

Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes*

To be at Unit of Intensive Therapy: patient perception

GITHÂNIA C. SEVERO**
NARA M. O. GIRARDON-PERLINI***

RESUMO

Objetivo: As características de uma unidade de terapia intensiva, o ambiente complexo e fechado, os recursos tecnológicos, a permanência de pacientes críticos e com risco de vida, além de rotinas geralmente rígidas e inflexíveis instigou-nos a conhecer as percepções dos pacientes em relação à sua vivência quando internados em uma UTI.

Metodologia: Utilizada compreende uma abordagem qualitativa descritiva. Para coletar os dados valemo-nos da entrevista focalizada. Foram entrevistados oito pacientes que permaneceram internados numa UTI, sendo as entrevistas realizadas após a alta da UTI. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, segundo os passos propostos por Minayo.

Resultados/conclusão: De acordo com o que foi exposto pelos entrevistados, identificamos duas categorias: UTI: um ambiente estranho e de mistério, na qual se identifica a UTI como um local desconhecido e pouco acolhedor, como sinônimo de morte e doença grave, de recuperação e reencontro com a vida, e como local de sofrimento; e a assistência de enfermagem: "fui bem atendido", porém... na qual se identifica a forma como os participantes do estudo perceberam os cuidados de enfermagem a eles dispensados.

UNITERMOS: CUIDADOS DE ENFERMAGEM; UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA; PACIENTES INTERNADOS/ psicologia.

ABSTRACT

Objective: The characteristics of a unit of intensive care, the complex and closed environment, the technological resources, the permanence of critical patients and with risk of life, beyond rigid and generally inflexible routines instigated us to know the perceptions of the patients in relation to its experience when interned in a UTI.

Methodology: descriptive qualitative boarding. To collect the data we use ourselves the focused interview. Eight patients had been interviewed who had remained interned in a UTI, being the interviews carried through after the high one of the UTI. For analysis of the data the content analysis, according to steps considered for Minayo was used.

Resulted/conclusion: In accordance with what it was displayed by the interviewed ones, we identify two categories: UTI: an surrounding stranger and of mystery, in which it identifies the UTI as an unknown place and little receptive, as synonymous of death and serious illness, recovery and meeting with the life, and as local of suffering; e the nursing assistance: "I was taken care of well", however... in which it identifies the form as the participants of the study had perceived the cares of nursing excused they.

KEY WORDS: NURSING CARE; INTENSIVE CARE UNITS; INPATIENTS/psychology.

* Elaborado a partir do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem apresentado à Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI.

** Enfermeira. Secretaria Municipal da Saúde de São Francisco de Assis/RS.

*** Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela EEUSP. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI.

INTRODUÇÃO

O processo de adoecer acontece na vida de uma pessoa de maneira inesperada trazendo consigo vários sentimentos e mudanças em seu cotidiano, que podem ser vivenciadas e aceitas de uma forma diferente por cada pessoa. Este processo poderá desencadear no indivíduo uma situação de crise, a qual constitui-se em um período relativamente curto de desequilíbrio psicológico quando a pessoa se defronta com uma circunstância perigosa, um problema importante do qual não pode escapar nem resolver com os recursos habituais para solução de problemas. A crise geralmente vem acompanhada de sentimentos como ansiedade, raiva, medo e/ou depressão.

Nesse sentido, a hospitalização pode ser caracterizada como uma situação de crise, em que o doente apresenta um estado emocional especial marcado pela insegurança, perda da independência, perda do poder de decisão, perda da identidade, do reconhecimento social e da autoestima, além sentir falta de atividades, recreação e de relações sociais afetivas⁽¹⁾.

Em uma instituição hospitalar o doente depara-se com uma rotina muito diferente da que está habituado tendo, geralmente, dificuldade para adaptar-se ao local e sua dinâmica de funcionamento. Também as crenças valores, costumes, comportamentos, enfim, a cultura em que ela está inserida pode contribuir ou dificultar a adaptação/aceitação frente à doença e a hospitalização⁽²⁾.

Considerando que o adoecimento e a hospitalização causam ansiedade e estresse às pessoas, podemos supor, em se tratando de uma internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) esses sentimentos se exacerbam, pois o nome "terapia intensiva" já provoca, por si só, certa sobrecarga emocional, pois, normalmente, associa-se a esta unidade uma piora das condições gerais do doente, colocando-o em proximidade com a morte⁽³⁾.

