no discurso dos pacientes entrevistados. Evidenciou-se o barulho, enfatizado pela dificuldade para dormir e a ansiedade e medo por não se saber decodificar o motivo desse barulho, como forte fator de estresse.

A falta de privacidade emerge como um coadjuvante importante no ambiente. Segundo Sales⁽¹⁴⁾, a privacidade foi ressaltada mediante o constrangimento do paciente ao expor seu corpo ao olhar e toque de um profissional de saúde. Assim, é oportuno trazer à tona a preocupação com a banalização do banho de leito que “por ser um procedimento rotineiro no exercício profissional, a sua complexidade, em se tratando do pudor corporal, às vezes é esquecida na prática, transformando-o em uma tarefa meramente mecanizada”.^(14:160)

Realmente, o que se vê nas UTIs, sejam elas construídas há mais tempo ou recentemente, é uma inadaptação às necessidades pessoais do ser humano. A estrutura física vista na maioria dos locais é inapropriada à privacidade do paciente. A falta de banheiros e a participação constante do paciente em acontecimentos, principalmente da fragilidade da vida humana, estão presen-

tes e repercutem na visão do paciente acerca do ambiente da UTI.

Em se tratando dos estressores físicos, a dor se mostra com grande força. Ela é um dos problemas da UTI ao qual a equipe deve estar atenta. Pacientes que têm sua internação prolongada ou que são considerados fora de possibilidade terapêutica acabam por estabelecer uma rotina de cuidados diários repetitiva, fazendo com que as pessoas se acostumem com a atenção a ser dada, limitando sua percepção às reações que o paciente demonstre. Essa constatação se torna mais evidente para os pacientes considerados fora de possibilidade terapêutica, havendo um pré-conceito de que os mesmos estão ali apenas aguardando a morte.

O que se percebe, entretanto, é que muitas vezes a equipe de saúde minimiza o cuidado quanto às necessidades daquele paciente, restringindo componentes da prescrição médica que possam proporcionar seu conforto, e o que ocorre, ao final do processo, é que esse paciente recebe alta da UTI, contrariando as expectativas da equipe e demonstrando o quanto o cuidado deve ser realizado de forma holística e universal aos pacientes internados no setor independentemente de seu prognóstico.

A atenção e a agilidade para atender às necessidades do paciente são outra questão enfocada pelo estudo de Nascimento e Caetano⁽⁷⁾, Guirardello⁽¹⁵⁾, no qual relatam que quando a equipe não se encontra disponível para atender o paciente, acaba-se criando nele um estado de pânico ao imaginar que algo possa acontecer e ninguém estará por perto para ‘salvá-lo’.

Outro ponto negativo é pertinente aos estressores psicológicos. Dentre eles destacamos a rejeição de estar internado neste setor, a depressão, a regressão, o medo da morte e a falta da família.

Na concepção de Nascimento e Caetano⁽⁷⁾, Lemos⁽⁵⁾, Castro⁽⁹⁾ o sentimento de satisfação está diretamente vinculado ao tipo de assistência prestada pela equipe, através da atenção, da presença, e do cuidado dedicado aos pacientes internados favorecendo sua confiança e a segurança no setor.

Em relação à depressão, Rocha⁽¹⁶⁾ relata que a tristeza é uma das mais comuns manifestações psíquicas dos pacientes internados em Terapia Intensiva e se deve ao pouco vínculo afetivo estabelecido entre paciente-equipe de saúde, bem como aos fatores estressores como dor, falta de sono, desorientação do paciente quanto ao tempo e espaço.

Sobre a regressão, Guirardello⁽¹⁵⁾ enfoca que o paciente, ao internar-se em uma UTI, pode passar por essa dificuldade. A regressão é caracterizada por um comportamento infantil e dependente devido à necessidade do paciente de confiar a uma pessoa “estranha” cuidados básicos como alimentação e higiene.

Como não poderia deixar de ser, a morte é um fantasma que ronda o cenário das terapias intensivas. Verificamos que o medo da morte se mistura com a falta de esperança na cura, mostrando a vulnerabilidade do ser próximo a sua finitude. Quando se vêem ante a morte, alguns pacientes passam por momentos de autenticidade

ao refletirem sobre o modo como estavam levando a vida. Essa autenticidade auxilia-os a despertar para sua existência, valorizando a vida e refletindo sobre suas atitudes.

Um estressor fortemente referido diz respeito à falta da família. O isolamento social é a principal causa de ansiedade em decorrência da sensação de perda da função e da auto-estima, sensação de desamparo, isolamento e medo da morte. A família, desde que bem orientada e psicologicamente estruturada, deve ser considerada como aliada no processo de internação por promover a autoconfiança e auxiliar na auto-estima do paciente. Isso faz com que as possibilidades de recuperação sejam renovadas continuamente proporcionando uma grande ajuda ao plano terapêutico instalado.

