

A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura

The patient's perspective regarding hospitalization experience in intensive care unit (ICU): integrative literature review

Ana Gélica Alves Gomes¹

Maria Fernanda de Oliveira Carvalho²

Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

RESUMO

A internação em uma UTI pode representar, para o paciente, um momento significativamente estressor dadas as especificidades dessa unidade, marcada pelo alto nível tecnológico e fatores eliciadores de reações emocionais adversas. Nesse sentido, realizou-se esse trabalho com o objetivo de, a partir de uma revisão integrativa de literatura, discutir a percepção e respostas emocionais de pacientes adultos ao seu período de internação em UTI. Foram utilizadas as bases de busca Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), através da utilização de combinações dos seguintes descritores: Patients and Perception and Intensive Care Units. Foram selecionados 11 artigos completos redigidos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados entre 2007 e 2017. Os artigos foram caracterizados e analisados. Foram levantadas três categorias temáticas: fatores negativos percebidos pelos pacientes, fatores positivos percebidos pelos pacientes, propostas de intervenção no ambiente da UTI. Considera-se, então que a UTI é percebida de modo ambíguo pelos pacientes, podendo ser caracterizada de modo mais positivo a partir de uma atenção receptiva da equipe de saúde.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva; pacientes hospitalizados; percepção.

¹ Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Psicóloga, com residência em Terapia Intensiva pelo programa de Residência Integrada Multiprofissional em saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Contato: anagelicalves@gmail.com.

² Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Psicóloga do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). Contato: carvalho.mfernanda@gmail.com.

ABSTRACT

ICU hospitalization may represent, to the patient, a significantly stressful moment due to specificities of this unit, highlighted by elevated technologic level and adverse emotional reactions eliciting factors. In this way, this performed work aimed, arising of an integrative literature review, to discuss the perception and emotional answer of adults patients of their ICU hospitalization period. Latin-America and Caribbean health sciences literature (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) search bases were used, through the utilization of the following word descriptors combination: Patients and Perception and Intensive Care Units. 11 full papers written in Portuguese, English and Spanish, published between 2007 and 2017 were selected. The papers were characterized and analyzed. Three thematic categories were raised: negative facts perceived by patients, positive facts perceived by patients and ICU environment intervention proposals. It is considered, thus that the ICU is perceived ambiguously by patients, being able to be characterized more positively from a receptive attention by the health professionals.

Keywords: intensive care unit; hospitalized patients; perception.

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) recebe pacientes que, devido a importantes comprometimentos orgânicos, necessitam de um ambiente controlado de cuidado intenso e constante (Nascimento & Trentini, 2004). Caracteriza-se como uma unidade na qual estão presentes grande número de equipamentos, materiais e tecnologias duras, que objetivam oferecer cuidados especiais a pacientes clínicos, pós-cirúrgicos, terminais e em estado grave com possibilidade de recuperação (Pregnoatto & Agostinho, 2010).

É marcada pela intensidade do cuidado pois, como descreve Simonetti (2004, p. 153), “tudo é intenso na UTI: o tratamento, os riscos, as emoções, o trabalho, os custos e a esperança”. A atenção da equipe está voltada, como ressaltado por Nascimento e Trentini (2004), para o controle e manutenção das funções vitais do paciente, com a ênfase do cuidado dirigida primordialmente para seus aspectos físicos.

As autoras definem a UTI segundo características específicas, tais como: convivência diária de profissionais e pacientes com situações de risco; ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia para o atendimento biológico; constante presença da morte; ansiedade, presente em pacientes,

familiares e também nos trabalhadores do setor; rotinas rígidas e inflexíveis; rapidez de ação no atendimento; e um ambiente de aparelhagens, desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia e isolamento social.

Por seu caráter emergencial, o ambiente da UTI e sua equipe de trabalho possuem como foco uma atenção voltada a atender o objetivo de preservar a vida do paciente, eliminando a situação de risco no qual ele se encontra, o que pode influenciar na forma como o indivíduo internado é visto. Nesse contexto, ele pode passar a ser percebido apenas de maneira técnica como um sistema, um conjunto de órgão, funções e sinais vitais, que necessita ser monitorado, recuperado e estabilizado (Nascimento & Trentini, 2004).

É importante ressaltar que a atenção ao estado físico do paciente e sua sobrevivência representam o primeiro plano dos cuidados prestados em UTI. Entretanto, em meio às necessidades objetivas de sobrevivência, há sujeitos que sentem, emocionam-se e reagem frente ao risco iminente de morte, à restrição da liberdade e privacidade, à falta de autonomia, e todos os possíveis estressores ambientais que se fazem presentes durante uma internação na UTI (Pregnoatto & Agostinho, 2010). Essas possíveis reações emocionais desencadeadas pelo ambiente, como destaca Romano (1999), podem determinar o curso da recuperação do paciente, interferindo e com possibilidade de determinar as respostas às ações médicas executadas.