Algumas pessoas não conseguem ver esta unidade como um ambiente para restauração da saúde, sendo a sua concepção permeada de preconceitos e considerada como um "local isolado em que antecede a morte"⁽⁴⁾. Estas visões equivocadas associadas às rotinas mais rígidas e geralmente inflexíveis, acabam dificultando ainda mais a adaptação do doente e desestabilizando-o emocionalmente.

Estudo indica que a internação do paciente na unidade de terapia intensiva pode gerar uma série de modificações comportamentais e psicológicas quando ele percebe que está em um ambiente estranho, cheio de aparelhos desconhecidos, além das dúvidas em relação à sua doença e prognóstico. Esses fatores poderão desencadear sentimento como medo, ansiedade, insegurança e, ainda, depressão⁽⁴⁾.

Esta unidade possui rotinas diferenciadas das demais unidades hospitalares, sendo apontadas por alguns autores como rígidas e inflexíveis, uma vez que afastam o paciente do convívio com seus familiares e do seu ambiente. Esse fato acaba fazendo com que o paciente sintam-se, mesmo que rodeado pela equipe nas 24 horas do dia, sozinho, pois a ruptura do convívio social e familiar os incomoda, exatamente por se verem sozinhos, em um ambiente desconhecido, sem contato maior com aqueles que, na maioria das vezes, são fontes de apoio para superar as dificuldades que a vida impõe⁽⁵⁾.

Os recursos tecnológicos em uma UTI representam a possibilidade de uma assistência com qualidade e resolutividade, pois o uso da tecnologia, cada vez mais sofisticada, pode fazer a diferença a favor da vida⁽⁴⁾. Porém, aliado aos benefícios decorrentes da disponibilidade constante e imediata desses aparelhos, poderão constituir-se em um fator de ansiedade para o paciente internado, uma vez que, ao ver-se repleto de aparelhagem poderá associá-los a uma piora do seu quadro clínico. Essa idéia é reforçada pela afirmação de que "os pacientes nas unidades de cuidados intensivos atuais são cercados por tecnologia avançada que, embora essencial para salvar vidas, pode criar um ambiente estranho e, até mesmo, ameaçador para eles"⁽⁶⁾.

Outro fator que influenciará na maneira como o paciente irá perceber e se perceber nesta unidade é a forma como ocorre a interação com a equipe de profissionais. A relação da equipe com os pacientes poderá estar dificultada, devido à realidade em que essas pessoas estão vivendo, como por exemplo, a impossibilidade de comunicação pela presença de equipamentos como tubos endotraqueais ou em decorrência da própria condição clínica, da pouca disponibilidade de tempo da equipe em função da dinâmica da unidade, entre outros. Todavia, essa relação poderá ser facilitada se houver empatia e compromisso do profissional para com o paciente e este acreditar e confiar na equipe. Se não houver esse

“envolvimento pessoal, haverá uma distância entre o profissional e o paciente, levando a um relacionamento frio e prejudicando assim o cuidado de enfermagem”⁽⁷⁾.

Algumas atitudes da equipe poderão facilitar a relação com os pacientes como exemplo atitudes que demonstram segurança, conhecimento técnico e científico, paciência, respeito, saber ouvir e explicar o que é questionado, entre outros. Isso dará ao paciente mais segurança e tranquilidade frente ao atendimento a ele prestando, podendo perceber a preocupação da equipe com ele, enquanto ser humano, e não somente com a sua patologia.

Identificar e atender as reais necessidades do paciente, individualmente, além de contribuir para um prognóstico favorável, poderá facilitar sua adaptação à unidade hospitalar. Entender como o paciente internado em uma UTI percebe e se percebe nesta unidade hospitalar também poderá auxiliar na identificação de fatores desconfortáveis, podendo-se, a partir daí, criar um ambiente mais adequado, seguro, tranquilo e confortável para os mesmos⁽⁵⁾.

Considerando que percepção significa “o conhecimento dos fenômenos do mundo exterior através dos sentidos, principalmente a tomada de consciência sensorial dos objetos ou dos acontecimentos exteriores que deram origem a sensações mais ou menos numerosas e complexas”⁽⁸⁾ temos como *objetivo* para este estudo apreender as percepções dos pacientes em relação a sua vivência quando internados em uma UTI.

PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia utilizada foi do tipo qualitativa, descritiva. A pesquisa qualitativa é caracterizada como “a tentativa de compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelas entrevistas (...)”⁽⁹⁾ enquanto que um estudo descritivo é aquele que tem como finalidade “a descrição das características de determinada população ou fenômeno (...)”⁽¹⁰⁾.

