



ARTIGO ORIGINAL

Percepções de pacientes sobre internação em unidade de terapia intensiva

Patients' perceptions of hospitalization in an intensive care unit

Aline de Oliveira Moreira^{1,*}, Otávia Regina Souza Costa¹

¹Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT), Itajubá, Minas Gerais, Brasil.

INFORMAÇÕES GERAIS

Recebido em: agosto de 2017
Aceito em: novembro de 2017

Palavras-Chave:

Hospitalização
Percepção
Unidade de terapia intensiva

Keywords:

Hospitalization
Perception
Intensive care unit

RESUMO

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) atende doentes graves e recuperáveis, através de recursos tecnológicos e de uma assistência integral e contínua. Além disso, fazem-se necessários profissionais capacitados e atuantes, atentos à singularidade e multidimensionalidade dos pacientes. **Objetivos:** Descrever as percepções dos pacientes sobre a internação na UTI. **Métodos:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A amostra foi constituída por onze pacientes provenientes da UTI de um hospital escola do sul de Minas Gerais. **Resultados:** Os dados encontrados foram agrupados nas seguintes categorias: percepção anterior e atual sobre a UTI; atendimento da equipe multiprofissional; rotinas; e condição clínica e procedimentos. **Conclusão:** Antes da internação, os pacientes, possuíam uma visão estereotipada da UTI, transformando sua percepção após a internação, passando a ver a UTI como local de tratamento intensivo. A equipe multiprofissional é importante no alívio da ansiedade, do medo e da solidão. O respeito à subjetividade e particularidade de pacientes e familiares favorece a adaptação ao setor. Assim, a política de humanização vem a cada dia ocupando mais espaço nas UTIs.

ABSTRACT

Introduction: The Intensive Care Unit (ICU) treats serious and recoverable patients, through technological resources and counting on a whole and continuous assistance. In addition, we need trained and active professionals, who can be attentive to the uniqueness and multidimensionality of the patients. **Aims:** To describe the perceptions of the patients on hospitalization at the ICU. **Methods:** Qualitative, descriptive and exploratory study. The sample consisted of eleven patients from the ICU of a teaching hospital in southern Minas Gerais. **Results:** The collected data were grouped in the following categories: previous and current perceptions of ICU, attendance of the multidisciplinary team, routines and, clinical condition and procedures. **Conclusion:** Before hospitalization, the patients had a stereotypical view of the ICU. This perception was different after hospitalization, as they began to see the ICU as an intensive treatment site. The multidisciplinary team is important in relieving anxiety, fear and loneliness. The respect for the subjectivity and particularity of the patients and their families favors adaptation to the sector. Therefore, a humanization policy is, each day, taking up its space in the ICU.

CC BY-NC-SA 4.0 2018 RCSFMIT

Introdução

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) define a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como um setor hospitalar que tem a finalidade de atender doentes graves e recuperáveis, através de recursos tecnológicos e de uma assistência médica e de enfermagem integral e contínua, visando manter a sobrevivência do paciente.¹

Logo, trata-se de uma seção destinada a pacientes com elevado risco de morte, monitorados continuamente, com procedimentos complexos e normas rígidas para visita e entrada de pessoas. Consequentemente, a permanência na UTI muitas vezes é percebida como sentença de morte, acarretando tensão, medo e ansiedade para pacientes e familiares.²

Desse modo, é essencial uma UTI adequada para a assistência aos pacientes, com tecnologia diferenciada e profissionais. Estes últimos, além de capacitados e atuantes, devem atentar-se à singularidade e à multidimensionalidade dos seus pacientes, ao mesmo tempo que tenham bom relacionamento com as equipes de trabalho.³

* Correspondência:

Rua Bolívar Prado, 260
Cachoeira de Minas - MG - CEP: 37545-000
e-mail: aline_cjc@yahoo.com.br

doi: 10.21876/rcsfmit.v8i1.740

Segundo Dalgarrondo, percepção é a tomada de consciência pelo indivíduo de estímulos captados através dos sentidos, transformando estímulos puramente sensoriais em fenômenos perceptivos conscientes. Envolve a capacidade de apreender, de distinguir e de interpretar os estímulos que são expostos aos órgãos sensoriais.^{4,5}