FATORES DIFERENCIAIS À RECUPERAÇÃO DO PACIENTE

Diante de todos esses pontos negativos e dificuldades de uma permanência confortável e menos sofrível do paciente em uma UTI, relacionamos fatores que possam apaziguar esse momento delicado da vida humana. Esses fatores se expressam pela comunicação, a fé em um ser superior e a segurança do paciente na equipe de saúde.

Franco⁽³⁾, Lemos⁽⁵⁾, Bedran⁽¹¹⁾ e Padilha⁽¹³⁾ relatam que um paciente informado sobre as rotinas do setor, seus equipamentos e as funções específicas de cada membro da equipe e o porquê de cada procedimento e/ou medicação realizada, se sentirá mais tranqüilo nesse novo ambiente.

“A comunicação é a própria essência do relacionamento humano, pois é através dela que os seres humanos trocam mensagens ou não, e assim afetam reciprocamente suas vidas e a dos outros”. (12:95)

Um quesito de grande auxílio para as pessoas hospitalizadas, e que está presente nos textos lidos, é a fé. Por motivos não explicados cientificamente, a fé produz mudanças internas nas pessoas. O medo de perder quem se ama, ou de morrer, faz com que as pessoas se voltem para uma instância superior buscando uma graça, um milagre que as livre do sofrimento e conceda paz de espírito. Para Lemos⁽⁵⁾, a fé encontra-se presente na UTI desde a porta de entrada, onde se encontram imagens sagradas e bíblias, até no ambiente, de forma introspectiva. Tanto o paciente quanto sua família, ao vivenciarem essa experiência de internação, voltam-se para Deus buscando ajuda espiritual para vencerem as dificuldades.

Também a segurança é pontuada como um fator facilitador para aceitação do tratamento dentro da UTI. Ela é um fator que deve ser buscado pela equipe de saúde de todo o momento. Entretanto, transparecer esse sentimento é um dos desafios devido à dificuldade de se expressar e posicionar-se frente ao paciente de forma adequada e clara. A presença e a atenção ao paciente, agrupado a firmeza de respostas aos questionamentos demonstrando apropriação de conhecimentos, facilita esse processo.

A EQUIPE DE ENFERMAGEM

De acordo com Nascimento e Caetano⁽⁷⁾, o papel da enfermagem é imprescindível para que a assistência seja realizada de forma holística. Concordamos com os au-

tores quando afirmam que a identificação das necessidades do paciente, assim como de suas expectativas em relação ao cuidado facilitarão o trabalho da equipe e minimizarão reações como medo, angústia, insegurança e rejeição à internação.

De acordo com Sales⁽¹⁴⁾, em relação ao cuidado recebido, houve depoimentos que relataram a maneira carinhosa e atenta com que os pacientes foram cuidados. Outros, entretanto, relataram o descuido, revelado através do descaso, da desatenção e até agressão aos direitos da pessoa decidir sobre seu corpo, sua doença.

Para Bringuete⁽⁸⁾, a dificuldade de relacionamento paciente-enfermagem é caracterizada pelo atendimento mecanizado, tecnicista, frio, desumano, sem diálogo e impaciente. A equipe foca o paciente de forma fragmentada, tratando-o como uma doença a ser cuidada.

O relacionamento da equipe de saúde-paciente deve ser “baseado numa estrutura ética de absoluto e profundo respeito pela vida humana, que visa ajudar o paciente a expressar suas idéias, sentimentos e comportamento”. (17:126) Essa autora reforça ainda que o enfermeiro deve estar disponível para uma comunicação verbal e não-verbal, observando o paciente e identificando suas necessidades básicas. Essa atitude possibilitará ao paciente uma sensação de confiança e cuidado.

Para Bringuete⁽⁸⁾, os estressores vivenciados pelos pacientes poderiam ser minimizados se houvesse uma equipe de enfermagem mais humana e alerta às falhas contidas no setor e que isso só seria possível se essa equipe trabalhasse em melhores condições. Nessa concepção, Vila e Rossi⁽¹⁸⁾ enfocam a necessidade de cuidar de quem cuida. O estresse vivenciado pelos profissionais de saúde que trabalham em uma UTI reflete diretamente na qualidade de assistência prestada ao paciente.

Concordamos com as falas desses autores ao afirmarem que a maioria dos membros dessa equipe tem mais de um emprego e o fato de o ambiente da UTI ser instável acaba por sobrecarregá-los, pois, além de darem atenção ao paciente (como pessoa), com todos os procedimentos necessários ao tratamento da doença, motivo da sua admissão na UTI, ainda têm que estar atentos à família.

UTI: UM APRENDIZADO, UM RETORNO?