É necessário, então, que os profissionais de saúde, com especial destaque ao profissional de psicologia, considerem os aspectos fisiológicos, mas também os psíquicos no manejo desses pacientes, e alinhem seu ambiente e técnicas de trabalho a princípios de uma atenção afetiva (Sebastiani, 2003), com a oferta de “ações que transcendam a dimensão físico-biológica e médico hospitalar, e alcance o cuidado total com a vida, mesmo quando a morte se apresenta” (Condes et al., 2012, p. 195).

Para que essa atenção integral seja ofertada, é crucial compreender como o ambiente de UTI pode tornar-se um fator estressor para seus pacientes. Uma série de estudos, datados principalmente da década de 90, reunidos por Romano (1999), avaliam os fatores ambientais que despertam

desconforto nos pacientes internados. A partir dos dados, observa-se que os agentes estressores ambientais alteram os padrões de sono dos pacientes, o que pode causar importantes reações, tais como: mudanças de estado mental; irritabilidade; fala desconexa; desorientação; alucinação e delírios paranóicos. Além dos fatores associados à privação do sono, Sebastiani (2003) destaca outros elementos estressores na UTI: estresse e tensão constante do paciente; isolamento do doente frente a familiares e figuras de segurança; relação intensa com aparelhos extra e intracorpóreos; o clima de morte iminente; visão estereotipada de irreversibilidade do quadro mórbido; perda da noção de tempo e espaço; e participação direta ou indireta do sofrimento alheio.

Soma-se a esses fatores elencados o fato de a internação em UTI provocar também a interrupção do modo de viver, alteração das relações e papéis do sujeito, e conduzir o paciente a uma significativa perda de autonomia, pois o nível de gravidade de seu estado o leva a ser visto como incapaz de escolher, opinar, dividir informações, e nem mesmo atitudes de alimentação, eliminações e higiene pessoal estão sob seu comando (Nascimento & Trentini, 2004). Diante esses estímulos específicos da UTI, as manifestações emocionais dos pacientes, geralmente, podem oscilar entre tristeza, choro, medo, apatia, euforia, desorientações, agitação, depressão, anorexia e insônia (Condes et al., 2012; Sebastiani, 2003).

Em síntese, observa-se que um conjunto diverso de fatores estressores ambientais característicos perpassa o ambiente da UTI, e é capaz de provocar no paciente uma série de respostas fisiológicas e também emocionais. Tais respostas podem desencadear maior agravo em seu quadro clínico e/ou conduzir a um processo de instabilidade emocional, que culmina em intenso sofrimento para o paciente, bem como respostas não adaptativas à internação.

Verifica-se também que, por suas características e objetivos específicos, o ambiente de UTI pode não dispensar uma assistência acolhedora, e voltar-se unicamente aos determinantes físicos e fatores orgânicos que interferem no estado de saúde dos pacientes (Sebastiani, 2003; Condes et al., 2012; Romano, 1999; Simonetti, 2004). Isso posto, torna-se primordial investigar qual o significado da experiência de internação em UTI. Propõe-se então essa

pesquisa, que objetiva, a partir de uma revisão integrativa de literatura com seleção de publicações recentes sobre o tema, discutir a percepção de pacientes adultos sobre seu período de internação em UTI. A abordagem desse tema mostra-se pertinente ao contribuir para práticas mais positivas de assistência em UTI, pois se entende que ao conhecer a perspectiva do paciente sobre sua internação, pode-se repensar formas de cuidado, e estabelecer um modo de trabalho cujas intervenções da equipe possam estar dirigidas ao bem-estar do paciente e favorecer a possível minimização dos eventos estressantes.

Método

Coleta de dados

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada a partir de revisão integrativa de literatura, que consiste em uma abordagem metodológica ampla no campo das revisões bibliográficas, por permitir a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno investigado, gerando um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos. Estabelece o conhecimento atual sobre uma temática específica, sintetiza as pesquisas disponíveis sobre o tema a ser estudado e pode direcionar a prática fundamentada em conhecimento científico (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2017, através das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) – acessadas por meio da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), e Scientific Electronic Library Online (SciELO). As buscas foram realizadas através da utilização de combinações dos seguintes descritores: Patients and Perception and Intensive Care Units. Os critérios de inclusão de artigos foram: produções realizadas em língua inglesa, espanhola ou portuguesa; publicações realizadas nos últimos dez anos (2007 – 2017); com conteúdo disponível online gratuitamente na íntegra; e que discutissem a internação em UTI a partir da ótica de pacientes adultos internados. A pesquisa identificou, inicialmente, 349

artigos. Após a aplicação dos filtros de inclusão restaram 11 artigos disponíveis (Tabela 1).

