



ARTIGO DE PESQUISA

PERCEPÇÕES DE PACIENTES PÓS-ALTA DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO NESSE SETOR

PERCEPTIONS OF PATIENTS POST-DISCHARGE FROM INTENSIVE CARE UNITS ABOUT HOSPITALIZATION IN THIS SECTOR

PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES DESPUÉS ALTA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE EL HOSPITALIZACIÓN ESTE SECTOR

Silviamar Camponogara¹, Cibelle Mello Viero², Camila Pinno³, Sabrina Gonçalves Aguiar Soares⁴, Isabela Lencinca Rodrigues⁵, Cibele Cielo⁶.

RESUMO

A Unidade de Cuidados Intensivos é um ambiente hospitalar destinado a pacientes graves, porém, com quadro clínico recuperável. Objetivou-se conhecer as percepções dos pacientes em período pós-alta de Unidades de Cuidados Intensivos. Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido com os pacientes que estiveram internados nas Unidades de Terapia Intensiva Geral Adulto e de Cardiologia. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados com base nos pressupostos da análise de conteúdo temática de Minayo⁽⁸⁾. A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias: a experiência da hospitalização e a religiosidade como estratégia de enfrentamento. Evidencia-se que, embora a hospitalização nesse setor possa ser encarada como algo ruim, também pode ser percebida de forma mais tranquila, especialmente quando há uma interação positiva com a equipe de saúde. A religiosidade é a estratégia mais utilizada para o enfrentamento dessa situação. Conclui-se que a internação em Unidades de Cuidados Intensivos pode ser vivenciada de forma menos assustadora, quando a equipe utiliza estratégias e práticas de humanização da assistência, especialmente associadas à busca de interação e estímulo à religiosidade.

Descritores: Humanização da assistência; Assistência; Terapia intensiva.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit is a hospital setting destined for severely ill patients, but with recoverable clinical diagnoses. The objective was to understand the perceptions of patients post-discharge from intensive care units. This is a study with a descriptive, exploratory and qualitative approach, developed with patients who were hospitalized in the Adult Intensive Care and Cardiology Units. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed based on the assumptions of content analysis by Minayo. From the analysis of the data, two categories emerged: the experience of hospitalization, and religion as a coping strategy. It is evident that although hospitalization in this sector can be seen as something bad, it can also be perceived more smoothly, especially when there is a positive interaction with the healthcare team. Religion is the main strategy used for comfort in this situation. It was concluded that admission to intensive care units can be experienced as less frightening when the team uses strategies and humanized assistance practices, especially related to interaction and stimulation of religion.

Descriptors: Humanization of assistance; Assistance; Intensive care.

RESUMEN

La Unidad de Cuidados Intensivos es un entorno de hospital para los pacientes gravemente enfermos, sin embargo, con cuadro clínico recuperable. El objetivo fue conocer las percepciones de los pacientes después del alta de las unidades de cuidados intensivos. Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, descriptivo y exploratorio, desarrollado con pacientes que fueron hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos general y Cardiología. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semi-estructuradas y analizados bajo los supuestos del análisis de contenido temático de Minayo. A partir del análisis de los datos, emergieron dos categorías: la experiencia de la hospitalización y la religiosidad como estrategia de afrontamiento. Es evidente que aunque la hospitalización en este sector puede ser visto como algo malo, también puede ser percibido sin problemas, especialmente cuando hay una interacción positiva con el equipo de salud. La religiosidad es la principal estrategia para enfrentar esta situación. Se concluye que la admisión a unidades de cuidados intensivos se puede experimentar menos atemorizante, cuando el equipo utiliza estrategias y prácticas de asistencia de humanización, especialmente relacionado con buscar la interacción y la religiosidad estimulación.

Descritores: Humanización de la atención; Asistencia; Cuidados intensivos.