Lemos⁽⁵⁾ conclui, em seu estudo, que o significado da UTI para as pessoas é o medo. Medo da morte, da incapacidade, da solidão. Por todos esses motivos é que se tem a experiência da UTI como o significante mais traumatizante. Significante porque as pessoas que passaram por ela começaram a dar mais valor à vida e a encará-la sob uma nova ótica, com mais amor. Traumatizante porque nenhum paciente entrevistado quer voltar a viver essa experiência, chegando a invocar o nome de Deus para o livrar de um futuro sombrio dentro dessa unidade.

Franco^(3:129) relata que somente a vivência da UTI faz com que muitos pacientes modifiquem sua percepção sobre esse setor. O paciente passa a redefinir “a unidade como um local para se recuperar, justificando essa mudança de percepção pela segurança oferecida pela utilização do equipamento de monitoração e pelas condições de tratamento ali verificadas”.

Apesar de todo esse estresse, todo esse medo vivenciado dentro da UTI, conseguimos perceber sentimentos de gratidão, e felicidade, quando pacientes que ali estiveram internados, ao se verem de alta do setor, denotam angústia, tristeza e insegurança pela possibilidade de sentirem falta dos profissionais que estiveram ao seu lado nos momentos mais difíceis da internação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas são as percepções dos pacientes a respeito da UTI. O que se verifica é que a UTI, muitas vezes referendada como um local permeado pelo sofrimento e morte, pode se transformar em um local necessário à recuperação da vida.

Somos favoráveis a Castro⁽⁹⁾ quando ele atesta que a UTI é um ambiente que não está preparado para realizar o cuidado do paciente como pessoa que tem história, família, vida social. Entretanto, hoje se vê um movimento pela humanização e desmitificação da UTI, tanto em relação à área física, quanto aos profissionais de saúde. Movimento esse que encontra muitas dificuldades pela necessidade – que lhe é implícita – de modificar comportamentos e atitudes já enraizadas e moldadas nas pessoas, seja como forma de proteção à dor e sofrimento alheio, seja pela comodidade de cuidar do outro além da técnica.

Alterar o conceito tido por toda a sociedade sobre a UTI é utopia, mesmo porque este é o setor em que mais freqüentemente se morre dentro de um hospital. Isso remete à memória humana momentos de angústia e sofrimento relacionados ao ambiente UTI e não ao estado de saúde do paciente, que muitas vezes adentra o setor sem indicação alguma de cuidados intensivos seja pela idade seja pela doença de base.

Por mais que a internação em uma UTI tenha sido benéfica para o paciente e ele reconheça isso, ninguém deseja precisar novamente da UTI. Isso se dá pelo próprio raciocínio de que para você precisar de uma UTI, você precisa estar doente - o que ninguém quer -, e também precisa de uma atenção mais especial. Essa atenção é decodificada pelas pessoas como estar grave.

Neste estudo, nos propusemos pesquisar o que a literatura nos dizia sobre a visão do paciente crítico em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Vimos muitos pontos convergentes em relação à precariedade do ambiente físico e psíquico que não oferece estrutura apropriada para receber tanto a família quanto o próprio paciente. A organização da UTI é realizada em espaços muitas vezes não planejados especificamente para agregar pacientes graves e sim selecionados de acordo com a necessidade e disponibilidade da instituição. Mesmo em projetos de UTIs recentes não se observa uma preocupação com locais que possam abrigar paciente e família, dificultando a participação do familiar no processo de recuperação de seu ente querido, refletindo-se nas alterações psicológicas às quais o paciente está exposto dentro da UTI.

Em relação aos estressores psicológicos e à dor referida pelo paciente, o que se observa é uma necessidade de que a equipe de enfermagem atue de forma ética,

compromissada com o paciente e assistindo-o de forma holística. Observamos nos textos lidos que, no momento em que o paciente passa a interagir com o ambiente, sendo incorporado às conversas da equipe, respeitado em suas opiniões, medos e sensações, ele passa a sentir-se mais útil e menos só. Isso influencia na dinâmica do tratamento e propicia uma recuperação mais eficaz e rápida.

Em uma Unidade de Terapia Intensiva, muitos dos profissionais que ali trabalham deparam com dificuldades para lidar com pacientes conscientes. Preferem cuidar dos pacientes que se encontram impedidos de falar seja por artifício como tubos, sedação seja pelo estado de doença em que se encontram, perdendo o controle do seu próprio corpo, estando submissos ao cuidado alheio, não apresentando, portanto, nenhum grau de autonomia sobre si. Mesmo aqueles pacientes que reivindicam atenção às suas necessidades, muitas vezes calam-se, temerosos quanto a retaliações que possam sofrer se “incomodarem” as pessoas que trabalham no setor.

Com isso o que se vê é a mecanização do cuidado; onde os profissionais de saúde transformam a pessoa em um objeto sobre o leito e a manipulam como se não tivesse sentimento.