Tabela 1 - *Caracterização dos Artigos Analisados*

Nº	Autor	Título	Ano	Periódico
1	Nogueira, Ferreira, Albuquerque & Agra.	Fatores agravantes e atenuantes à percepção de morte em UTI: a visão dos pacientes.	2017	Rev. pesqui. cuid. Fundam (BR)
2	Dessotte, Rodrigues, Furuya, Rossi & Dantas.	Estressores percebidos por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.	2016	Rev Bras Enferm [Internet] (BR)
3	Engwall, Fridh, Johansson, Bergbom & Lindahl.	Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit.	2015	Intensive Crit Care Nurs (GB)
4	Castro & Rosero.	Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla.	2015	Av. enferm. (CO)
5	Veiga, Melo, & Gomes.	Fatores estressores em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca	2013	Rev. Kairós (BR)
6	Dias, Resende, & Diniz.	Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral.	2013	Rev Bras Ter. Intensiva (BR)
7	Proença & Agnolo.	Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes	2011	Rev Gaucha Enferm. (BR)
8	Pina, Lapchinsk, Pupulim,	Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva	2008	Ciênc. cuid. saúde (BR)
9	Sousa & Souza Filho.	Percepções sociais de pacientes sobre profissionais de saúde e outros estressores no ambiente de unidade de terapia intensiva	2008	Estud. psicol. (BR)
10	Castaño.	Hacerse entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación	2008	Invest Educ Enferm (CO)
11	Bitencour et al.	Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva	2007	Rev Bras Ter. Intensiva (BR)

Análise de dados

Após a fase de coleta de dados, os artigos foram caracterizados de acordo com autoria, nacionalidade e perfil metodológico. Posteriormente, realizou-se a análise qualitativa dos artigos. As principais informações

encontradas nos artigos foram selecionadas e ordenadas, originando as seguintes categorias: fatores negativos percebidos pelos pacientes; fatores positivos percebidos pelos pacientes; propostas de intervenção no ambiente da UTI. Após a identificação das categorias, realizou-se o tratamento e interpretação das informações obtidas.

Resultados e Discussão

Caracterização dos dados

Com relação à frequência de publicações por ano, os artigos dividiram-se da seguinte forma: 1 artigo de 2017 (1), 1 artigo de 2016 (2), 2 artigos de 2015 (3, 4), 2 artigos de 2013 (5, 6), 1 artigo de 2011 (7), 3 artigos de 2008 (8, 9, 10) e 1 artigo de 2007 (11). Entre os artigos identificados, 8 são produções nacionais (1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11), dentre os quais 2 (6, 11) foram publicados na Revista Brasileira de Terapia Intensiva, e os demais estão disponíveis nos periódicos: A Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (1), Revista Brasileira de Enfermagem (2), Revista Kairós (5), Revista Gaúcha de Enfermagem (7), Ciência, Cuidado e Saúde (8), Estudos de Psicologia (9); as 3 (3, 4, 10) produções internacionais identificadas pertencem aos periódicos: Intensive and Critical Care Nursing, Reino Unido (3), Avances en Enfermería, Colômbia (4), Investigacion Y Educacion En Enfermeria, Colômbia (10).

O plano metodológico dos trabalhos seguiu, em 5 das produções (1, 4, 7, 8, 10, 4), o delineamento qualitativo, com utilização de entrevistas com, em média, 9 participantes para cada estudo; outros 5 trabalhos (2, 5, 6, 9, 11) foram realizados a partir da abordagem quantitativa com base na aplicação de escalas de estressores em UTI; e 1 dos trabalhos (3) foi realizado com uso de técnicas qualitativas e quantitativas de análise de dados. Observa-se que a mescla de artigos de natureza qualitativa com investigações quantitativas permite enxergar o fenômeno de forma multidimensional, alternando entre trabalhos com um maior número de sujeitos e significativo potencial de generalização, com projetos que objetivaram examinar de modo mais aprofundado as experiências subjetivas dos participantes das pesquisas.

De modo geral, os estudos levantados objetivaram: identificar os fatores que influenciam na percepção de morte em pacientes de UTI (1); avaliar os resultados na alteração de sono e ritmo circadiano dos pacientes após intervenções na iluminação do ambiente de UTI (3); identificar estressores e compreender a experiência do pós-operatório em cirurgia cardíaca (2, 4), comparando os dados entre idosos e adultos (5) ou contrastando dados de internados em unidades coronarianas daqueles que encontram-se internados em pós-operatório geral (6); verificar a percepção e os estressores para pacientes internados em UTI (7, 8, 9, 11); compreender a percepção dos pacientes em UTI sobre a ventilação mecânica (10).