Diversas pesquisas já foram realizadas no sentido de identificar as percepções dos pacientes internados em UTIs. Entretanto, ao se realizar levantamento bibliográfico dos últimos anos no Brasil, poucos estudos foram encontrados sobre o tema, sendo uma pesquisa publicada em 2011, outra em 2012 e outra em 2013. Assim, percebeu-se a necessidade de contribuir com mais uma pesquisa nessa área, possibilitando uma reflexão humanística acerca do cuidado integral e singular ao paciente internado em UTI.^{3,6-8} O objetivo deste estudo foi, portanto, descrever as percepções dos pacientes sobre a internação na UTI.

Métodos

Pesquisa de abordagem qualitativa, de cunho descritivo e exploratório; realizada em um hospital escola do sul de Minas Gerais. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Itajubá (parecer nº 919.368, de 09/12/2014). O hospital conta com duas UTIs com dez leitos cada, sendo que foram entrevistados pacientes provenientes de ambas unidades.

A produção de dados ocorreu entre março e agosto de 2015, por meio de busca ativa nas segundas-feiras, após as 19:00 horas, nos setores de Clínica Médica e Cirúrgica, com intuito de identificar os pacientes provenientes da UTI que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa: maiores de 18 anos, que estiveram internados na UTI por pelo menos 48 horas e que tiveram alta do setor permanecendo na enfermaria no momento da entrevista, com condições físicas para comunicar-se verbalmente, em condições hemodinâmicas estáveis, com o nível de consciência e orientação preservados (segundo evolução médica em prontuário), que se dispuseram a falar da experiência e que concordaram em assinar o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados, foram realizadas onze entrevistas. O encerramento da coleta ocorreu quando houve saturação de informações, ou seja, foi concluída quando os dados se tornaram repetitivos ou redundantes.⁹ As entrevistas foram realizadas nos quartos das clínicas médica e cirúrgica, onde os pacientes se encontravam.

O instrumento utilizado para colher as informações foi um formulário semiestruturado (**Tabela 1**) contendo duas partes: a primeira com questionamentos sobre condições sociodemográficas e dados da internação; a segunda com perguntas em aberto, questionava sobre a percepção dos pacientes em relação à sua permanência na UTI. O formulário foi elaborado pela pesquisadora, a partir de subsídios encontrados em pesquisas relacionadas.^{3,6-8} As falas foram identificadas com a letra E, de entrevista, seguida de um numeral, de acordo com a ordem da coleta de dados.

As entrevistas foram gravadas por meio de aparelho eletrônico e, posteriormente, transcritas. A duração das entrevistas foi de aproximadamente oito minutos. O processo de análise dos dados seguiu as etapas básicas de análise de dados em pesquisa qualitativa: reunião do *corpus* de análise; preanálise (leitura flutuante); categorização preliminar (a partir de leitura mais aprofundada); recategorização de dados e interpretação com base no referencial teórico. Foi utilizado o referencial de Minayo para guiar o processo de análise de conteúdo.⁹

Resultados

A **Tabela 2** caracteriza os entrevistados quanto ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, diagnóstico, período de internação na UTI e em qual das unidades eles estiveram internados.

Após a análise dos relatos, identificação, separação e reagrupamento das situações vivenciadas pelos pacientes entrevistados, emergiram as seguintes categorias e subcategorias: a) percepção anterior e atual sobre a UTI; b) atendimento da equipe multiprofissional; c) rotinas: visitantes e acompanhantes, banho de leito e ambiente; e d) condição clínica e procedimentos.

Tabela 1. Formulário semiestruturado para coleta de dados.

Parte 1: Caracterização sócio demográfica dos pacientes / Dados relacionados à internação

Nome: _____

Sexo: () F () M Idade: _____ anos Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Situação conjugal: () casado(a) () solteiro(a) () amasiado(a) () viúvo(a) () divorciado(a)

Diagnóstico de internação: _____

Duração da internação: _____ Duração da internação na UTI: _____

Parte 2: Percepções a respeito da internação na UTI

1. Como o senhor(a) pensava que era a UTI antes de ser internado? E agora?
2. Como o(a) senhor(a) se sentiu durante a sua internação na UTI?
3. Como foi para se acostumar às normas e rotinas do setor, tais como: horário de visitas, ausência de acompanhantes, horário e forma como era dado o banho, aparelhos ligados o tempo todo, sons, roupas que o(a) senhor(a) usava?
4. O senhor(a) se sentiu incomodado(a) com alguma coisa?
5. O que o senhor(a) achou bom (pontos positivos)? E ruim (pontos negativos)?