A Federação Mundial das Sociedades de Medicina Intensiva e Cuidados Críticos, através de um comitê de ética em cuidados intensivos, criado em 1989, estabeleceu os direitos do doente crítico: receber cuidados especializados que reduzam ao mínimo os riscos de morte ou de incapacidade permanente; obter informações adequadas...; recusar tratamentos desde que informado das conseqüências de suas decisões; utilizar-se dos mais apropriados recursos disponíveis; receber visitas, bem como, se assim o desejar, apoio espiritual ou moral; ter a garantia de que as informações relativas ao seu cuidado sejam confidenciais; ser tratado com respeito e dignidade pelo 'staff' de cuidados intensivos; dentre outros... (19:300)

Muitos desses direitos, as instituições de saúde tentam normatizar, buscando minimizar conflitos e satisfazer a vontade de seus clientes da melhor forma possível. Entretanto, o maior investimento é sensibilizar os profissionais de saúde que estão na linha de frente do cuidado, para que se humanizem, humanizando o cuidar do outro.

Em todos os estudos realizados, o fator humano é o que apresenta a maior insatisfação por parte dos pacientes. Também é o único fator que pode ser alterado, por meio da modificação das condutas junto ao paciente dentro de uma UTI. O que seria da área física, por mais apropriada que fosse, se não houvesse o ser humano para questioná-la e modificá-la, tornando-a mais alegre e acolhedora?

Acreditamos haver multiplicidade de fatores que fazem da UTI um ambiente agressivo, frio e desumano e não somente a conduta dos profissionais que lá trabalham. Entretanto, quanto mais profissionais e humanos nós formos, mais fácil será cuidar e, conseqüentemente, os pacientes começarão a sentir que ali existe muito mais do que a técnica, há também a compaixão, o respeito, o companheirismo e a sabedoria.

REFERÊNCIAS

1. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Curso de humanização da AMIB. São Paulo, [200-?]
2. Lino MM, Silva SC. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. *Rev. Nurs.*, São Paulo, 2001 out.; 4 (41):25-9.
3. Franco GRRM. A unidade de terapia intensiva: um estudo sobre a comunicação entre profissionais e pacientes. [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; 1999.
4. Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003.
5. Lemos RCA. O significado cultural do processo de internação em centro de terapia intensiva por clientes e familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Enfermagem, Faculdade de Ribeirão Preto; 2001.
6. Penna T. Reações emocionais de pacientes internados em UTI por tempo prolongado. In: Anais do I (Congresso Brasileiro De Psiquiatria E Medicina Interna, 1988, São Paulo. São Paulo: Editora Astúrias; 1988. p. 124-5.
7. Nascimento AR, Caetano JA. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. *Rev Nurs*, São Paulo, 2003 fev.; 6: 12-7
8. Bringueite MEO. Estressores vivenciados por pacientes de terapia intensiva e suas estratégias de enfrentamento: um estudo direcionado à assistência de enfermagem. [tese] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Ana Nery; 2000.
9. Castro DS. Experiência de pacientes internados em UTI [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1990.
10. Ernesto DZL, Zanei SSV. Alterações do comportamento do paciente de terapia intensiva. *Atual. Tecnol.* 1988 jul.; 9: 9-13.
11. Bedran JN. O Centro de Tratamento Intensivo como fonte de estresse psicológico. *An. Fac. Méd. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte*, 1985 jan./jun.; 34(1): 43-58.
12. Nascimento MTF, Martins VP. Fênix: das cinzas à luz - relatos dos egressos de unidade de tratamento intensivo. *Rev Escola Ana Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 2002 abr.; 6 (1): 89-98.
13. Padilha KG. O coronariopata e o ambiente da unidade de terapia intensiva: estudo da influência dos procedimentos invasivos. *Revista Escola Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 21, n.1, p. 37-46, abril. 1987.
14. Sales LVT. O mundo-vida no centro de tratamento intensivo: experiência do ser em situação de doença. [tese]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.
15. Guirardello EB et al. A percepção do paciente crítico sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enfermagem da USP, São Paulo*, 1999 jun.; 33: (2): 123-9.
16. Rocha AS. O clínico e as manifestações psíquicas no paciente de UTI. In: Anais do I (Congresso Brasileiro De Psiquiatria e Medicina Interna. 1988. São Paulo: Editora Astúrias; 1988. p.117-9.
17. Fernandes MFP. A enfermagem e as manifestações psíquicas nos pacientes de UTI. In: Anais do I (Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna. São Paulo: Editora Astúrias; 1988. p.125-7.
18. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Rev Latino-Am Enf, Ribeirão Preto*, 2002 mar./abr.; 10 (2): 137-44.
19. Corrêa AK. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. *Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo*, 1998 dez.; 32 (4): 297-301.

Recebido em: 12/12/2004

Aprovado em: 25/11/2005