¹ Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, ² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGEnf- UFSM, ³ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGEnf- UFSM, ⁴ Enfermeira, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGEnf- UFSM, ⁵ Enfermeira, formada pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, ⁶ Enfermeira, Residente Multiprofissional em Cardiologia do Instituto de Cardiologia Fundação Universitária de Cardiologia - ICFUC.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar destinado a pacientes graves, mas com quadro clínico recuperável. Caracteriza-se como área hospitalar complexa e reservada, com pacientes em monitorização contínua e potencialmente graves. Fornecem vigilância por 24 horas, suporte e tratamento intensivo, alta tecnologia e contém recursos materiais e humanos especializados⁽¹⁾.

A UTI é considerada um dos ambientes mais agressivos e tensos do hospital, onde a morte é uma constante, devendo, os profissionais, estar sempre alertas para qualquer intercorrência. Nesse setor, podem ser destacadas questões como: privação de sono, ruídos excessivos, invasão de privacidade, grande fluxo de profissionais, quase exclusão dos familiares no processo de cuidado, pouca comunicação, além da presença de inúmeros cabos, fios e monitores⁽²⁻³⁾, as quais influenciam no processo de hospitalização, tornando essa experiência ainda mais peculiar.

Essas situações acabam por influenciar a valorização das tecnologias, podendo dificultar uma atuação profissional mais humanizada para o paciente. Contudo, é justamente nesse contexto, cerceado por rico aparato tecnológico, medicalização intensa e atuação baseada em protocolos de diagnóstico e terapêuticos que se faz mais premente uma ação profissional pautada no respeito à autonomia e dignidade do outro. Sendo assim, há necessidade de um olhar sensível da equipe de saúde, no sentido de atender holisticamente aos pacientes; promovendo, dessa forma, um cuidado humanizado⁽⁴⁻⁵⁾. Particularmente, o cuidado humanizado pode ser caracterizado como o que envolve o cuidado integral ao paciente, o “se colocar no lugar do outro”, interagir/conversar com ele, mobilizando a equipe no desenvolvimento de estratégias humanizadoras^(6,7).

Nos últimos anos, tem-se observado um crescimento e aperfeiçoamento de políticas e ações que promovam a humanização da assistência, não só na UTI, mas no contexto de atenção à saúde como um todo. Dentre essas ações podemos citar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), instituído pelo Ministério da Saúde em 2001^(2,5).

Além de qualificar a assistência prestada, a humanização durante o processo de trabalho de enfermagem em UTI é fundamental para orientar a construção das políticas em saúde, no sentido de ofertar atendimento articulado aos avanços tecnológicos e acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Para isso, a humanização deve ser uma política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva⁽⁵⁻⁶⁾.

Nesse sentido, a humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe, não no sentido de um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes. Trata-se, então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo⁽⁵⁾.

Nas Unidades de Tratamento Intensivo, a alta tecnologia e capacitação necessariamente diferenciam-se como um instrumento ordenador e definidor da atenção à saúde. Faz-se o trabalho de forma rápida, integrada e qualificada, com base não

somente nos trabalhadores e instituição, mas sim no interesse social e coletivo. Enfim, devem-se abrir as fronteiras de nossas concepções assistenciais de terapia intensiva, ampliar a influência dessas unidades tradicionalmente fechadas e restritivas na perspectiva concreta de que mudanças qualificadoras devem ser discutidas e incorporadas/operacionalizadas em vista da humanização em saúde^(3,6).

Considerando que a enfermagem é a arte e a ciência do cuidar, há necessidade do aprimoramento das relações interpessoais, especialmente com os pacientes. Quando as ações são desenvolvidas dentro dos valores éticos da nossa profissão e, principalmente, com um toque de humanização, os outros profissionais e, até mesmo, a sociedade valorizam e reconhecem a profissão como elemento essencial e necessário ao cuidado do outro⁽⁷⁾.

Diante do exposto, depreende-se que qualquer atividade de assistência protagonizada pelos diversos trabalhadores da área da saúde, em diferentes cenários, deve ter a humanização como mola mestra. Nos ambientes de terapia intensiva, dadas as suas características peculiares, acredita-se que seja ainda mais relevante orientar o cuidado à saúde com base nesse referencial^(5,7).