O estudo foi realizado em uma instituição hospitalar do norte do estado do Paraná, na cidade de Francisco Beltrão.

Participaram do estudo oito pessoas que foram selecionadas conforme critérios de inclusão pré-estabelecidos, ou seja, ser adulto, ter sido internado na UTI, já ter recebido alta desta unidade e estar em unidade de internação no momento da entrevista; estar consciente, orientado auto e alopsiquicamente e em condições clínicas fa-

voráveis para participar do processo de coleta de dados e concordar em participar da pesquisa.

A determinação da amostra deu-se pelo critério de saturação das informações, ou seja, foi concluída quando os dados tornaram-se repetitivos⁽¹¹⁾. Dos participantes cinco era do sexo masculino e três do sexo feminino. A faixa etária variou de 18 a 81 anos. O tempo de permanência na UTI oscilou de um a sete dias.

Para coleta de dados utilizou-se como instrumento a entrevista focalizada. Entrevista é a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam a investigação sendo que a focalizada permite ao entrevistado falar livremente sobre o assunto⁽¹⁰⁾. As entrevistas foram gravadas em áudio tape (fita cassete), posteriormente transcritas de forma literal e, após, analisadas. A entrevista contou com a seguinte questão norteadora: como foi para você ter estado internado na UTI? Fale sobre isso.

A análise dos dados foi realizada com base na proposta de Minayo para análise de conteúdo, que conta com os seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise propriamente dita⁽¹¹⁾.

Cabe destacar que durante o estudo procuramos observar a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹²⁾, que trata das diretrizes e normas regulamentadora das pesquisas envolvendo seres humanos e que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, tendo uma via ficando com o colaborador e a outra com a pesquisadora. Para garantir o anonimato dos participantes utilizamos nome de anjos para identificá-los. Todavia, convém mencionar que o projeto da pesquisa não foi submetido à apreciação de um comitê de Ética em Pesquisa, por que a instituição ao qual está vinculado, não dispunha, naquele momento, deste órgão em funcionamento.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com o objetivo proposto no estudo e o que foi exposto pelos colaboradores foram identificadas na análise dos dados duas categorias que serão apresentadas a seguir.

Categoria 1 - UTI: um ambiente estranho e de mistérios

Nesta categoria, os entrevistados ressaltam aspectos referente a sua percepção quando inter-

nados em uma UTI, apontando esta unidade como um ambiente estranho, com o qual não tem familiaridade e que se apresenta repleto de mistérios.

Os depoimentos dos entrevistados indicam que a percepção da UTI *como um espaço desconhecido e pouco acolhedor*. Nesse sentido destacamos as seguintes falas que expressam essa percepção.

"Aí me senti mal, meio boba, não sabia bem o que era. Fiquei apavorada (...). Eu tinha entrado numa UTI, mas era só uma cama para o meu marido. Parece que não era daquele jeito. Parecia de outro jeito(...)." (Menadel)

Percebemos que a UTI apresenta-se como um ambiente "diferente" também, para a pessoa que já a conhecia, como visitante ou acompanhante de pacientes nela internados. É como se a pessoa estivesse neste local pela primeira vez. A precária identificação faz com que o paciente sintasse perdido, desorientado e até mesmo "bobo", como referiu uma das entrevistadas.

Estudo realizado sobre a percepção dos pacientes de UTI constataram que uns dos principais problemas percebidos por estes, estão relacionados ao fato de permanecerem em um ambiente desconhecido e agressivo. Fato este que poderá desencadear na pessoa internada, sentimentos de insegurança⁽¹³⁾.

Evidenciou-se, também, nas manifestações dos participantes, a associação da UTI *como sinônimo de morte e doença grave* e que ao terem conhecimento que estavam internados na UTI, imaginaram que seu quadro clínico era mais grave do que supunham.

"Aí quando eu acordei que eu vi que eu tava na UTI, eu pensei: - Deus, o que será que houve comigo? Será que eu tô tão mal? Será que eu tô passando risco de vida (...)." (Eiael)

Observa-se que estes pacientes, aparentemente lúcidos e orientados, ao perceberem-se internados nesta unidade, imediatamente começavam a pensar que não estavam bem, que corriam risco de vida e por isso a necessidade de estar em um local que oferecesse tratamento intensivo, embora essa idéia pudesse ser contraditória a sua percepção acerca da própria condição de saúde, pois a informante diz, em outras palavras, que não se sentia "tão mal", mas estando numa UTI, certamente, isso não condizia com sua auto-avaliação.