F, feminino; M, masculino; UTI, Unidade de Terapia Intensiva.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica e clínica dos entrevistados.

	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Estado civil	Diagnóstico	Período (dias)	UTI
E1	M	31	Médio completo	Divorciado	PO cirurgia de quadril	3	1
E2	M	42	Fundamental completo	Casado	PO joelho / Sepse foco cutâneo	23	2
E3	F	44	Superior completo	Casada	PO troca de valva aórtica	5	1
E4	F	24	Médio completo	Solteira	Politrauma	3	1
E5	M	63	Fundamental incompleto	Casado	Arritmia cardíaca	2	1
E6	M	59	Médio completo	Casado	PO revascularização do miocárdio	3	1
E7	M	71	Fundamental incompleto	Casado	PO cateterismo cardíaco	2	1
E8	F	65	Fundamental incompleto	Casada	PO revascularização do miocárdio	10	1
E9	M	22	Médio completo	Solteiro	Politrauma / PO Laparotomia / PO osteossíntese de fêmur	8	1
E10	F	65	Fundamental incompleto	Casada	Abdome agudo perfurativo / PO hemicolectomia	2	2
E11	M	70	Fundamental completo	Casado	Tumor de mediastino / Biopsia por videoscopia	2	1

E, entrevistado; F, feminino; M, masculino; PO, pós-operatório; UTI, Unidade de Terapia Intensiva.

Percepção anterior e atual sobre a UTI

Cinco entrevistados referiram não saber como era a UTI antes da internação, conforme exposto nas falas a seguir:

“Eu nunca pensei o que era UTI.” (E7)

“Eu não imaginava o que era uma UTI. Aí, entrando lá que eu fui ver o que era a UTI. Sei lá, é coisa que só em último caso. Você só vai lá se não tiver outra alternativa.” (E2)

Três dos entrevistados reforçaram conceito anterior de um ambiente de solidão e finitude da vida, mudando sua percepção após a internação, conforme relatado nas falas:

“Nossa, eu achava que UTI era a parte final do paciente, eu tinha uma outra visão, achava que pra lá ia a pessoa que não tinha mais jeito. Mas aí eu vi que não é bem isso, que lá é pra um tratamento intensivo, que lá as pessoas recebem mais cuidado; têm mais pessoas pra te olhar, tem mais medicação, têm os aparelhos monitorando, então isso é tudo para o bem do paciente.” (E3)

“Eu pensava que era um monte de equipamento... você lá... dependendo do estado que você tá, todo entubado... um monte de gente em cima... Pelo estado que eu entrei na UTI, lógico, têm bastantes equipamento; a atenção deles lá onde eu fiquei é veemente; as enfermeiras dão uma atenção boa, os médicos a todo momento perguntando como a gente tá.” (E9)

Um paciente definiu a UTI como um lugar de tristeza, definição que provavelmente pode estar relacionada à quebra de sua rotina de vida:

“Muito triste estar lá, porque eu nunca fiquei lá, eu nunca saio de casa... por isso, que eu achei muito ruim.” (E8)

Atendimento da equipe multiprofissional

Dos entrevistados, 91% demonstraram se sentirem satisfeitos com o atendimento prestado pela equipe.