Fatores negativos percebidos pelos pacientes

Quanto aos fatores negativos percebidos pelos pacientes, destaca-se que eles circundam dois eixos: os incômodos gerados pelos estressores ambientais e os fatores subjetivos que envolvem a experiência de hospitalização. Observa-se que esses grupos são intercalados, pois os fatores ambientais da UTI irão incidir de forma diferente em cada paciente a partir da interpretação subjetiva que ele apresente, bem como emoções diversas podem ser eliciadas a partir de diferentes condições ambientais. A tentativa de separação aqui desempenha apenas um papel didático para melhor exposição de dados.

Os pacientes internados em UTI destacam que os fatores ambientais geradores de stress durante a internação foram: luz acesa; interrupção do sono pela equipe; monitorização contínua; ficar parado sem nada para fazer; a falta de privacidade para as necessidades fisiológicas e para o momento do banho; submissão a procedimentos desconhecidos; barulho à noite; desorientação no tempo; dificuldades de comunicação ocasionadas pelo ventilador mecânico; a não-compreensão, por parte da equipe de saúde, dos gestos e olhares emitidos por eles; os cuidados intensivos, que estão atrelados à noção de gravidade para o paciente; e o olhar “preocupado” dos profissionais de saúde, conforme interpretado pelos pacientes (Proença & Agnolo, 2011; Castro &

Rosero, 2015; Pina, Lapchinsk & Pupulim, 2008; Nogueira, Ferreira, Albuquerque & Agra, 2017; Castaño, 2008; Sousa & Souza Filho, 2008).

Aspectos como ter sede, ficar com tubos/sondas no nariz e/ou boca e não conseguir dormir também foram percebidos como significativamente estressantes, segundo Dessotte, Rodrigues, Furuya, Rossi e Dantas (2016). Resultados semelhantes foram obtidos por Bitencourt et al. (2007), em estudo que identificou ter tubos no nariz/boca como um dos principais estressores do ambiente de UTI, acrescido a outros fatores, tais como: não ter controle sobre si mesmo; ser picado por agulhas; ter que usar oxigênio; não conseguir dormir; ter dor; e não conseguir mexer as mãos e os braços.

Os fatores relacionados à imobilização, tédio e ociosidade, segundo Veiga, Melo e Gomes (2013), parecem incomodar principalmente pacientes adultos, enquanto que pacientes idosos, em condições semelhantes, apontam que os fatores mais estressantes durante a internação são: ter máquinas estranhas ao redor; sentir que a enfermeira está muito apressada; ser examinado por médicos e enfermeiros constantemente; ter equipe falando termos incompreensíveis; sentir que a enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que ao paciente; ser acordado pela enfermagem; e não ter explicações sobre o tratamento. Os autores relacionam tais diferenças aos diferentes papéis ocupados por esses dois grupos e às experiências de vida, que contribuem para uma interpretação diferente do ambiente da UTI nos dois casos. Os pacientes idosos tiveram escores levemente superiores a pacientes mais jovens e parecem apresentar maior estranhamento aos instrumentos tecnológicos, em contrapartida demonstram maior resiliência relacionada às experiências de limitação da independência, distanciamento da casa, família e trabalho, enquanto que os pacientes adultos consideram a dificuldade em manter autocontrole um fator significativamente estressante.

Apesar das diferenças encontradas nesses dois grupos no estudo avaliado, Dessotte et al. (2016), indicam que não há relação estaticamente significativa de características como idade, sexo, tipo de cirurgia, tempo de cirurgia, tempo de intubação no pós-operatório e tempo de permanência na unidade e o escore total de estressores percebidos por pacientes internados

em UTI. Tais dados são corroborados por outros estudos na área. Em estudo comparativo entre pacientes de uma unidade intensiva coronariana e uma pós-operatória geral também não foram reveladas diferenças relacionadas ao escore total de estresse e principais eventos estressores, indicando que pacientes com condições clínicas distintas apresentam níveis de estresse semelhantes (Dias, Resende, & Diniz, 2013).

É válido ressaltar que os principais fatores negativos associados à UTI, como indicado por Pina et al., (2008), parecem estar apenas indiretamente ligados à tecnologia e às rotinas hospitalares. Os aspectos emocionais surgem, então, como importantes definidores da experiência do paciente em UTI, sendo eles: o medo da morte, a solidão, a saudade da família e a perda de autonomia.

Segundo Nogueira et al. (2017), a percepção da morte é um aspecto que se destaca na UTI, visto que esse setor é associado a agravos de situação clínica e intercorrências, que por vezes culmina em óbitos. As situações ocorridas com pacientes de outros leitos, inclusive a morte, e a incerteza e a dúvida quanto à gravidade da patologia, que gera temor e ansiedade, são fatores importantes que assombram e acentuam a fragilidade dos pacientes e, associados a outros fatores ambientais, como o cuidado intensivo, contribuem para a percepção de morte nos pacientes internados nesse ambiente.