Esta análise pode ser confirmada com base na afirmação de Gomes que diz que "muitas vezes, a própria circunstância de sua internação na UTI constitui um problema para o paciente (...).

Freqüentemente ele se acha mais doente do que realmente está e pode até achar que está morrendo"⁽³⁾.

Os entrevistados também referem ter sentido medo da morte ao saber que se encontravam internados na UTI. Esse sentimento foi expresso por todos os participantes do estudo.

"Mas eu fiquei com muito medo. Achei que tava perdido (...). Da morte, de não agüentar. Achei que a coisa não tava boa (...)." (Caliel)

Percebe-se que os informantes associam UTI com morte, provavelmente em decorrência das características desse local e aos significados atribuídos à unidade. Podemos destacar, dentre as características da unidade, o tipo de assistência dispensada ao paciente, que como próprio nome já diz trata-se de cuidados intensivos. Por outro lado, o perfil clínico das pessoas que internam, pois a maioria apresenta risco de vida; além da estrutura física, dos equipamentos e dos recursos humanos do local. Essas características associadas aos possíveis preconceitos que os mesmos trazem consigo e com o fato de encontrarem-se doentes e hospitalizadas, vendo outras pessoas doentes e até mesmo morrendo, tornam a percepção da própria morte como uma possibilidade concreta. Outra questão que devemos destacar é que na nossa cultura, um indivíduo que esteja doente é visto como alguém próximo da morte, enquanto o saudável parece ser tido como imortal.

O medo da morte é considerado como parte do processo de morte e de morrer, estando o mesmo ligado a causas específicas como abandono, solidão, finitude e extinção⁽¹⁴⁾ sendo que o ser humano associa a morte com perda e finitude, o que acaba gerando sentimentos como o medo, tristeza, angústia, revolta e ansiedade⁽¹⁵⁾.

Em alguns casos o medo da morte fica subentendido, sendo substituído por expressões como: "o fim da picada", "última tentativa de vida" e "faltar", conforme pode ser visualizados nas falas que seguem.

"Eu achei que tava bem ruim. Que não podia mais sair de lá. Daí eu comecei a pensar coisa ruim. Que lá era o 'fim da picada' (...)." (Juliel)

"Eu imaginava que fosse assim, tipo a última tentativa de vida de uma pessoa (...)." (Sitael)

Nos depoimentos percebe-se que os entrevistados evitam falar a palavra morte o que evidencia a negação da morte, demonstrando, assim, a dificuldade que as pessoas possuem em lidar

com a finitude. Parece que negando a morte estarão afastando de si próprio algo que lhes faz sentir medo e sofrer. Por outro lado, utilizar “meias palavras” e metáforas para referir-se à morte evidenciam, também, o tabu que ainda reveste este assunto na sociedade contemporânea.

Nesse estudo podemos observar que ao mesmo tempo em que os entrevistados associam a UTI com a doença grave e morte, eles percebem esta unidade também como local de *recuperação e reencontro com a vida*. Fato este que pode ser apreendido nos seguintes depoimentos.

“Então eu percebi que às vezes a UTI é só um meio de fazer você retornar mais rápido, de você reagir mais rápido.” (Sitel)

“Eu achava que lá era o único lugar para melhorar um pouco (...) Lá é coisa para se recuperar.” (Juliel)

Estar na UTI passa a significar para o paciente uma possibilidade de recuperar-se e não morrer. Assim, a UTI, é percebida como um local que se opõe à morte e se apresenta como fonte de esperança, onde há recursos e pessoal capaz de reverter uma situação mais complicada. Após viver o impacto de estar internado em uma UTI, começam a perceber este lugar como um ambiente para recuperar a saúde e reencontrar a vida.

Embora cada paciente vivencie sua internação de maneira diferente, apreende-se que após terem recebido alta da unidade, todos a percebem como sinônimo de vida. Ao sentirem-se vivos e em fase de recuperação começam a ver a unidade com outros olhos, considerando importante o fato de terem permanecido internados neste local para restabelecer a saúde.

Esta percepção também foi evidenciada em estudo realizado por Bettinilli com pacientes internados em UTI, em que os mesmos perceberam este local como sendo um espaço para melhorarem o mais rápido possível, sendo que após esta experiência passaram a dar importância e valor à vida, apesar de seus problemas de saúde⁽⁷⁾.

Estar internado na UTI, pensar sobre o próprio prognóstico, o desconforto em relação aos equipamentos, estar distante de casa e dos familiares e, também, presenciar a dor dos que estão nos leitos próximos, faz com o paciente perceba a unidade a como um *local de sofrimento*.