A atenção oferecida reflete de forma positiva no bem-estar, tratamento e recuperação dos pacientes internados na UTI:

“Fui bem tratado por todo mundo lá. Quando eu saí de lá, muitas pessoas vieram pegar na minha mão.” (E2)

“O tratamento é muito bom mesmo, desde as pessoas que lá passavam, da limpeza até os médicos. Eu não posso reclamar não, eles me trataram muito bem. Tudo que eu pedia eles atendiam.” (E6)

“Você faz amizade... conversa, eles conversam bastante. Têm os alunos da medicina também, teve um lá que até pegou a cadeira para sentar perto de mim, ficava conversando comigo... acho que era mais atenção, porque a gente fica muito carente. Aí, quando a gente fica meio debilitado por certos tipos de coisas, fica carente. Então, eles tentavam ao máximo possível suprir a carência da gente.” (E3)

Um participante relatou dificuldades no relacionamento com alguns membros da equipe:

“Se você fosse tentar fazer alguma coisa, todo mundo te criticava. Então, às vezes a pessoa tava (*sic*) até certa, mas nesse momento... chega e critica a gente. Você cair numa UTI acho que você fica inútil, você não é mais... pode não pode fazer mais nada. Enquanto você tiver lá, você vai fazer isso; não, não, não, não pode, você não pode fazer. Eu fui bem recebido, só que UTI é UTI, o nome já fala.” (E2)

Dois entrevistados apontaram o relacionamento e a maneira de trabalhar das equipes, conforme fala a seguir:

“O pessoal de lá é muito acolhedor... são bem cuidadosos com a gente; eu notei que tem um turno que é mais unido que outro, eu observei bem isso aí, que o turno da manhã é bem mais equipe que o turno da tarde; eles são bem melhores pra conversar, distribuir trabalho; eu percebi que tem bastante diferença entre um turno e outro.” (E3)

Rotinas

Quando questionados sobre as dificuldades e facilidades em se adaptar às rotinas do setor, houve divergências nas respostas, conforme apresentado nas subcategorias criadas: visitantes e acompanhantes, banho de leito e ambiente.

Visitantes e acompanhantes

Ressalta-se que, no cenário deste estudo, diariamente há dois horários de visitas de trinta minutos cada, podendo entrar dois visitantes por vez. Dos entrevistados, alguns alegaram não receber visitas por diversos motivos, como, por exemplo, a distância do hospital da sua cidade de origem. Entretanto, nos demais pacientes foram verificadas opiniões divergentes. Um participante avaliou o horário de visitas como adequado, e outro alegou que o tempo de permanência com os familiares é escasso:

“O horário de visita é meia hora, é bom porque a pessoa tá ali pra recuperar.” (E5)

“O horário de visitas é muito apertado, eu acho que tinha que ser um pouquinho mais extenso, tinha que ter uma visita de manhã.” (E9)

Quanto aos acompanhantes, dois pacientes referiram ter ficado com acompanhantes na UTI, o que pode ocorrer no local desta pesquisa, segundo a necessidade de cada caso. Dos que ficaram desacompanhados, houve o relato de um paciente com sentimento de solidão. A falta da família foi ressaltada por outro paciente; porém, dois entrevistados referiram não sentir falta da família ou de acompanhante, devido ao número de pessoas que circulavam no setor a todo tempo:

“Eu não me senti sozinho porque toda hora passava gente ali, a gente não fica sozinho... pra tudo que a gente precisa eles estavam ali.” (E10)

“Fiquei sozinho... difícil.” (E2)

“A única coisa que eu sentia era falta da família...” (E3)

Banho de leito

A maioria dos entrevistados (64%) se mostrou indiferente à realização do procedimento, cientes de que este era necessário, conforme evidenciado a seguir:

“Meio estranho, mas é bom.” (E4)

“É bom, fazer o quê, né?! Não tem outro jeito, mas lá eles dão banho na gente direitinho, passam um cremiinho...” (E10)

Um paciente ressaltou a dificuldade encontrada por falta de compreensão de alguns funcionários, e outro paciente relatou constrangimento ao ser banhado no leito:

“Você tomar banho na cama é complicado. Quando você pega uma pessoa que compreende você, tudo bem... quando você pega alguém que não compreende é difícil.” (E2)

“Foi um constrangimento, porque eu nunca tinha passado por isso na minha vida.” (E3)

Ambiente

Quatro pacientes citaram o som dos diversos aparelhos, ligados ininterruptamente, como causa do incômodo na UTI. Por outro lado, três pacientes alegaram não se sentirem incomodados com o ruído proveniente destes aparelhos:

“Aparelhos têm bastante, mas não atrapalhavam dormir.” (E2)

“Ah... tem um aparelhinho lá que se eu pudesse, eu metia bala nele.” (E11)

