



PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA PERMANÊNCIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Aiessa Talita Tavares¹
Pollyana Weber da Maia Pawlowytsch²

RESUMO: A psicologia está inserida nos mais variados contextos, desde organizações de trabalho até clínicas, escolas, penitenciárias, e com fundamental importância, nos hospitais gerais. Quando uma pessoa adocece e precisa ser hospitalizada, toda a sua vida sai do contexto com o qual ela está habituada, e então ela deverá lidar com seu processo de adoecimento unido a falta de privacidade, permanência fora do aconchego de seu lar, e a perda da sua identidade e função social. Este processo pode se tornar mais intenso quando a internação passa de um quarto para uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Considerando as demandas existentes, foi realizado este estudo com o objetivo de descobrir qual a percepção do paciente sobre seu período de internação na Unidade de Terapia Intensiva em um hospital geral. Fizeram parte deste estudo 20 pacientes, os quais haviam recebido alta a menos de 24 horas da UTI, sendo 55% do gênero feminino e 45% do gênero masculino, com idade entre 44 e 88 anos. Dentre os resultados obtidos, foi possível perceber que 75% dos entrevistados afirmaram se sentir bem dentro da UTI, relatando que isso foi possível devido ao atendimento humanizado que receberam. No entanto, 40% da amostra demonstrou passar pelo processo de despersonalização a nível espacial. Levando em consideração esses dados, percebe-se que o processo de humanização na unidade de terapia intensiva é fundamental para amenizar a dificuldade do paciente em lidar com seu processo de adoecimento, porém ainda assim poderão existir fatores que causarão desequilíbrio emocional no paciente hospitalizado.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Unidade de Terapia Intensiva; Hospitalização; Humanização da Assistência.

¹Graduanda em Psicologia pela Universidade do Contestado – Campus Mafra, Psicóloga Clínica. E-mail: aiessatavares@hotmail.com

²Docente na Universidade do Contestado – Campus Mafra, Mestranda do PDR, Especialista em Psicologia Hospitalar, Psicopedagogia, Educação Inclusiva, mestranda no Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado - Campus Canoinhas. Atua na área de Psicologia Hospitalar e Gestão de Pessoas, Pesquisadora do NUPESC. E-mail: pollyana@unc.com.br

PATIENTS'S PERCEPTION ABOUT THEIR STAY IN INTENSIVE THERAPY UNITY

ABSTRACT: Psychology is inserted in the most diverse contexts, from work organizations to clinics, schools, prisons, and with essential importance in general hospitals. When a person gets sick and needs to be hospitalized his entire life comes out of his usual context. So the patient will deal with his illness process associated to the lack of privacy, the permanence away from his home's comfort, and the loss of his identity and social function. This process may become more intense when the internment moves from one room to the Intensive Care Unit (ICU). Considering the existing demands, this study was conducted in order to discover which is the patient's perception of his period of stay in the intensive care unit in a general hospital. Participated in the study 20 patients who had been discharged from the ICU within 24 hours, 55% female and 45% male, aged between 44 and 88 years. Among the results, it was revealed that 75% of respondents claimed feeling good in the ICU, reporting that it was possible due to the humanized attendance they received. However, 40% of the sample demonstrated pass through the process of depersonalization at the spatial level. Considering these data it is possible to realize that the process of humanization in the intensive care unit is essential to minimize the discomfort and difficulty of the patient to deal with his illness process, however still there might be factors that cause emotional imbalance in hospitalized patients.

Keywords: Hospital Psychology; Intensive Care Unit; Hospitalization; Humanization of Care.

INTRODUÇÃO

A psicologia foi inserida no ambiente hospitalar no ano de 1954 através de um trabalho na Clínica Ortopédica e Traumatológica da USP desenvolvido por Matilde Neder. A partir disto, o psicólogo ganhou seu espaço dentro dos hospitais gerais, desenvolvendo seu trabalho com pacientes, familiares e mesmo com os outros profissionais da instituição (ANGERAMI-CAMON, 2003).

A psicologia hospitalar vem sendo tratada com uma especialidade, de forma que são oferecidos cursos de especialização para que o profissional possa desenvolver as atividades adequadas para o ambiente hospitalar. Dentre essas atividades, podemos destacar o trabalho dos profissionais da psicologia em auxiliar o paciente a elaborar o processo de adoecimento, buscando aceitar esta situação, ao mesmo tempo em que deve treinar maneiras de liberar seus sentimentos e emoções, expor medos e desejos, para que assim possa se sentir mais leve e então consiga encarar com maior facilidade a perda de seu estado de saúde (RODRIGUES, 2006).