Durante a hospitalização a pessoa doente sente-se mais carente, frágil e insegura. Estar distantes dos familiares, de sua casa e de suas “coisas” deixa-os sem referência afetiva, e os faz sentir-se sozinhos, desprotegidos e a mercê de qualquer

mal. Nesse sentido, a presença de um familiar é de segurança emocional para o paciente hospitalizado, além de ser uma medida de preventiva aos problemas relacionados à integridade psicossocial do paciente⁽¹⁶⁾.

“É que a gente sempre é acostumado junto com a família, e ali a gente tem medo de morrer. É que a gente tem receio de morrer e não ter ninguém por perto da família. Acho que é isso, o medo da gente (...). medo de morrer. O que intriga é o que vão dizer para a família (...) Então, sinto saudades da minha família, dos meus filhos, mas eu tô esperando melhorar bem para voltar para casa. Tá certo que meu marido vem me visitar uma vez e tal, mas não dava para visitar direto (...).” (Umabel)

A presença de alguém da família junto com o paciente durante a internação é uma fonte de segurança e apoio. A família representa o contraponto ao cuidado do profissional. Com o familiar o vínculo afetivo e de confiança está consolidado, enquanto que com os profissionais, a priori, não existe e pode nem se estabelecer durante toda a internação, pois há, geralmente, dúvida em relação à competência da equipe que irá cuidá-lo, o que acaba dificultando a criação de vínculo⁽¹⁶⁾.

Por outro lado, quando o paciente identifica a equipe como fonte de segurança, de proteção e de desvelo, passa a estabelecer uma relação de confiança com os profissionais e a ter certeza de estar sendo bem cuidado. Assim, mesmo distante da família, o paciente sente-se amparado e assistido, o que acaba gerando sentimentos de tranquilidade.

“Ruim significa que eu fiquei longe da minha família. No começo estranhei bastante porque a gente nunca aconteceu isso aí. Então, a gente estranha um pouco em ficar longe da família. Mas não precisou, as enfermeiras me cuidaram que nem se fosse a minha família, mesma coisa.” (Juliel)

Outro fato que causava sofrimento aos entrevistados era em relação à presença de aparelhos. A UTI é um local que dispõe de vários recursos tecnológicos para dispensar o cuidado aos pacientes que lá internam. Porém tais recursos podem constituir-se em algo que lhes causam desconforto e dor, e conseqüentemente, lhes fazem sofrer. Isso fica evidenciado nas seguintes falas:

“Ah, eu sentia muita canseira, só canseira, só amolada, com tudo aquelas aparelhagens (...) Eu me sentia mal com aqueles aparelhos. (...).” (Eiael)

O uso dos equipamentos faz com o paciente sintasse, muitas vezes, desconfortável, mas como o considera importante para sua recuperação, se

resigna e se submete ao mal estar provocado pela situação. Estudo acerca dos problemas dos pacientes de unidade de terapia intensiva constatou que um dos principais problemas sentidos por estes foi a presença de sondas, drenos e cateteres, enfim, o uso de artefatos terapêuticos⁽¹⁷⁾.

Nas UTIs os pacientes geralmente permanecem juntos, no mesmo espaço físico ou com divisórias que possibilita aos internos ver uns aos outros, ouvir e perceber tudo o que acontece ao seu redor. Assim, as pessoas que estão conscientes podem ouvir fragmentos de conversas, ver o que está acontecendo com os outros pacientes e perceber o “clima” da unidade e, diante disso, imaginar e tirar conclusões, muitas vezes, equivocadas sobre os fatos, o que lhes fazem sofrer.

Associado ao sofrimento causado pelo ambiente, percebe-se na fala dos entrevistados que o sofrimento também estava relacionado à presença dos outros pacientes internados.

“Nossa, gritavam tanto os coitados, só gritos e não se via nada (...). Me sentia mal. Mal e a gente não entendendo o que, porque esses pacientes estavam lá.” (Menadel)

Percebe-se nos depoimentos acima a ansiedade desses participantes em ter que permanecer no mesmo local que outros doentes. Por desconhecem o que estava ocorrendo com eles, mostram-se preocupados em relação ao quadro clínico dos outros pacientes internados. Fato estes que lhes acabam despertando sentimentos como insegurança, dúvidas e medos.

Ao estudar os sentimentos do paciente hospitalizado frente à invasão de seu espaço territorial e pessoal identificou-se que os mesmos sentem-se incomodados pela presença de outros pacientes no mesmo espaço físico devido às condições do outro paciente e as ocorrências com esses pacientes (...)⁽¹⁸⁾.