Considerando que a internação em UTI está carregada de características especiais, torna-se fundamental conhecer a percepção dos sujeitos que vivenciam esse processo, como forma de buscar estratégias que aperfeiçoem e humanizem o processo assistencial, minimizando os aspectos negativos que estão presentes nessa experiência. Para tanto, desenvolveu-se este estudo orientado pela seguinte questão de pesquisa: qual é a percepção de pacientes em período pós-alta de unidade de cuidados intensivos sobre a hospitalização nesse setor?

Diante disso, objetivou-se conhecer as percepções dos pacientes em período pós-alta de unidade de cuidado intensivo sobre a

hospitalização nesse setor, visando obter subsídios que contribuam para um cuidado mais humanizado.

MÉTODO

A pesquisa tem abordagem qualitativa, descritivo-exploratória. A pesquisa qualitativa interessa-se pelos motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes resultantes de ação humana objetiva, apreendidos no cotidiano, da experiência e da explicação das pessoas que vivenciam determinado fenômeno. Com isso, requer, como atitudes fundamentais do pesquisador, a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com atores sociais envolvidos⁽⁸⁾.

As pesquisas descritivas têm como desígnio estudar as características e atitudes de um determinado grupo, ainda, esse tipo de pesquisa considera o ambiente em que os sujeitos estão inseridos, não sendo reduzidos a variáveis, e sim analisados holisticamente. Não se consideram somente os resultados finais, mas também os processos, buscando o entendimento do fenômeno como um todo⁽⁹⁾. As pesquisas exploratórias desenvolvem, esclarecem, modificam ideias e conceitos. A pesquisa do tipo exploratória tem como objetivos aprimorar conhecimentos, descobrir intuições e proporcionar maior familiaridade com o tema, tornando o seu planejamento bastante flexível⁽⁹⁾.

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Fizeram parte do estudo os pacientes que estiveram internados nas Unidades de Terapia Intensiva Geral Adulto e de Cardiologia Intensiva (UCI) do HUSM. Foram considerados critérios de inclusão: ter internação por mais de 48 horas em unidade de cuidado intensivo; ser adulto maior de 18 anos e estar lúcido e orientado no tempo e no espaço.

A escolha dos pacientes foi intencional, de acordo com o fluxo de alta das unidades de cuidados intensivos, resguardados os critérios

de inclusão. O fechamento da amostra aconteceu perante a saturação dos dados. A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente utilizada em investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde, entre outras, e é usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. O fechamento amostral, por saturação teórica, define-se como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados⁽¹⁰⁾.

Os dados foram coletados no período de abril a outubro de 2012 por meio de entrevista semiestruturada com 14 participantes, sendo cinco oriundos da Unidade de Cardiologia Intensiva e nove da Unidade de Terapia Intensiva. Os dados foram coletados enquanto os sujeitos ainda estavam hospitalizados em unidade de internação. A entrevista foi orientada por questões norteadoras que abordavam sobre o processo de hospitalização na unidade de cuidados intensivos, buscando-se subsídios sobre a percepção dos participantes sobre essa experiência. Na entrevista semiestruturada é permitida uma relativa flexibilidade, pois as questões podem não seguir exatamente a ordem prevista e poderão, inclusive, ser levantadas novas questões, além das preestabelecidas, de acordo com o decorrer da entrevista⁽⁹⁾.

As entrevistas foram gravadas e transcritas pelas próprias pesquisadoras. O processo de análise dos dados esteve orientado pelas etapas básicas de análise de dados em pesquisa qualitativa, quais sejam: reunião do *corpus* de análise, pré-análise (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⁽⁸⁾ para guiar o processo de análise.