É importante levar em consideração que no ambiente hospitalar são tratadas não somente patologias de ordem psicossomática, mas sim doenças orgânicas. No entanto, toda e qualquer doença de alguma forma irá abalar o estado emocional e

psicológico do paciente. Por isso se faz importante o trabalho do psicólogo dentro do hospital, pois este irá proporcionar ao paciente a possibilidade de falar sobre si e sua dor, seja ela física ou emocional. Dentro de todos os objetivos da psicologia hospitalar, podemos colocar como estimular a fala do paciente como um dos mais importantes. O psicólogo tem como primordial função incentivar o paciente a falar sobre si, seus sentimentos, sua vida, ou sobre qualquer outro assunto que queira (SIMONETTI, 2011).

Ao abrir este espaço para o paciente, o psicólogo poderá tornar menos doloroso e difícil o processo de adoecimento do mesmo e auxiliá-lo na consequente elaboração desta situação. Para tanto irá trabalhar como ouvinte, dando atenção à subjetividade que cada paciente traz consigo em seu processo de perda da saúde (SIMONETTI, 2011).

Com relação ao modo de lidar com a perda da saúde, Simonetti (2011) mostra que dentro do âmbito do adoecimento, cada pessoa irá reagir de forma diferenciada diante dessa situação. Por exemplo, há pacientes que se deprimem quando adoecem, outros que se revoltam, que não veem esperança, porém também há aqueles que enfrentam, que acreditam na melhora, que buscam alcançar o bem estar físico e emocional que haviam perdido.

Apesar de ser muito importante o trabalho que o psicólogo desenvolve com os pacientes do hospital, estes não são os únicos alvos do trabalho deste profissional. Além do paciente, o psicólogo trabalha com seus familiares, pois estes podem se sentir impotentes diante do adoecimento de seu ente querido, porém não sabem que são eles que dão ao paciente a força para superar o sofrimento que o mesmo está passando. O psicólogo então irá fazer a ponte entre a família, o paciente e a equipe do hospital, auxiliando numa melhor comunicação entre todos, além de avaliar qual familiar está em melhores condições psicológicas e emocionais para receber as notícias que a equipe do hospital terá de passar para a família (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

É imprescindível também que a equipe multiprofissional do hospital receba atenção por parte da psicologia, pois os mesmos se veem diante de situações de vida ou morte, muitas vezes ressaltam sentimentos de impotência e por isso precisam de um momento para falar sobre essa situação. Desta forma, proporciona-se aos profissionais a possibilidade de externalizar sentimentos e emoções que as situações do dia a dia podem gerar (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

No processo de hospitalização do paciente, são vários os fatores que podem gerar situações desconfortáveis e sofrimento ao mesmo. O indivíduo quando se vê diante do seu próprio adoecer e necessita ser hospitalizado, passa por inúmeras emoções, sendo a vulnerabilidade uma das mais frequentes. O paciente sente-se vulnerável, impotente, pois não pode mais desempenhar o papel que vinha realizando dentro da sociedade, sendo na família, em seu trabalho ou em qualquer outro setor social. Além disso, o paciente perde contato com a realidade em que vivia, sendo inserido em um novo contexto, convivendo com pessoas estranhas, utilizando objetos e roupas que não são seus, sofrendo imposição de horários, e seu

espaço físico é limitado, não podendo se locomover por onde desejar (MELLO, 2008).

Com relação a este fato, Angerami-Camon (2003) traz o conceito de despersonalização, situação que comumente ocorre no ambiente hospitalar. Esta despersonalização pode estar relacionada à identidade do paciente, pois não é raro que este deixe de ser chamado dentro do ambiente hospitalar pelo nome e passe a ser reconhecido pelo leito que ocupa ou pela patologia que apresenta. Além deste modelo, há também a despersonalização espacial, situação em que o paciente perde sua identidade social e familiar, pois se encontra num local físico totalmente diferente do seu lar.