A luz acesa nas vinte e quatro horas do dia e o calor na UTI foram apontados, também, como fatores incômodos:

“A luz acesa, porque a gente ficava deitado só de costas, a luz é forte.” (E5)

“Uma coisa que incomodava lá também era o calor.” (E9)

Condição clínica e procedimentos

Foi constatado que quatro pacientes relacionaram sua condição clínica e/ou procedimentos próprios da rotina do setor como fatores negativos, segundo citações a seguir:

“De ruim só a dor que eu estava sentindo.” (E1)

“A única coisa que eu passei apertado foi que você fica muito tempo deitado, a minha “bunda” mesmo, machucou tudo de ficar lá; não consigo nem sentar.” (E2)

“O tratamento também, ficar picando a gente; na hora em que você pensava que iria cochilar ou então dormir, quando vê, tem medicação todo horário, de madrugada às vezes. Tinha horário certo, era o tempo todo sendo espetado, o tempo todo acordando você pra fazer as coisas.” (E3)

Discussão

Mediante os dados obtidos, com relação às características sociodemográficas dos pacientes, observou-se que três têm idade entre 20 e 40 anos, três entre 41 e 60 anos e cinco com idade superior a 61 anos. Em pesquisas semelhantes, como o estudo de Proença e Dell Agnolo, 50% dos participantes tinham mais de 60 anos.⁶ Tavares e Pawlowytsch encontraram 35% dos participantes com idades de 57 a 69 anos, enquanto 50% estavam acima dos 69 anos de idade.⁸ Assim, nota-se que tanto nas pesquisas relacionadas quanto nesta pesquisa, há alta taxa de pessoas idosas na UTI.

Quanto às percepções anteriores e atuais sobre a internação no setor, este estudo diverge de outros com o mesmo objetivo ao assinalar que a maioria dos entrevistados não apresentava entendimento sobre a UTI antes da internação.^{6,8} Quanto às expectativas anteriores negativas, Proença e Dell Agnolo afirmam que estas estão relacionadas às vivências e informações recebidas anteriormente, revelando fantasia de morte. Neste sentido, a mídia exerce papel importante na formação do conhecimento e percepção da pessoa em relação à UTI: os pacientes retratados com tubos e sondas na boca e narinas, o fato de eles não poderem falar e a relação com local frio e de solidão levam ao medo da UTI.⁶ Backes enfoca que ocorrem mais mortes na UTI do que em outros setores devido à gravidade dos pacientes. No entanto, esta deve ser considerada um ambiente de vida, uma vez em que a natureza do trabalho é lidar com a vida.¹⁰

Em estudo parecido, realizado em Santa Maria (RS), os resultados encontrados apoiam os desta pesquisa ao indicar que a internação está associada a aspectos positivos, contrariando o senso comum de que estar na

UTI é uma experiência negativa.¹¹ A permanência no setor provavelmente os ajudou na desmistificação do local, mostrando que a visão criada por eles anteriormente é contrária ao que realmente acontece.⁸

A satisfação com o trabalho da equipe multiprofissional relatada por 91% dos participantes corrobora com pesquisa similar realizada em 2011, na qual nenhum paciente relacionou a UTI com atendimento desumano.⁶ Em pesquisa de 2015, também com o mesmo objetivo, os participantes colocaram a atenção, a dedicação, a demonstração de carinho e o apoio emocional oferecidos pela equipe de saúde como aspectos favoráveis na internação.¹¹

No presente estudo, foi encontrado somente um relato de insatisfação com o atendimento da equipe de saúde, associado à falta de compreensão por parte dos funcionários. Vale ressaltar que este relato procedeu do entrevistado que mais tempo permaneceu na UTI. Backes afirma que os profissionais precisam estar atentos à qualidade da relação profissional-paciente, conversando com os mesmos, situando-os quanto ao tempo e espaço, tratando-os com respeito e comunicando sempre o que vai ser realizado e o porquê.¹⁰