O estudo foi submetido à autorização institucional do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM); pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) e à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob o número 01833812.5.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram 14 pacientes, sendo que, desses, cinco estiveram internados na Unidade de Cardiologia Intensiva e nove na UTI. Os pacientes tinham idade entre 20 e 71 anos, sendo três do sexo feminino e onze do sexo masculino. Com relação ao estado civil, dez eram casados, dois solteiros e dois viúvos. A escolaridade variou de analfabeto a ensino médio completo, e o tempo de internação variou entre seis a sessenta dias.

A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias, a saber: a experiência da hospitalização e a religiosidade como estratégia de enfrentamento.

A experiência da hospitalização

A experiência da hospitalização pode ter diferentes significados para as pessoas. Dados da literatura tem demonstrado que, no ambiente da UTI, mostra-se ainda mais assustadora. No entanto, parte dos participantes do estudo relatou que essa experiência está relacionada a aspectos positivos, contrariando o senso comum de que a internação em UTI é uma experiência negativa. Esse fato pode ser observado a seguir: “A minha experiência foi muito boa lá. Eu acho que é uma das melhores coisas que o hospital universitário que eu conheci no momento tem e acredito que vai ser sempre” (E5). “Gostaria de não entrar de novo... o tratamento é bom, é ótimo, fui bem atendido, são atenciosos, mas a gente fica naquela agonia, naquela ansiedade...” (E8).

Os depoimentos evidenciam que os respondentes não vinculam a Unidade de Terapia Intensiva a um ambiente tão hostil e amedrontador. Entretanto, é necessário ressaltar que, muitos dos respondentes desse estudo, haviam passado por internação em unidade de cardiologia intensiva. Nesses setores, normalmente, as condições de internação são menos agressivas, tendo em vista que as condições de saúde dos pacientes permitem o estabelecimento de maior interlocução com os trabalhadores e, até mesmo, com outros pacientes. Contudo, também pode ser destacado que os depoimentos evidenciam que houve, por parte da equipe, a utilização de estratégias de interação exitosas.

A partir das falas dos participantes, torna-se perceptível a importância da utilização das tecnologias duras, relativas ao uso de equipamentos, normas e estrutura organizacional⁽¹¹⁾ em relação ao tratamento dos pacientes em UTI. Mas é necessário ressaltar que por mais importante e indispensável que sejam as tecnologias, não substituem a essência humana que proporciona o ambiente menos hostil, tecnológico e, sim, capaz de construir um cuidado dentro da UTI mais humanizado⁽¹²⁾. Então, para que a o cuidado de enfermagem não se torne extremamente mecanicista, é importante a prática humanizada, não esquecendo os aspectos biopsicossocial dos pacientes^(3,13).

Dessa forma, para suprir também as necessidades e desafios mecanicistas do cuidado em UTI o Ministério da Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, com o intento de fazer com que a prática de humanização torne-se rotina em Unidades de Terapia Intensiva. O programa especifica a importância da aproximação de tecnologias duras e os relacionamentos entre profissionais da saúde e pacientes, ressaltando a comunicação como ferramenta estratégica

para um cuidado humanizado em UTI. Para que a assistência em UTI torne-se mais humanizada, salienta-se a necessidade de se atentar para as dimensões do sujeito: família, social, emocional e espiritual^(5,6,14).

Nesse caso, um depoimento é exemplar da importância desse processo como forma de amenizar os impactos do processo de hospitalização: “Então para mim foi uma nova experiência... foi uma coisa que eu vi que o ser humano pode ajudar o outro... tu nota ali o empenho deles ali trabalhando, cuidando você como se fosse uma pessoa da família...e aquilo mexe com você... eles não deixam tu ficar triste, ali eles sempre estão dando uma palavra, uma brincadeira... e eu me senti como se eu estivesse em casa... me senti bem...” (E10).

Apesar de vivenciar o momento crítico da internação, os aspectos favoráveis apontados pelos participantes da pesquisa relacionam-se à atenção e dedicação da equipe de saúde, assim como sua demonstração de carinho e apoio emocional, ou seja, a prestação do cuidado humanizado dos profissionais de saúde.