Dentro do ambiente hospitalar, o psicólogo irá desenvolver seu trabalho com paciente, familiares e com a equipe multidisciplinar. Porém é importante levar em consideração que não há um setting terapêutico específico para que essas intervenções ocorram. Diferentemente da psicologia clínica, que preza o atendimento em um consultório, sem interrupções e sempre tomando o cuidado para que não se ouça fora do consultório o que se passa ali dentro, no contexto hospitalar a realidade é totalmente oposta. O paciente geralmente terá de ser atendido onde ele está, sendo no seu quarto, pronto socorro, ou mesmo no leito da unidade de terapia intensiva (UTI). Portanto cabe ao psicólogo encontrar maneiras criativas e eficazes para fazer as intervenções com os pacientes do hospital, e também aprender a lidar com o ritmo que este local impõe, trabalhando com outras pessoas no quarto, ou fazendo apenas um ou dois atendimentos àquele paciente, pois este recebeu alta ou evoluiu para o óbito (SIMONETTI, 2011).

Quando se trata da internação do paciente na unidade de terapia intensiva, além de todo o contexto que o processo de hospitalização traz na vida do paciente, ainda existem fatores específicos deste local que poderão influenciar no estado emocional do mesmo. Inicialmente o nome UTI é carregado de um estereótipo de morte iminente. É comum observar pessoas que possuem a crença de que a UTI é um local para onde são levados os indivíduos que estão em estado terminal, que não possuem muitas chances de melhora (SEBASTIANI, 2003).

Além deste estereótipo, a UTI também possui outras particularidades que podem agravar o estado emocional do paciente. Em alguns hospitais não é liberada a entrada de visitas aos pacientes internados, a unidade em si impõe um ritmo de trabalho acelerado, características de despersonalização, além do próprio ambiente físico em si. Em determinados casos os pacientes necessitam de aparelhos extra e intracorpóreos para que o tratamento dê resultado, devido ao próprio espaço físico perdem a noção do tempo, não conseguem identificar muitas vezes se é dia ou noite por conta própria. Há situações que geram um clima tenso dentro da unidade, que por vezes é sentido pelo paciente, além de que podem participar de forma direta ou indireta do sofrimento dos demais pacientes lá presentes, se deparar com a piora ou o falecimento de alguém diante de seus olhos (SEBASTIANI, 2003).

Apesar de todas essas situações desconfortantes, é importante ter em mente que a Unidade de Terapia Intensiva é um local onde se trabalha em prol da vida, independente de o paciente estar muito debilitado ou não. Na UTI estão os

equipamentos mais avançados e os profissionais mais capacidades, os quais oferecem atenção constante aos pacientes. Por isso, todo o processo de trabalho intensivo que caracteriza o ambiente UTI deve andar lado a lado com o acolhimento e amparo emocional e psicológico ao paciente (SILVA, 2007).

Silva (2007, p. 40) coloca como primordial no trabalho dos profissionais dentro da Unidade de Terapia Intensiva o seguinte aspecto:

Do ponto de vista clínico, há que se observar os aspectos básicos de humanização na UTI como no hospital de maneira geral, que são vinculados aos seus direitos como ser humano e cidadão. Controle da dor, privacidade, direito à informação e de ser ouvido em suas queixas, ambiente adequado para o sono, atenção ao seu pudor, atenção a suas crenças, presença da família e cuidados paliativos quando adequados são os referidos pela AMIB.

Todo esse trabalho desenvolvido pelo psicólogo está relacionado ao processo de humanização no hospital, onde as pessoas, doentes ou não, receberão atenção e cuidados, com objetivo de auxiliar no bem estar não só físico como emocional e psicológico de todos que estão envolvidos no processo de adoecimento que será tratado pela equipe do hospital (CARVALHO, 2008).

Para que o processo de humanização e valorização da vida e trabalho humano possa de fato ocorrer, são trabalhados cinco aspectos do dia a dia da UTI, sendo eles o ambiente físico, aspectos sensoriais, necessidades da família, equipe de saúde e necessidades do paciente (SILVA, 2007).

Levando em consideração que o processo de internação na Unidade de Terapia Intensiva pode gerar muito sofrimento e em algumas situações ser até traumático para o paciente, torna-se importante verificar como este se sente durante seu período de permanência neste local, pois esta informação poderá ajudar na disseminação da imagem negativa que se tem hoje da Unidade de Terapia Intensiva. Para os profissionais que trabalham nesta área também poderá ser enriquecedor saber qual a percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva, pois é possível que sejam visualizados pontos a serem melhorados pela equipe, e que poderão influenciar diretamente no estado emocional do paciente.