Categoria 2 - A assistência de enfermagem: “fui bem atendido”, porém ...

Esta categoria refere-se à maneira pela qual os informantes perceberam a assistência de enfermagem dispensada a eles durante a sua permanência na UTI. Esta assistência foi percebida como satisfatória pela maioria, pois disseram que foram bem atendidos, porém, no decorrer das falas apontam situações em que o atendimento de enfermagem não contempla suas necessidades.

“Bem atendido. É que pra mim não me faltou um pra chegar e me arrumar uma coisinha aqui, uma água. Se eu pedia pra me fazer tal coisa vinham prontamente.” (Hariel)

Os entrevistados perceberam ter sido bem tratados porque suas necessidades e problemas foram atendidos pela equipe. Deste modo, a ideia de uma boa assistência de enfermagem parece estar mais relacionada à disponibilidade e a forma como os profissionais interagem com paciente, do que com as questões referentes ao cuidar propriamente, como o domínio das técnicas, a habilidade e o conhecimento científico.

De outro modo, pudemos apreender que as manifestações sobre a percepção da assistência de enfermagem parecem ocorrer, de modo indireto, como se os entrevistados não quisessem, explicitamente, expor o que pensam, pois dizem ter sido bem atendidos e, ao mesmo tempo, indicam situações e cuidados que consideraram fonte geradora de desconforto, ou seja, em que a assistência de enfermagem não foi adequada. Dentre esses, se evidencia o permanecer despido, a realização da higiene corporal por pessoas estranhas e a comunicação pouco efetiva.

Quanto à permanência despida e a realização da higiene corporal ser realizada por pessoas estranhas os participantes referem que tais situações acarretaram-lhes constrangimento e vergonha.

“Aí me senti mal, né. Deus nos livre. Coisa que nunca fiquei assim. Me senti mal. Eu não sei porque não me botaram nenhuma roupa. Não deixaram roupa nenhuma.” (Menadel)

“Mas é difícil, a vergonha que dá para a pessoa. A gente... nem um casal com o outro não faz isso aí. E assim tocar... Os outros estranhos te pegar e tirar tudo que pode. Tu vê lavar, enxugar (...).” (Hariel)

A rotina de deixar o paciente despido na UTI tem como objetivo facilitar o trabalho da equipe, ter acesso fácil ao corpo em situação de emergência e facilidade para manusear os equipamentos, porém essa atitude causa sofrimento e vergonha aos indivíduos que se vêem obrigados a permanecer com seus corpos expostos. Contribui para esse desconforto o fato de homens e mulheres conviverem num mesmo espaço físico, vendo-se nus uns ao outros, seja durante a realização de procedimentos ou em situações de descuido por parte da equipe.

A dessexualização com o corpo do paciente, presente nos hospitais, está ligada à formação que os profissionais de saúde tiveram, pois os

mesmos consideram a nudez do cliente como algo normal⁽²⁰⁾. Todavia, nas ocasiões em que a nudez é necessária deve-se restringir aos participantes desse cuidado, pois se ultrapassar para o espaço coletivo, torna-se um “não cuidado ao paciente e uma forma de violência psicológica que afeta a integridade moral”⁽¹⁹⁾.

O banho constitui-se, para a grande parte das pessoas, e principalmente, para as mais recatadas e conservadoras, um momento íntimo, no qual se está realmente próximo do corpo como um todo. É um momento, a princípio, relaxante e prazeroso. Portanto, ver alguém estranho, ainda mais se for do sexo oposto, realizando esse cuidado faz com que se torne difícil e constrangedor para quem está exposto a tal situação.

Estudo sobre a percepção do paciente em relação ao banho de leito constou que tal procedimento foi considerado necessário, porém, desagradável e constrangedor, sendo que os pacientes referiram, ainda, não se sentirem à vontade frente a esse cuidado⁽²¹⁾.

O estar despido durante a internação ou na realização de banho suscita no paciente o confronto com seus valores sociais e morais e a fragilidade de seu corpo que se submete as decisões dos profissionais de saúde. Os profissionais, por sua vez, ignoram os sentimentos dos pacientes, e acabam por contradizer na prática os seus discursos. Discurso este que, com base na manutenção da integridade pessoal e psicológica, enfatiza a manutenção da privacidade e da individualidade ao realizar os cuidados⁽²⁰⁾.