A visão que o paciente apresenta da UTI antes de sua internação também mostra interferência na percepção de morte durante o período de hospitalização na unidade, visto que ela é constantemente associada a um ambiente em que a morte acontece. Além disso, a experiência de recordar o possível sofrimento de um familiar que já esteve internado em UTI contribui para a ideia de sofrimento e morte vinculada ao setor (Proença & Agnolo, 2011).

Outra fonte de sofrimento para esses pacientes é a sensação de isolamento e solidão, causada pela perda de contato físico com o meio externo, que acaba por desencadear sentimento de abandono (Castro & Rosero, 2015). Ver a família por poucos minutos ao dia e estar afastado do cônjuge foi

identificado como um dos principais geradores de estresse em UTI (Bitencourt, et al., 2007).

Outro estressor significativo apontado por participantes da pesquisa foi a perda temporária do papel na família (Dias, et al., 2013), que associado a fatores ambientais já elencados - restrições na capacidade de comunicação, ter o corpo manipulado por outras pessoas, a perda de autocontrole - acarretam a sensação de perda de autonomia, amplificada pelo fato de que eles estão impossibilitados de desenvolver seu papel social, e muitas vezes, se veem limitados na sua capacidade de tomar decisões a respeito de sua vida e dos procedimentos de tratamento (Castaño, 2008; Pina et al., 2008).

Estar internado em UTI acarreta, portanto, uma importante carga de estresse e angústia para os pacientes, configurando-se como uma experiência dolorosa e difícil que gera sentimentos negativos e marca significativamente a experiência de vida dessas pessoas, sendo constantemente associada à dor física e emocional, terminalidade, sofrimento, solidão, restrição da liberdade e independência. Contudo, observa-se que a visão dos pacientes sobre a internação em UTI está também associada a aspectos positivos, o que demonstra que essa experiência pode ser significada de modo benigno pelos pacientes (Castro & Rosero, 2015; Proença & Agnolo, 2011; Pina et al., 2008; Castaño, 2008).

Fatores positivos percebidos pelos pacientes

A segunda categoria de sentido identificada nos artigos avaliados na composição deste trabalho foi: fatores positivos percebidos pelos pacientes, evidenciando a importância de recursos adaptativos próprios aos pacientes, do instrumental tecnológico aperfeiçoado e de uma ação acolhedora por parte da equipe. Definem-se, aqui, como recursos próprios dos pacientes, aspectos que constituem a personalidade desses indivíduos, construídos a partir de experiências anteriores, e que podem ser usados, em momento de crise, como atenuantes de sofrimento e sensações desagradáveis.

Para muitos dos pacientes internados em UTI, a fé, o pensamento positivo e o apoio da família são importantes mecanismos de enfrentamento,

servindo para abrandar o medo da morte e renovar as esperanças de recuperação. O temor sentido nesse momento é contornado pela conexão com uma força poderosa, alcançada através da oração e fortalecimento da crença em um Deus em que eles podem depositar sua esperança, sua confiança e em troca receber a força que esse pode lhes oferecer (Nogueira et al., 2017; Castro & Rosero, 2015).

Os artifícios religiosos são utilizados pelos pacientes, de acordo com Pina et al., (2008), como um amparo em um ambiente desconhecido em um momento de intensa fragilidade. Nesse momento, é compreensível que elementos como a crença, a fé e a proteção de uma entidade superior possam significar cura, conforto e salvação, pois culturalmente o povo brasileiro é permeado pela espiritualidade, recorrendo a esta em momentos difíceis.

As autoras destacam, ainda, que a gratidão expressa por alguns pacientes e direcionada aos familiares aponta para outro importante recurso durante a internação, salientando o apoio familiar como fonte de benefícios para o indivíduo, pois geralmente a família representa uma unidade de solidariedade e um incentivo à reabilitação. Desse modo, ao voltar-se para ela, o paciente pode receber apoio, carinho e proteção, que irão refletir na sua recuperação.

O segundo fator que poderia ser identificado como promotor de bem-estar durante a internação em UTI foi o instrumental tecnológico aperfeiçoado. Tem-se aí uma interessante ambivalência, visto que esse é um aspecto já citado, principalmente no trabalho de Nogueira et al. (2017), como negativo, por suscitar nos entrevistados uma sensação de gravidade do estado clínico associada à necessidade de cuidados intensivos. Interessante notar que esse mesmo estudo apontou as duas faces do relacionamento paciente-tecnologia, demonstrando que um fator considerado negativo por parte dos pacientes, nem sempre é visualizado desta forma por outros, o que remete às características da individualidade humana.