Este estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital geral do planalto norte catarinense, no qual participaram 20 pacientes de ambos os sexos que ficaram internados na unidade e, assim que obtiveram alta e foram para o quarto, realizou-se a aplicação da entrevista, objetivando descobrir qual a percepção deles sobre o período em que permaneceram na UTI.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é considerado de natureza básica, procura encontrar respostas para questões relacionadas à natureza do comportamento (COZBY, 2003). Quanto à

abordagem do problema é quantitativo e qualitativo. O universo do estudo engloba os pacientes da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital do planalto norte catarinense do período entre Julho a setembro de 2012.

Fizeram parte da amostra pacientes que receberam alta da Unidade de Terapia Intensiva e que estavam em condições para falar a respeito do período em que estiveram internados e que quiseram fazer parte da pesquisa. A coleta de dados aconteceu nos quartos da enfermaria onde os pacientes estavam hospitalizados após o recebimento da alta da UTI. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário sócio demográfico e uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas.

Como critério de inclusão no estudo foi considerado 1 - Pacientes de ambos os gêneros, que tiverem recebido alta da Unidade de Terapia Intensiva, nas primeiras 24 horas de um Hospital do Planalto Norte Catarinense e que apresentaram condições de falar sobre seu período de internação; 2- Interesse em participar do estudo e assinatura de aceite no Termo de Livre Consentimento Esclarecido.

Como metodologia para análise de dados o questionário sócio demográfico foi analisado quantitativamente apresentando informações numéricas para o estudo e para a entrevista semi estruturada foi realizado a análise de conteúdo através da Tabela de Bardin (1977). Esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da Universidade do Contestado e recebeu parecer de aprovação n31598.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada em um hospital geral do planalto norte catarinense com 20 pacientes, sendo destes 55% do gênero feminino e 45% do gênero masculino. Com relação à idade, 15% dos pacientes apresentavam idade entre 44 e 56 anos, 35% tinham idade entre 57 e 69 anos e 50% estavam acima dos 69 anos de idade. Dentre as patologias apresentadas pelos indivíduos participantes da pesquisa, 30% da amostra foi internada na UTI por cardiopatia, 20% por problemas de ordem respiratória, 10% com doença renal, 10% por doença neurológica, 5% por hipertensão, 5% casos oncológicos e 20% foram internados por politraumatismo e pós-cirúrgico por trauma. O tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva foi diferente para cada paciente, sendo que 35% deles ficaram até três dias na unidade, 25% permaneceram de 4 a 6 dias, 30% permaneceram de 7 a 10 dias, e 10% ficaram na unidade acima de 10 dias. Segue abaixo a tabela com todos os dados citados:

Tabela 1 – Apresentação sócio demográfica dos participantes do estudo.

| Gênero | Idade | Patologia | Período de internação |
|--------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------|
| Masculino (n=9) | 18 a 30 (n=0) | Cardiopatía (n=6) | Até 3 dias (n=7) |
| Feminino (n=11) | 31 a 43 (n=0) | Respiratória (n=4) | De 4 a 6 dias (n=5) |
| | 44 a 56 (n=3) | Renal/hipertensão (n=3) | De 7 a 10 dias (n=6) |
| | 57 a 69 (n=7) | Oncologia (n=1) | Acima de 10 dias (n=2) |
| | Acima de 69 (n=10) | Neurológico (n=2) | |
| | | Trauma (n=4) | |

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Considerando que o método escolhido para análise dos resultados foi a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977), foi elaborada então uma segunda tabela contendo os resultados subdivididos em categoria, subcategorias e elementos de análise. Para criá-la, foram categorizados os dados presentes nas respostas das entrevistas, para que em seguida fossem aproximados os dados semelhantes e então fossem criadas a categoria, as subcategorias e seus elementos de análise. Desta forma foi nomeada como categoria do estudo a Permanência do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Dentro da categoria Permanência na Unidade de Terapia Intensiva, foram determinadas as subcategorias Aspectos Positivos e Aspectos Negativos, relacionadas à percepção que o paciente teve durante seu período de internação. Em seguida foram estabelecidos os elementos de análise, que estão dispostos no quadro a seguir:

Quadro 2 – Apresentação da tabela com os resultados da pesquisa aplicada

| Categoria | Subcategorias | Elementos de análise |
|--|----------------------|------------------------------------|
| Permanência na Unidade de Terapia Intensiva. | Aspectos positivos | Atenção por parte dos funcionários |
| | | Desmistificação da UTI |
| | | Cuidados |
| | Aspectos negativos | Tristeza pelo adoecer |
| | | Medo de morrer |
| | | Ausência de privacidade |
| | | Medo diante do novo e desconhecido |
| | | Despersonalização |

Fonte: dados da pesquisa (2012).