A importância da harmonia entre a equipe foi apontada a partir dos resultados desta pesquisa. Na pesquisa de Backes, o trabalho, a dedicação, a seriedade no trabalho, o bom desempenho dos profissionais, a sintonia entre a equipe, a organização e as capacitações foram apontadas pelos profissionais como fatores facilitadores no trabalho. Em contrapartida, a equipe desunida dificilmente consegue desenvolver bons trabalho e assistência.¹⁰ A equipe multiprofissional pode minimizar os efeitos das experiências vividas na UTI ao ser vista como uma extensão da família, oferecendo amparo e assistência necessários.⁶

O relacionamento interpessoal empático e respeitoso, assim como a qualidade do cuidado, são parte do tratamento humanizado. Tavares e Pawlowytsch ressaltam que a humanização é fundamental para amenizar a dificuldade do paciente em lidar com seu processo de adoecimento.⁸

Quanto aos visitantes e acompanhantes, Backes observa que a presença dos familiares é fundamental devido à responsabilidade que estes têm em relação ao paciente, não podendo ser excluídos ou deixados para um segundo plano. São estas pessoas que trazem e levam informações ao paciente, falam por ele quando ele mesmo não consegue falar e mostram as especificidades do cuidado.¹⁰ No que se refere aos acompanhantes, este estudo encontrou divergências quanto às opiniões sobre sua necessidade. Em pesquisa realizada em 2011, a falta do marido e/ou esposa foi apontada como o fator mais estressante para pacientes entrevistados.¹² A solidão relatada pelos entrevistados também foi citada na pesquisa de Tavares e Pawlowytsch.⁸

De acordo com Backes, o tempo de permanência dos familiares na UTI e a presença de um acompanhante deve ser individualizada, levando em conta o respeito pela privacidade dos pacientes, a consciência, a percepção e a interação do paciente com o acompanhante, a estrutura psicológica e cooperação do acompanhante. Quanto aos profissionais entrevistados, alguns consideram que a presença da família na UTI não é benéfica, além de ser

inviável devido à gravidade dos pacientes, pois o familiar pode ficar angustiado, fazer muitas perguntas, incomodar, transferir sua angústia às demais pessoas e dificultar o manejo do paciente.¹⁰

Quanto à experiência do banho de leito, indiferente para a maioria dos entrevistados nesta pesquisa, Bettinelli, Pomatti e Brock afirmam que este pode tornar o paciente objeto do cuidado, comprometendo funcionalmente as condições básicas necessárias para a sustentação da autonomia.¹³

Em estudo realizado com profissionais de enfermagem, estes referiram que a exposição corporal total ou parcial é inevitável durante o banho de leito e leva os pacientes a se sentirem constrangidos, com vergonha, medo, ansiedade, tristeza, preocupação, insegurança, fragilidade, desconforto e invasão. Isso é evidenciado principalmente em idosos quando atendidos pelo sexo oposto.¹⁴

Quanto ao ambiente, os ruídos dos equipamentos da UTI foram citados como fonte de incômodo. Silva, Machado, Giaretta e Posso sustentam que a privação de sons e ruídos é dificultada pela estrutura física das UTIs. O paciente fica exposto a sons provenientes de outros pacientes e equipamentos, sendo os sons provenientes de pacientes mais estressantes para quem está ao lado, já que há angústia ao pensar que o outro está sentindo dor e desconforto.¹⁵ Relatos semelhantes não foram encontrados no presente estudo.

Outro fator mencionado pelos entrevistados foi a temperatura do local. No atual estudo, houve relato sobre o desconforto da sensação de calor. Isso é igualmente relatado na pesquisa de Dias, Resende e Diniz como oitavo fator mais estressante na UTI, no item "estar em um quarto muito quente ou muito frio".¹⁶

Backes afirma que estar atento às questões como iluminação, aeração, sonoridade e riscos faz parte do trabalho da enfermagem. O enfermeiro como líder é responsável por demandas que envolvem o funcionamento e a manutenção da unidade, não só para proporcionar conforto ao paciente, mas também um ambiente com mais segurança e menor risco de agravos.¹⁰

A dor e os procedimentos invasivos foram apontados como negativos, assim como na pesquisa de Heidemann, Cândido, Kosour, Costa e Dragosavac. Esses autores reforçam que a presença de tubos, acessos venosos e arteriais, sondas, a necessidade de repouso no leito e a sensibilidade dos pacientes à dor levam à diminuição da autonomia, aumentando o estresse dos internados.¹²