Esse dado aponta também para o fato de que se, por um lado, o arsenal tecnológico assusta os pacientes, por outro pode transmitir a noção de cuidado eficiente e segurança. Na pesquisa empreendida por Proença e Agnolo (2011),

verifica-se que os pacientes percebem a UTI como um ambiente que oferece um serviço especializado e equipamentos tecnológicos de alta precisão essenciais para a recuperação. Os entrevistados relacionaram os aparelhos tecnológicos à possibilidade de recuperação, indicando que eles oferecem cuidado especializado e diferenciado. Esse estudo assinala, ainda, o último aspecto enumerado pelos pacientes como positivo durante a internação: uma ação acolhedora por parte da equipe de saúde.

Apesar de ter-se encontrado, na literatura revisada, dados que ressaltam o papel da equipe como possível estressor para o paciente internado (Sousa & Souza Filho, 2008), em grande parte, os artigos destacam o papel da equipe como um interessante fator de minimização de sofrimento, amenizando o medo e a solidão incitados pelos fatores estressores. Ela estabelece-se como o elo com a vida fora da UTI e surge como apoio emocional e como mediador no contato com familiares e ambiente externo (Proença & Agnolo, 2011; Pina et al., 2008).

Conforme observado por Castro e Rosero (2015), mesmo quando o contato inicial com a UTI desperta sentimentos de angústia, uma recepção positiva por parte da equipe de enfermagem, em que sejam percebidos sentimentos de respeito e cuidado pela pessoa, o nível de ansiedade dos pacientes diminui. A competência dos profissionais, o cuidado, a assistência prestada e a atenção dispensada foram citadas por pacientes como essenciais para a manutenção do conforto na internação e para a recuperação (Nogueira et al., 2017).

Mesmo diante situações críticas, como no caso de pacientes com capacidade de comunicação limitada pelo uso de ventilação mecânica, uma postura receptiva e atenciosa da equipe de saúde pode reduzir níveis de estresse e desconforto. Foi o que observou Castaño (2008), em pesquisa empreendida com pacientes que haviam passado por essa situação, a autora identificou que o apoio da equipe de enfermagem, com a busca de condições alternativas para a comunicação com esses pacientes, proporcionou um ambiente de confiança e tranquilidade, capaz de auxiliar o paciente na

expressão de suas necessidades, auxiliando para que a experiência fosse menos traumática e os danos causados pela perda de autonomia amenizados.

Esses dados convergem para a compreensão de que a internação na UTI pode ser relacionada à possibilidade de vida e cura, desde que essa vivência possa estar associada à uma percepção de dedicação de profissionais, familiares, e à possibilidade de um tratamento diferenciado. A partir disso, o local pode ser sentido como espaço de tratamento e recuperação, levando o paciente a perceber que os sentimentos de satisfação superam os de insatisfação no enfrentamento da doença e dos estressores ocasionais (Pina et al., 2008; Proença & Agnolo, 2011).

Possibilidades de intervenção das equipes de saúde

A última categoria de dados identificada nos artigos foi: as possibilidades de intervenção das equipes de saúde. Engloba atitudes e ações desenvolvidas por diferentes atores das equipes de trabalho da UTI e refletem possibilidades de cuidados dessas através da criação de protocolos assistenciais, de intervenções no ambiente, e principalmente no estabelecimento de relações amistosas com os pacientes.

Os dados analisados pontuam a necessidade de construção de protocolos assistenciais para diminuir a exposição de pacientes a importantes estressores, como a dor e o uso das sondas enterais. Prática que pode ser realizada através, por exemplo, da implementação de um protocolo de avaliação e tratamento com análise objetiva e sistematizada da dor, associado à administração de analgésicos; e à utilização de checklists para reavaliações frequentes da necessidade de permanência dos tubos, a fim de que estes sejam retirados o mais precocemente possível (Dessote et al., 2016; Bittencourt et al., 2007).

Sendo a iluminação do ambiente de UTI também um importante fator de estresse sobre os pacientes de UTI, incidindo diretamente sobre sua qualidade do sono e a alteração de ritmos circadianos, Engwall, Fridh, Johansson, Bergbom e Lindahl (2015), em conjunto com uma equipe constituída por um profissional de psicologia ambiental, subárea da psicologia que explora a díade

pessoa-ambiente e vem se destacando nos últimos anos na sua relação com a psicologia da saúde (Corrêa, 2006), e engenheiros de iluminação, desenvolveram um sistema de iluminação em UTI, baseado em um sistema de ciclos destinado a simular a luz natural, controlado automaticamente por uso de software 24 horas por dia. Os resultados apontam para a melhora no sono daqueles pacientes que experimentaram a intervenção, eles apresentaram a percepção de um ambiente de iluminação agradável e saudável, e relataram um humor mais positivo e diminuição na ansiedade. Essa produção provoca também reflexões sobre as possibilidades de atuação da psicologia no ambiente da UTI e reflexões a expansão do arsenal de procedimentos.