A UTI é caracterizada como um ambiente com alto grau de especialização do trabalho, mas que não deve desconsiderar o “humano” e o emocional do paciente. A equipe de enfermagem tem papel fundamental na percepção e no apoio em relação à percepção da UTI e as diversas formas que o paciente possa reagir à nova situação e do modo que a enfrenta. Essas experiências e comportamentos estão baseados numa série de valores, tais como: aspectos culturais, maneira que ocorre a doença, percepção prévia da UTI e, principalmente, confiança ou não na equipe que cuida⁽¹⁵⁾. Dessa forma, no que tange aos sentimentos despertados, infere-se que os sujeitos, mediante o risco de morte, (re)significaram a conceito da vida e o valor da saúde. “Deixa eu ver se consigo uma palavra para te dizer... [silêncio] sentimento

de alívio, sentimento de vencedor... um sentimento de que essas pessoas que ficaram aqui para ajudar os outros...” (E10). “Mais amor à vida... se eu amava minha vida antes, agora amo ainda mais... porque agora eu sei o que que ela vale...” (E15). “Dê mais amor à vida... dê mais cuidado à vida...” (E7).

Percebe-se que após a internação em UTI, os sujeitos passaram a tecer reflexões diversas, repensando sua trajetória e trazendo à tona um sentimento de valorização e amor à vida. Ao relatarem tais sentimentos, percebe-se a fundamental importância da presença constante da equipe, que ao atuar de forma respeitosa e humanizada, também transparece maior segurança em relação à UTI. O ambiente e a equipe multiprofissional têm influência direta na adaptação e interação com os pacientes⁽¹⁶⁾.

Entretanto, ao mesmo tempo em que os entrevistados associam a pós-alta da UTI com um momento “vencido”, eles percebem essa unidade também com sentimentos negativos, como a raiva e a culpa. “Ah o sentimento nenhum, porque eu não me lembro, mas o sentimento que desperta na gente é um sentimento de culpa, de raiva, de estar errado, de querer mudar, é um sentimento bem complicado” (E13).

Dessa maneira, percebe-se um sentimento de frustração diante do seu estado de saúde, nesse caso associado aos hábitos de vida praticados pelo participante. Sendo assim, é de extrema importância reconhecer e aceitar que fatores emocionais permeiam esses setores e que os sujeitos estão vulneráveis a desequilíbrios de ordem sentimental e psicológica⁽¹⁷⁾. O adoecimento e a hospitalização representam rupturas de vínculo com os amigos, familiares e seu cotidiano; em geral o sujeito deixa seu trabalho e não realiza suas atividades rotineiras. Então, instaura-se uma crise marcada por sentimentos negativos⁽¹⁶⁾.

Diante disso, reitera-se a importância de uma atuação humanizada por parte da equipe

multiprofissional, oferecendo suporte emocional, no intuito de contribuir para minimizar a experiência negativa que cerceia a internação nesses setores. A utilização de algumas estratégias, para descontrair o ambiente e aliviar a tensão, como manifestado pelos respondentes, pode auxiliar muito nesse processo.

Contudo, muitos pacientes apontaram que, diante da internação em Unidades de Cuidados Intensivos, também utilizam recursos próprios para poder enfrentar a situação. A religiosidade, nesse caso, foi enfatizada como importante aliada, para a busca de conforto e esperança, conforme exposto na próxima categoria.

A religiosidade como estratégia de enfrentamento

A experiência da hospitalização, por si só, já pode ser considerada difícil, uma vez que afeta o cotidiano de vida das pessoas e pode representar a necessidade de alteração no seu modo de vida. No entanto, quando a hospitalização ocorre no cenário de uma unidade de cuidados intensivos, essa experiência pode ser percebida como ainda mais difícil, suscitando diversos sentimentos, uma vez que lá, normalmente, as pessoas envolvidas com o processo de adoecimento, veem a possibilidade de finitude da vida⁽⁷⁾.