As experiências relatadas nesta pesquisa reforçam a necessidade de se ouvir os anseios de pacientes, o que vai ao encontro da Política Nacional de Humanização, lançada pelo Ministério da Saúde. Tal política tem como diretrizes o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. Assim, gera mudanças nos modos de gerir e cuidar nos ambientes de saúde.¹⁷

Conclusão

Os resultados encontrados demonstraram que há desconhecimento quanto à finalidade da unidade; porém,

a mudança de percepção após a internação foi bastante relevante. Os pacientes deixaram de ver o setor como local de morte e sofrimento, e passaram a acreditar que este é local de tratamento intensivo, embora sejam influenciados pela falta de afinidade com os funcionários e sua condição clínica, que gera procedimentos invasivos e restritivos. Por outro lado, o atendimento da equipe multiprofissional se mostra importante no alívio da ansiedade, do medo e da solidão. A satisfação com os profissionais é um fator que pode ajudar o paciente a sentir-se seguro e acolhido durante a sua internação neste temido e pouco conhecido setor. Reforça-se a necessidade de ouvir o paciente e seus familiares durante toda a internação, a fim de proporcionar-lhes melhor atendimento.

Ao mesmo tempo, a mudança e imposição de roti-

nas é uma realidade que tende a tornar-se estressante. Entretanto, o respeito à subjetividade do paciente e à particularidade dos familiares contribui na adaptação ao setor. Por fim, os dados obtidos no presente concordam com achados da literatura no tocante à presença da política nacional de humanização no hospital. De fato, parece que a humanização tão desejada nos ambientes de saúde vem a cada dia ocupando espaço em todos os setores dos hospitais, em especial nas UTIs.

Declaração de financiamento e conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesse para o presente trabalho.

Referências

1. Decidindo na UTI [Internet]. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira. 2012 [acesso em 2015 Out 02]. Disponível em: <http://www.amib.org.br/publico-geral/decidindo-na-uti>
2. Camon VAA, Trucharte FAR, Knijnik RB, Sebastiani RW. A Psicologia hospitalar: teoria e prática. 1ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2003.
3. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Backes DS. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. Esc Anna Nery. 2012;16(4):689-96.
4. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
5. De Marco MA (Org.) Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde doença. Porto Alegre: Artmed; 2012.
6. Proença MO, Dell Agnolo CM. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(2):279-86.
7. Abrão FMS, Santos EFS, Araújo RAA, Oliveira RCO, Costa AM. Sentimentos do paciente durante a permanência em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Enferm UFPE online. 2014;8(3):523-29.
8. Tavares AT, Pawlowytsch PWM. Percepção dos pacientes sobre sua permanência em uma Unidade de Terapia Intensiva. Saúde Meio Ambiente Rev Interdiscip. 2013;2(2):32-43.
9. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Backes MTS. A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde; 2011.
11. Camponogara S, Viero CM, Pinno C, Soares SGA, Rodrigues IL, Cielo C. Percepções de pacientes pós-alta da unidade de cuidados intensivos sobre a hospitalização nesse setor. Rev Enferm Centro Oeste Mineiro. 2015;5(1):1505-13.
12. Heidemann AM, Cândido APL, Kosour C, Costa ARO, Dragosavac D. Influência do nível de ruídos na percepção do estresse em pacientes cardíacos. Rev Bras Ter Intensiva. 2011;23(1):62-7.
13. Bettinelli LA, Pomatti DM, Brock J. Invasão da privacidade em pacientes de uti: percepções de profissionais. Rev Bioethikos. 2010;4(1):44-50.
14. Baggio MA, Pomatti DM, Bettinelli LA, Erdmann AL. Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. Rev Bras Enferm. 2011;64(1):25-30.
15. Silva LFC, Machado RC, Giaretta VMA, Posso MBS. Estresse do paciente em UTI: visão de pacientes e equipe de enfermagem. Enferm Global. 2013;(32):104-18.
16. Dias DS, Resende MV, Diniz GCLM. Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. Rev Bras Ter Intensiva. 2015;27(1):18-25.
17. Brasil. Ministério da Saúde –MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.