Dentre os elementos de análise dispostos na subcategoria Aspectos Positivos, o primeiro deles denomina-se Atenção por parte dos funcionários. Este item teve grande importância na pesquisa, pois 75% dos pacientes entrevistados relataram que um dos motivos pelos quais se sentiu bem dentro da UTI foi a atenção recebida por parte dos funcionários da unidade. Esta atenção foi definida por eles como a conversa que era estabelecida com cada paciente, os questionamentos frequentes para saber como estavam se sentindo, o que na percepção do paciente ia muito além do simples cuidado com a melhora física e orgânica do mesmo.

Reforçando a importância do trabalho que a equipe de profissionais da unidade tem diante do bem estar psicológico e emocional do paciente, Lucchesi, Macedo e De Marco (2008, p. 24) afirmam:

Outro aspecto de extrema relevância e que se constitui um campo importante de atuação do psicólogo na UTI é a permanente atitude empática com a equipe de saúde em relação à sua tarefa assistencial, para que desta forma o profissional seja um facilitador para a necessária instrumentalização dos demais profissionais no campo relacional, ou seja, é preciso que todos ali, independentemente de sua função, se aprimorem ainda mais em observar as reações emocionais do paciente e suas expressões corporais (comportamento não-verbal), a fim de identificar mais precocemente necessidades de atenção e demandas psicológicas latentes.

O segundo elemento de análise da subcategoria Aspectos Positivos chama-se Descoberta sobre a realidade da UTI. Durante a entrevista, houve relatos de pacientes que admitiram imaginar que a UTI era “uma sala onde a pessoa que estava muito mal era colocada” (sic 08). Ou ainda, que “era um lugar escuro, onde a gente ficava sozinho, só com um médico ou outros funcionários por perto” (sic 13). Desta maneira, pode-se observar que havia no imaginário de alguns dos pacientes que participaram da pesquisa a ideia de que a UTI era um local isolado, onde as pessoas ficavam sozinhas, não havia conversa nem mesmo companhia. A permanência na UTI para alguns pacientes auxiliou na desmistificação deste local, sendo possível a descoberta sobre a realidade que lá se passa, verificando que a visão criada por eles era totalmente contrária do que realmente acontece.

Com relação ao modo como a UTI por vezes é vista pela sociedade, Pina, Lapchinsk e Pupulim (2008) trazem que este ambiente, por tratar de pacientes que apresentam patologias mais severas e quadros mais graves, fazendo uso de procedimentos considerados invasivos e em algumas situações agressivos ao corpo do paciente, pode gerar nas pessoas um imaginário que distorce a realidade que lá existe, estigmatizando a UTI. Além do ambiente físico, podem surgir também concepções errôneas a respeito do trabalho realizado pela equipe, a qual apenas busca com todo seu conhecimento técnico e científico manter os pacientes em situação estável.

Ainda dentro da subcategoria Aspectos Positivos, foi determinado como terceiro elemento de análise o item Cuidados. Durante a aplicação da pesquisa, foi possível perceber que 100% dos indivíduos que disseram se sentir bem enquanto internados explicavam que foi possível ter esse sentimento pelo fato de perceberem que estavam sendo bem cuidados. Isso implica que a atenção constante e o trabalho realizado 24 horas por dia dentro da unidade passam para alguns pacientes

a segurança de que estão lá para melhorar, que estão recebendo todos os cuidados necessários.