Dessa forma, ao serem questionados sobre o significado da experiência vivenciada como pacientes internados em unidades intensivas, os participantes apontaram a religiosidade como algo de extrema relevância para o enfrentamento desse período. Assim sendo, os pacientes utilizaram a religiosidade como meio de sentir-se amparados em um ambiente desconhecido e em um momento de extrema fragilidade. A crença e a fé denotaram conforto e salvação da vida, conforme demonstrado a seguir: “Só me agarrei com Deus. Entreguei minha vida para ele e para os médicos e os enfermeiros, e o resto só esperei. Ele que comandou o resto,

agora estou levando” (E2). “Ah tu te apegas. À tua saúde, nos teus filhos, tenta te apegar em alguma coisa, senão tu não vais vencer. Jesus, minha fonte de vida é ele. Sem Deus eu não sou nada” (E13).

Para esses pacientes, existe um ser maior, Deus, e essa fé expressada no depoimento associa-se ao entendimento de “cura”, à ideia de esperança, conforto e alívio. A religiosidade é utilizada como enfrentamento da possibilidade de morte, diante da gravidade do seu quadro de saúde, constituindo-se em uma ferramenta “poderosa” para amenizar a circunstância de internação. Dessa forma, independentemente de crença religiosa, percebe-se que a oração e a fé tornam-se aliadas ao processo saúde-doença, desenvolvendo meios cognitivos e promovendo a autoestima, favorecendo a atribuição do significado do “estar na UTI”⁽⁷⁾.

A oração também foi apontada como relevante nesse processo, conforme exposto a seguir: “Deus... muita oração... quem sabe rezar está rezando para mim... porque a fé move montanhas... principalmente a fé que a gente tem... e que vai ficar boa, que vai melhorar, que vai passar, que vai sair dali” (E15). “Eu sou evangélico desde menino... então dentro da minha crença em Deus eu encontro muita força... eu encontro tudo... eu acredito que as coisas não acontecem se Deus não autorizar... para a minha fé Deus é quem rege tudo... ele coloca o médico aqui, coloca a enfermeira, cada ponto no seu lugar... essas pessoas, Deus usa eles” (E10).

Observa-se que a oração é considerada peça fundamental entre o paciente e o “Ser Superior”, utilizada para sustentar a relação e como meio de comunicação. Dessa forma, a oração se caracteriza como um anseio de algo, um desejo⁽¹⁸⁾. É necessário destacar que, a partir dos depoimentos, os participantes entendem que a atuação dos profissionais de saúde não está sustentada apenas em um caráter técnico, sendo guiada por orientação divina.

Dessa forma, o recurso à espiritualidade retrata a esperança e a vontade de recuperar-se bem, pois minimiza o impacto dessa situação. De tal modo, a utilização da religiosidade serviu como amparo, esperança, o apego religioso passa a ser um suporte de aceitação para o esse momento⁽¹⁹⁾. Assim, os sujeitos utilizam como estratégia de enfrentamento da doença a religiosidade, possibilitando criar opiniões e acreditar nelas para compreender e lidar com a situação⁽¹⁸⁾.

Por meio dessa perspectiva, salienta-se que cabe ao profissional de saúde considerar, respeitar e apresentar suporte à expressão da religiosidade dos pacientes, permitindo, dessa forma, melhor enfrentamento dessa experiência⁽¹³⁾. É necessário ressaltar que esse processo proporciona a criação de vínculo entre profissionais/pacientes, contribuindo para o aumento da credibilidade da equipe, bem como ameniza a ansiedade, tensão e medo, pois o paciente passa a confiar na equipe e a adquirir mais esperança na recuperação da saúde⁽⁴⁾. De tal modo, é de suma importância não considerar apenas como “mais um paciente” e sua patologia, mas levar em consideração o indivíduo em sua religiosidade/espiritualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação possibilitou evidenciar que, embora a internação em UTI possa ser encarada como algo ruim, os pacientes manifestaram ter vivenciado situações de interação com a equipe, por meio do estabelecimento de diálogo, esclarecimento de dúvidas, dentre outros, revelando, inclusive, uma percepção positiva sobre o período de internação. Em vista disso, verifica-se que o enfoque no período de internação esteve pautado em ações voltadas à humanização, especialmente em unidade de cardiologia intensiva, onde os pacientes permanecem acordados a maior parte do tempo, podendo estabelecer uma comunicação verbal mais efetiva.