A comunicação entre a equipe e o paciente constitui-se em uma importante forma de mantê-lo informado sobre o que será realizado, o modo como podem participar dos cuidados e do porquê de determinadas normas. Nas falas abaixo, os entrevistados demonstram a pouca e até a inexistência de comunicação entre a equipe e o paciente, o que fica evidenciado na falta de orientação a respeito dos cuidados dispensados ao paciente.

“Sim, me atenderam bem, né. Só que pedia água e não me davam, mas não diziam porque não me davam. Ali eles não me atenderam, porque elas podiam dizer, não te dou água, porque não posso te dar. (...)” (Menadel)

Não fornecer orientação ao paciente pode ser percebida como desinteresse por parte da equipe de enfermagem em relação aos seus problemas. Ao fornecer as orientações necessárias de acordo com as expectativas do paciente, estar-se-á realizando a educação dos mesmos e

conseqüentemente ele passará, dentro do possível, a colaborar para o seu cuidado e a aliviar sua ansiedade. Além disso, os próprios pacientes internados consideram importante o diálogo e as informações fornecidas pela equipe e que tal atitude proporciona tranqüilidade e segurança⁽⁷⁾.

As orientações também podem contribuir para manter os pacientes orientados em relação ao tempo e espaço, pois este foi outro ponto destacado pelos participantes desse estudo. Nota-se que perder a noção do tempo gera nervosismo e angústia.

“A gente pensa que não anoitece mais e não amanhece mais, que tudo é comprido, que não tem mais fim. Fica só na imaginação.” (Menadel)

“Não me disseram, não me falaram nada. Eu vim descobrir que eu tava lá quando eu vim a sair de lá. Porque eu perguntei para a enfermeira, o que é isso aqui, aonde eu tava? Ela disse: tu tava na UTI. Eu não sabia. Nenhuma delas me disseram: – olha, tu tá na UTI (...).” (Caliel)

A perda da noção do tempo acontece por que, geralmente, perdem o contato com a iluminação natural, e ainda, devido a sua permanência em repouso que faz com que as horas demorem a passar. A ausência de janelas e a presença de iluminação artificial fazem além de desorientar temporalmente também pode interferir na satisfação da necessidade básica do sono⁽³⁾. Nesse sentido, existem várias formas de situar o paciente em relação ao tempo, como por exemplo a presença de relógios na unidade, iluminação adequada para o sono, que provavelmente facilitam a adaptação e a orientação.

A não orientação em relação ao espaço físico poderá desencadear no paciente sentimento de dúvida e medo frente ao desconhecido. Portanto, cabe a enfermagem ao admitir o paciente, ou em outro momento oportuno, orientá-lo sobre onde ele se encontra, o que facilitará sua localização e adaptação no espaço físico em que ficará internado, e, não deixar que o mesmo descubra por outros meios que está internado na UTI, como aconteceu com os informantes deste estudo.

Poderíamos dizer que assistência de enfermagem é percebida pelos pacientes como satisfatória no que se refere à relação interpessoal, está representada pela disponibilidade e pronto atendimento às solicitações, porém, no que diz respeito ao cuidado propriamente dito, emergem queixas quanto a não observância da individualidade, da privacidade e a falta de orientação e explicação quanto a sua situação.

CONCLUSÃO

As percepções dos pacientes em relação a sua vivência quando internados em uma UTI, apreendidas neste estudo indicam que esta unidade é percebida como um ambiente desconhecido e pouco acolhedor, o que acaba gerando ansiedade e insegurança, além de o associarem com morte e doença grave. Esta percepção parece estar relacionada com o estereótipo que têm da unidade, o desconhecimento da sua real função, assim como preconceitos que trazem consigo. Porém após necessitarem de uma internação em UTI passam a perceber o local como um ambiente para recuperar e reencontrar a vida. A concentração de recursos tecnológicos e humanos são características que contribuem para auxiliar no restabelecimento do quadro clínico e que este "novo olhar" deixam de constituir-se em fonte de ansiedade, exclusivamente.

Realçam também que a UTI constitui-se em um local de sofrimento. Isso é evidenciado quando os participantes expressam desconforto em permanecer no mesmo espaço físico com outros doentes, demonstrando também preocupação com o quadro clínico de seus companheiros de quarto. Os entrevistados atribuíram vários outros fatores que de alguma maneira lhe fizeram sofrer. Entre esses fatores foi destacado o afastamento da família e de seu ambiente doméstico, o que acaba gerando saudades e, até mesmo, insegurança. O curto período de tempo e a limitação a poucos familiares nos horários de visitas ao mesmo tempo em que confortou, gerou insatisfação, além de referirem, também, o desconforto em ter que permanecer com os equipamentos.