Outras propostas de intervenção ambiental, menos radicais, também são referidas na literatura analisada, a exemplo da presença de janelas e relógios no ambiente, que auxiliam na percepção adequada de tempo e provocam diminuição das experiências de desorientação comuns em pacientes de UTI (Proença & Agnolo, 2011); e a utilização de músicas que promovam relaxamento, além da disposição de fotografias de parentes próximas aos leitos dos pacientes para abrandar a sensação de isolamento e abandono familiar (Sousa & Souza Filho, 2008).

As demais intervenções sugeridas pelos artigos apontam para a importância do relacionamento estabelecido entre os profissionais de saúde e os pacientes, destacando o fator humano como fonte significativa de conforto durante a internação. Para Dias et al., (2013), a inclusão de conversas amigáveis entre a equipe da UTI e os pacientes são redutores importantes de ansiedade e estresse, sendo necessárias para criar um ambiente de confiança e esclarecer possíveis dúvidas que possam surgir durante a internação. Além disso, observa-se que a comunicação e o estabelecimento de vínculo são instrumentos facilitadores da assistência, pois conhecer as crenças e expectativas dos pacientes pode favorecer a adaptação destes, visto que a partir de uma comunicação terapêutica é possível identificar e atender necessidades de saúde dos pacientes e tornar a prática profissional mais efetiva (Proença & Agnolo, 2011).

Quando se estabelece a importância da comunicação entre equipe e pacientes, é crucial fazer referência aos recursos não-verbais, que por vezes os profissionais de saúde terão que adotar para compreender as necessidades de seus pacientes, uma vez que parte significativa dos pacientes em UTI apresentam limitações no processo de verbalização. Segundo Castaño (2008), pacientes submetidos à ventilação mecânica desenvolvem prontamente sistemas próprios de comunicação com os profissionais em seu entorno, utilizando-se de sons, gestos e códigos para se fazerem ser entendidos, além de serem capazes de identificar quais são os profissionais com maior capacidade de responder adequadamente a suas necessidades.

De acordo com o autor, é importante que a equipe ofereça ao paciente os elementos para desenvolver uma comunicação não-verbal, através do uso de instrumentos como lápis, papel e caderno, demonstrando interesse na interpretação de seus sinais e envolvendo os familiares, no horário de visita, nesse processo de comunicação. Essa postura irá proporcionar que a experiência de internação seja produtiva, menos traumática e sobretudo educativa.

Como observado por Proença e Agnolo (2001), é necessária uma intervenção multiprofissional durante a internação em UTI, com a finalidade de minimizar as reações traumáticas à experiência. Ancorados em uma postura receptiva e eficiente, a equipe passa a ser vista pelos pacientes como extensão de sua família, fonte de amparo e assistência.

Nessa perspectiva, destaca-se também a necessidade de inclusão do profissional de psicologia como membro relevante nessas intervenções, pois ele consegue aproximar a família do ambiente da UTI e promove melhor interação entre esta, o paciente e a equipe (Bitencourt, 2007). Sousa e Souza Filho (2008) revelam que o psicólogo pode representar, para o paciente, um profissional menos ligado ao estresse em relação a outros membros da equipe, como enfermeiros e médicos, o que indica que ele é potencialmente um facilitador no manejo desses pacientes e das relações sociais no ambiente hospitalar. Ele surge como uma figura de posição privilegiada por não estar relacionado a procedimentos invasivos, pode mais facilmente abrir um canal de

contato com ele (Sebastiani, 2003). Desse modo, é possível que ajude o paciente a adaptar-se a esse novo momento, à rotina da internação, aos procedimentos invasivos, aos estressores ambientais e a lidar com os sentimentos negativos que possam surgir (Pregnoatto & Agostinho, 2010).

Considerações finais

Observa-se que a UTI surge, para os pacientes, como um ambiente temido, com uma série de fatores negativos associados, dentre os quais destaca-se a dor, as limitações físicas, a falta de privacidade, a ociosidade, a iluminação incômoda e os ruídos constantes, as dificuldades de comunicação, o isolamento e distanciamento da família e pessoas conhecidas, as sondas e tubos conectados e as ideias prévias sobre a UTI. Além do medo da morte, a solidão, a saudade dos familiares, a ansiedade e as dúvidas presentes durante o tratamento.

Identificou-se, contudo que a internação em UTI pode também fazer emergir sentimentos positivos. Durante os momentos de crise, os pacientes fortalecem recursos próprios e podem relacionar-se de forma favorável com os artefatos tecnológicos atribuindo a eles sensações de conforto, segurança e confiança. As respostas positivas à UTI parecem estar, em grande parte, relacionadas às relações interpessoais estabelecidas entre a equipe e o paciente. Os pacientes mostram-se capazes de perceber um ambiente em que são cuidados de modo afetuoso e dedicado, onde sentimentos agradáveis podem emergir e seu sofrimento pode ser minimizado.