Tendo em vista que a Unidade de Terapia Intensiva proporciona atenção e cuidado ao paciente 24 horas por dia, torna-se importante considerar que além do cuidado com o estado orgânico do paciente, os profissionais desta unidade devem disponibilizar um cuidado humanizado ao mesmo. Este cuidado humanizado pode ser definido como a habilidade dos profissionais em perceber e compreender o paciente em sua totalidade, enxergando sua experiência existencial de adoecimento, buscando auxiliá-lo a enfrentar de forma positiva esta fase de sua vida. Além disso, os profissionais que procuram trabalhar dentro do atendimento humanizado devem buscar preservar a autonomia de cada paciente, pois o direito de tomada de decisão quanto ao que desejam para si é a primeira coisa que se perde quando se adocece (MORAIS et al. 2009).

Dentro da segunda subcategoria, Aspectos Negativos, o primeiro elemento de análise disposto chama-se Tristeza pelo adoecer. A tristeza foi um sentimento que apareceu dentro das alterações emocionais que 40% dos pacientes perceberam enquanto estavam internados na UTI. Esta tristeza era demonstrada e mesmo verbalizada pelos pacientes devido ao fato de estarem doentes, ou seja, estar naquela situação, internado em uma unidade de terapia intensiva causou, em alguns pacientes, o sofrimento emocional, o qual foi demonstrado através da tristeza.

Estar doente está relacionado com a perda da saúde, momento em que o paciente passa por um luto, assim como ocorre no momento em que se perde um ente querido. O luto pela perda da saúde pode ser visto pelos profissionais da área hospitalar nos momentos em que o paciente entra em um estado próximo ao da depressão. No entanto, é importante que este momento não seja tratado com medicação, pois é necessário que o paciente tente elaborar esse processo de crise através da sua carga existencial. Por isso é importante a tristeza e o sofrimento que o adoecimento causa, pois assim o paciente poderá descobrir se é capaz de superar perdas tão grandes quanto a da sua própria saúde (ANGERAMI-CAMON et al. 2012).

Ainda dentro da subcategoria Aspectos Negativos, o segundo elemento de análise presente nos resultados do estudo está definido como Medo de morrer. Diante da situação em que se encontravam, 30% da amostra que participou da entrevista afirmou sentir medo de morrer. Em síntese, para eles estar doente ao ponto de chegar em uma UTI foi crucial para que sentissem medo de que houvesse uma piora e que corressem o risco de falecer.

A respeito disso, Gomes (1998) traz que “O termo terapia intensiva já provoca uma certa sobrecarga emocional, pois normalmente, associa-se a ele uma piora das condições gerais do doente, colocando-o em proximidade com a morte.”

Houve relatos também acerca da exposição dentro da UTI. De todos os pacientes entrevistados, 30% relataram se sentir incomodados com a falta de privacidade e a exposição a que estavam sujeitos dentro da unidade. Portanto, como terceiro elemento da subcategoria Aspectos Negativos foi escolhido o item Ausência

de privacidade. Esta situação ocorre devido ao espaço físico que a UTI possui, pois segundo os próprios pacientes não é possível levantar do leito, precisam fazer suas necessidades em fraldas, tomam banho na cama e com auxílio da equipe, pois estão fazendo uso dos aparelhos próximos ou acoplados aos seus leitos.

Com relação à privacidade do paciente dentro da Unidade de Terapia Intensiva, Silva (2007) traz recomendações importantes que a AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira) coloca como essenciais para que se possa de fato deixar esse ambiente mais humanizado. Dentre várias colocações trazidas pelo autor, consta que para facilitar o processo de adaptação e permanência do paciente na UTI, podem ser colocados box em volta do leito para preservar a privacidade do indivíduo, pois os momentos em que o paciente faz sua higiene pessoal por vezes é vista pelos demais pacientes, e essas situações podem ser muito constrangedoras e incomodas.

Foi denominado também como elemento de análise da subcategoria os aspectos Negativos, o Medo do novo e do desconhecido. Segundo 45% da amostra entrevistada, o fato de não conhecer como funciona uma UTI e o imaginário de como seria estar neste ambiente lhes causava medo.

Com relação ao exposto acima, Pina, Lapchinsk e Pupulim (2008) expõe que

Por falta de conhecimento e de informação sobre estes serviços, as pessoas visualizam na rotina assistencial, no perfil da equipe intensivista e na enfermidade que acomete os doentes para lá encaminhados, características mistificadas, oriundas de ideias ou opiniões inadequadas acerca do atendimento.