Outro aspecto revelado pelos entrevistados foi em relação à assistência de enfermagem. Percebeu-se uma contradição sobre a percepção manifestada pelos pacientes frente à assistência, pois ao mesmo tempo em que referiram ter sido bem atendidos, mostram-se insatisfeitos com alguns cuidados de enfermagem. Nesse sentido, foi mencionada a maneira como é realizada a higiene corporal, o fato de ser higienizado por pessoas desconhecidas e permanecer despido, sendo que tais rotinas foram definidas como constrangedoras e vergonhosas. Destacam, ainda, que a falta de orientação em relação ao tempo e ao espaço, e sobre os cuidados a eles dispensados acabou gerando nervosismo e angústia frente ao desconhecido.

Consideramos importante refletir acerca da assistência prestada ao paciente internado em

UTI, em especial pelos profissionais de enfermagem, que independente da localização geográfica, indica ter características similares entre si, conforme identificado em outros estudos realizados. Compreender como o paciente se percebe ao estar internado na terapia intensiva possibilita ao profissional uma postura mais empática e contribui para que possa se planejar e dispensar uma assistência mais individualizada e humanizada, integrando aspectos técnicos aos interpessoais e concebendo neste último também uma forma de cuidado, de recurso terapêutico.

Pretende-se que este estudo continue a despertar o interesse dos profissionais de UTI para o assunto, uma vez que não finda aqui, pois cada pessoa que necessite ser internada em uma UTI irá perceber este momento de forma individual e particular e, conseqüentemente, novas percepções poderão aparecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva MJP, Graziano KU. Abordagem psicossocial na assistência ao adulto hospitalizado. *Rev Esc Enfermagem USP*. 1996;30:291-6.
2. Smeltzer SC, Bare BG. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
3. Gomes AM. *Enfermagem na unidade de terapia intensiva*. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1988.
4. Oliveira FPT, Santos GS, Silva LS. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Nursing (São Paulo)*. 2003;6(60):37-42.
5. Nascimento AR, Caetano JA. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. *Nursing (São Paulo)*. 2003;6(57):12-7.
6. Hudak C, Gallo BM. *Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
7. Bettinelli LA. *Cuidado solidário*. Passo Fundo: Pe. Berthier; 1998.
8. Manuila L, Manuila A, Nicoulin M. *Dicionário médico Andrei*. São Paulo: Andrei; 1997.
9. Richardson RJ. *Pesquisa social: método e técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
10. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1995.
11. Minayo MCS, organizador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 11ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96. [Capturado 2005 jun 01]:[25 telas] Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>.
13. Koizumi MS, Kamiyana Y, Freitas LA. A percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva: problemas sentidos e expectativas em relação à assistência de enfermagem. *Rev Esc Enfermagem USP*. 1979;13(2):135-45.
14. Horta AL. Processo de morte e morrer no paciente, na família e nos profissionais de enfermagem. *Nursing (São Paulo)*. 2002;5(54):15-7.

15. Kovacs MJ. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In: Cassorla RMS, coordenador. Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus; 1991. p.79-103
16. Franco MC, Jorge MSB. Sofrimento do familiar frente à hospitalização. In: Elsen I, Marcon SS, Santos MR. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2002. p.181-98
17. Kimura M. Problemas dos pacientes de unidade de terapia intensiva: estudos comparativos entre pacientes e enfermeiros. Rev Esc Enfermagem USP. 1988; 22(2):169-79.
18. Sawada NO. O sentimento do paciente hospitalizado frente à invasão de seu espaço territorial e pessoal. [tese] Ribeirão Preto (SP): USP; 1995.
19. Ferreira MA, Almeida Filho AJ. Fundamentos sobre o corpo no cuidado. In: Santos I, organizador. Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu; 2001. p.211-20.
20. Figueiredo NMA, Machado WCA. Ecosofia e autopoiese no cuidado com o corpo. In: Santos I, organizador. Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu; 2001. p.191-210
21. Lopes CLR, Barbosa MA, Teixeira MED, et al. Percepção dos pacientes sem capacidade para autocuidar-se sobre a operacionalização do banho no leito. Rev Bras Enfermagem. 1996;49:259-66.

Endereço para correspondência:
NARA M. O. GIRARDON-PERLINI
Rua José Gabriel, 359
CEP 98700-000, Ijuí, RS, Brasil
Fone: (55) 3332-4974
E-mail: Nara.girardon@unijui.tche.br