Dessa forma, as intervenções indicadas perpassam a disponibilidade da equipe em manter-se atenta às necessidades objetivas e afetivas dos pacientes e trabalhar para amenizá-las. Considerando-se que muitos dos estressores em UTI não podem ser alterados porque representam suporte momentâneo necessário para recuperação dos pacientes, uma alternativa possível para a construção de um ambiente mais confortável para os pacientes é o investimento em relações de apoio e confiança entre os membros da equipe e os pacientes.

Identificou-se que apesar dos dispositivos estranhos, do risco iminente de morte ou agravamento da situação clínica, e dos cuidados intensivos e invasivos, a UTI não está necessariamente relacionada à frieza, sofrimento e insensibilidade. A realidade parece, inclusive indicar que a direção é oposta a essa. O desafio é, portanto, pensar de forma sistematizada em intervenções na criação desse ambiente mais agradável. Nesse sentido, sugere-se o desenvolvimento de estudos que visem explorar essas intervenções e a forma como pacientes reagem a elas. Volta-se aqui atenção especial para as descobertas que podem advir da área e subáreas da psicologia que, como já esboçado, parece ter muito a oferecer na compreensão desse fenômeno e no desenvolvimento de propostas positivas de cuidado.

Referências

- Bitencourt, A. G. V., Neves, F. B. C. S., Dantas, M. P., Albuquerque, L. C., Melo, R. M. V., Almeida, A. M., Agareno, S., Teles, J. M. M., Farias, A. M., & Messeder, O. (2007). Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, 19(1), 53-9.
- Castaño, Á. M. (2008). Hacer se entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación. *Invest. Educ. Enferm.*, 26(2), 236-242.
- Castro, E. S., & Rosero, E. V. (2015) Experiencia de estar hospitalizado em una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Av Enferm.*, 33(3), 381-390.
- Condes, R. P., Uwagoya, K. S., Iavelberg, A. H., Pozzani, A. F., Carvalho, A. M., Sasso, L. G. C., Bonsaver, M., Rosa, N. B., Lima, P. X. B., & Bruscato, W. L. (2012). Atendimento psicológico em Unidade de Terapia Intensiva. In: Bruscato, Wilze L. (Orgs.). *A psicologia na saúde: da atenção básica à alta complexidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Corrêa, M. L. T. (2006). Psicologia ambiental e psicossomática. In Corrêa, M. L. T. *Psicologia ambiental em um hospital infantil: uma análise comportamental enfatizando qualidade de vida e bem-estar*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Dessotte, C. A. M., Rodrigues, H. F., Furuya, R. K., Rossi, L. A., & Dantas, R. A. S. (2016). Estressores percebidos por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *Rev. Bras. Enferm.*, 69(4), 694-703.

- Dias, D. S., Resende, M. V., & Diniz, G. C. L. M. (2013). Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. *Rev Bras Ter. Intensiva*, 27(1), 18-25.
- Engwall, M., Fridh, I., Johansson, L., Bergbom, I., & Lindahl, B. (2015). Lighting, sleep and circadian rhythm: an intervention study in the intensive care unit. *Intensive Crit. Care Nursing*, 31, 325–35.
- Nascimento, E. R. P., & Trentini, M. (2004). O cuidado de enfermagem na unidade de tratamento intensiva (UTI): teoria de Paterson e Zderad. *Rev. Lat. Am. Enferm.*, 12(2), 250-7.
- Nogueira, J. J. Q., Ferreira, J. A., Albuquerque, A. M., & Agra, G. (2017). Fatores agravantes e atenuantes à percepção de morte em UTI: a visão dos pacientes. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.*, 9(1), 51-56.
- Pina, R. Z., Lapchinsk, L. F., & Pupulim, J. S. L. (2008). Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. *Ciênc. cuid. saúde*, 7(4), 503-508.
- Pregolato, A. P., & Agostinho, V. B. (2003). O psicólogo na unidade de terapia intensiva - Adulto. In M. N. Batista & R. R. Dias (Eds). *Psicologia hospitalar: Teoria, aplicação e casos clínicos* (pp.93-107). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Proença, M. O. & Agnolo, C. M. D. (2011). Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaucha Enferm.*, 32(2), 279-86.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sebastiani, R. W. (2003). Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In V. A. Agerami-Camon (Ed.), *Psicologia hospitalar: Teoria e prática*. São Paulo: Pioneira Thonison.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sousa, L. M. & Souza Filho, E. A. (2008). Percepções sociais de pacientes sobre profissionais de saúde e outros estressores no ambiente de unidade de terapia intensiva. *Estud. psicol.*, 25(3), 333-342.
- Souza, T. S., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, 8, 102-106.
- Veiga, E. P., Vianna, L. G. & Melo, G. F. de. (2013). Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(3), 65-77.