Esse estudo contribuiu também, para identificar e discutir sobre a importância da religiosidade no contexto do cuidado em UTIs, uma vez que os pacientes revelaram que ela se constitui em importante estratégia para o enfrentamento da hospitalização. Neste caso a religiosidade, além de oferecer suporte à internação do paciente, torna-se mais efetiva, quando envolve pacientes e equipe multiprofissional, proporcionando o vínculo entre esses sujeitos, resultando em um processo de humanização.

Portanto, essa pesquisa auxilia em reflexões sobre a importância do uso de estratégias de interação com os pacientes e do estímulo a religiosidade, no ambiente das UTIs. Entende-se que o uso de estratégias de interação e o estímulo à religiosidade podem ser importantes estratégias de enfrentamento da hospitalização em unidades de cuidados intensivos, tornando-se fundamentais para a realização de uma prática qualificada e humanizada na enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1- Cheregatti AL, Amarin CP. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. 520 p.
- 2- Parcianello MK, Fonseca GGP, Zamberlan C. Necessidades vivenciadas pelos pacientes pós-cirurgia cardíaca: percepções da enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min. 2011 jul/set; 1(3):305-312.
- 3- Parcianello MK, Fonseca GGP, Zamberlan C *et al.* Abordagem ecossistêmica em terapia intensiva: conhecimento dos enfermeiros. R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. abr/jun; 5(2):3645-54.
- 4- Silva LWS, Santos FF, Souza DM. Sentimentos da família diante do enfrentamento do viver-morrer do membro familiar na UTI. R. Enferm. UFSM 2011 set/dez; 1(3):420-430.
- 5- Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
- 6- Ministério da Saúde (BR). Portaria 1.071 de 04 de julho de 2005. Política nacional de atenção ao paciente crítico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
- 7- Oliveira NES. Humanização do cuidado em terapia intensiva: saberes e fazeres expressos por enfermeiros [dissertação]. Goiás: Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2012.
- 8- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 408 p.
- 9- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010. 205 p.
- 10- Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública. 2005; 39(3):507-514.
- 11- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 12- Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(1):107-14.
- 13- Oliveira K, Veronez M, Higarashi IH, Corrêa DAM. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. Esc Anna Nery. 2013 jan/mar; 17(1):46-53.
- 14- Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. Interface - Comunic., Saude, Educ., 2009; 2009; 13(1):571-80.
- 15- Almeida NAB, Evangelista DTO, Tsuda FC, Piccinin MJ, Roquejani AC, Kosour C. Percepção dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva em relação à atuação da Fisioterapia e à identificação de suas necessidades. Fisioter Pesq. 2012; 19(4):332-338.

16- Proença MO; Agnolo CMD. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(2):279-286.

17- Pina RZ, Lapchinsk LF, Pupulim JSL. Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. Cienc Cuid Saude 2008 out/dez; 7(4):503-508.

18- Bouso RS, Serafim TS, Misko MD. Histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010 mar/abr; 18(2):156-62.

19- Veras RM, Vieira JMF, Moraes FRR. Maternidad prematura: el apoyo emocional por la fe y religiosidad. Psicologia em estudo. 2010; 15(2):325-332.

Recebido em: 09/09/2014

Versão final reapresentada em: 05/05/2015

Aprovado em: 05/05/2015

Endereço de correspondência

Camila Pinno
Rua Silva Jardim, 1994. Ap. 404 - Santa Maria - RS,
Brasil, 97010-492.
E-mail: pinnocamila@gmail.com