Por fim, o último elemento de análise da subcategoria Aspectos Negativos denomina-se Despersonalização. Dentre os dois modelos que a literatura traz a despersonalização de identidade não foi pontuada em nenhum momento pelos pacientes. Todos afirmaram ser chamados pelo nome, e em alguns casos até por apelidos carinhosos indicados por sua família durante a internação. No entanto, foi possível perceber que houve a despersonalização espacial, pois 75% da amostra entrevistada verbalizou questões relacionadas à dificuldade em se acostumar ao local, incomodo pela ausência de privacidade, ansiedade e angústia por ficar muito tempo apenas na cama, sem poder agir como age em sua casa, além da dificuldade em dormir no leito.

A despersonalização do paciente se inicia logo quando ele entra no hospital. Inicialmente ele perde suas roupas, tem de passar por processos de higienização a fim de evitar infecções, além das dificuldades que o próprio estado de adoecimento impõe. Como o paciente fica de certa forma dependente de aparelhos e necessita muitas vezes de repouso, é comum que tenha de permanecer deitado, sem poder levantar, caminhar, ou mesmo saciar sua fome ou sede por conta própria, estando dependente sempre de alguém para que essas necessidades sejam supridas. Sua rotina diária, que inclui trabalho, estudo ou mesmo relações sociais e familiares são abaladas, pois a hospitalização o afastará dessas situações momentaneamente. Além disso, terá de permanecer em um local com características bem diferentes da sua casa, seu lar, onde se sente bem e protegido, rodeado de pessoas

desconhecidas e terá de passar grande parte do tempo longe da família, situações que juntas causam muito abalo emocional ao paciente (RODRIGUES, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração todas as implicações que o processo de hospitalização causa na vida do indivíduo, é possível perceber que com a amostra estudada o atendimento humanizado fez a diferença no que diz respeito a uma melhor adaptação do paciente à Unidade de Terapia Intensiva. A percepção dos pacientes quanto ao período em que permaneceram na UTI foi em sua maioria positiva, sendo que os mesmos evidenciaram a atenção e, principalmente, o carinho que foi destinado a eles foi o que fez toda a diferença para que pudessem se sentir melhor enquanto internados. Quando todos os profissionais da equipe multidisciplinar do hospital, e não apenas o psicólogo, proporcionarem atenção ao paciente de forma humanizada, dando importância ao seu estado emocional, o processo de hospitalização poderá ser enfrentado pelo paciente com mais facilidade.

O sofrimento emocional que a internação hospitalar invariavelmente irá causar no paciente poderá então ser minimizado, e o estereótipo negativo que a UTI possui enfim poderá ser dizimado gradativamente. Segundo a visão dos pacientes que fizeram parte da amostra, é possível verificar que nesta Unidade de Terapia Intensiva em que ficaram internados o processo de humanização já se iniciou. No entanto, mais pesquisas devem ser realizadas na área e com este grupo, para que se possa incluir o atendimento humanizado no maior número possível de hospitais gerais, podendo assim proporcionar cada vez mais um melhor atendimento àqueles que necessitam do trabalho da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. de; MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 183-202, jul./dez. 2011.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org). **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

ANGERAMI-CAMON, V. A. *et al.* **Psicossomática e a psicologia da dor**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

CARVALHO, K. B. de. Atuação do psicólogo no suporte ao paciente, família e equipe multiprofissional no processo da humanização hospitalar. **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, Belo Horizonte, v. 4, n. 7, fev./jul. 2008.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciência do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

GOMES, A.M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 2.ed. São Paulo: Ed. EPU, 1988.

LUCCHESI, F.; MACEDO, P. C. M.; DE MARCO, M. A. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jun. 2008.

MELLO, P. C. de; A atuação do psicólogo na unidade de terapia intensiva. **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, Belo Horizonte, a. 4, n. 7, fev./jul. 2008.

MORAIS, G.S.N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta paul. enferm.**, v. 22, n. 3, p. 54-63, 2009.

PINA, R. Z.; LAPCHINSK, L. F.; PUPULIM, J. S. L. Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 4, out./dez. 2008.

RODRIGUES, K. R. B. **A atuação do psicólogo hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo, 2006.

SEBASTIANI, R. W. Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

SILVA, R. R. Psicologia e Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Salus**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 39-41, jan./jun. 2007.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 6.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

Artigo recebido em: 09/06/2013

Artigo aprovado em: 26/11/2013