

Orientações do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na UTI no momento da visita

Orientations of nurse directs for the family patients interneers at ICU at the moment of visity

Natalia D. Silva¹; Ligia M. Contrin²

¹Acadêmica do 4º ano de Enfermagem*; ²Enfermeira Mestre, Professora do Departamento de Enfermagem Especializada*

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Resumo As UTIs são unidades de alta complexidade que geram temas polêmicos entre equipes, familiares e pacientes. A avançada tecnologia, a restrição da família, os sons de alarmes e a rotina da própria unidade perturbam os pacientes, tornando o ambiente pouco humanizado e intolerável para quem ali permanece. Há, então, uma grande necessidade de humanizar a UTI. Há muito a ser feito para que essas unidades se tornem ambientes menos agressivos e mais acolhedores tanto para o paciente quanto para seus familiares, mostrando que a orientação nas visitas é uma maneira eficaz para isso acontecer. Esta pesquisa teve como objetivos identificar com os enfermeiros de UTI as orientações fornecidas aos familiares dos pacientes internados e propor alternativas viáveis para facilitar essas orientações. Foi realizado nas três UTIs do 7º andar e na UTI da emergência da referida instituição na cidade de São José do Rio Preto. Fizeram parte do estudo 19 enfermeiros que atuam nas unidades e que consentiram em participar. Os dados foram coletados através de entrevista com um questionário semi-estruturado. A maioria (52,63%) dos enfermeiros realiza a orientação na primeira visita, as orientações mais fornecidas (18,27%) são quanto as normas e rotinas e a situação em que o paciente se encontra. Não encontram dificuldades (63,16%) em orientar esses familiares; 89,47% dos enfermeiros ensinam as famílias a se comunicar com um paciente inconsciente; o tempo de visita é suficiente para 63,16% dos enfermeiros; os cuidados humanizados praticados na unidade são orientações em geral aos visitantes. Verificou-se que são fornecidas as orientações aos familiares, porém, a diversidade dos conteúdos abordados evidencia diversas condutas em relação à orientação e a falta de sistematizar essa atividade. Sugere-se, a criação de um folheto informativo que agrupe as orientações comuns aos pacientes e familiares, que irá contribuir para a interação efetiva entre os mesmos, colaborando com a melhoria da assistência de enfermagem global ao paciente criticamente enfermo.

Palavras-chave Papel do Profissional de Enfermagem; Pacientes Internados; Humanização da Assistência; Visitas a pacientes; Unidades de Terapia Intensiva.

Abstract ICUs are highly complex units that raise polemic themes among staff, family and patients. Advanced technology, restriction of family, sounds and alarms, and the routine of the unit, tend to disturb patients, making the environment less humanized and unbearable for those who have to stay there. Therefore, the necessity of humanizing the ICU is patent. There is much to be done for these units to become less aggressive environments, as well as more welcoming for both patients and relatives. Orientation during visits is shown to be an effective way for this to happen. This research had the aim of identifying, together with nurse practitioners, the necessity of the orientation offered to family and visitors of an ICU patient, and also of offering variable alternatives in order to facilitate the given orientations. The study was performed at Hospital de Base in the city of São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil, more specifically at the three ICUs of the 7th floor, and the emergency room ICU of this hospital. Took part in the study 20 nurse practitioners who work at these units and accepted to participate. The data were collected through interview via a semi-structured questionnaire. Most nurse practitioners (52,63%) do orientation at the first visit, the most given orientations (18,27%) are: rules and routines, and the state of the patient, 63,15% don't see any trouble in giving the orientations to the family, the time of the visit is enough for 57,84% of the nurses, the humanizing cares in the unit are, usually, to visitors. We could verify that the orientations are, in fact, given to the family. However, the diversity of contents involved also evidence different conducts of orientation, and a non systematized activity. Thus, we suggest the creation of an informative pamphlet that gathers the most common orientations to patients and family to contribute to an effective interaction among them. This will cooperate in improving global nursing assistance to the critically ill patient.

Keywords Nurse's Role; Inpatients; Humanization of Assistance; Visitors to Patients; Intensive Care Units.

Introdução

As UTIs são unidades de alta complexidade que geram temas polêmicos entre equipes, familiares e pacientes. A avançada tecnologia, a restrição da família, os sons de alarmes e a rotina da própria unidade perturbam os pacientes, tornando o ambiente pouco humanizado e intolerável para quem ali permanece ¹.

A UTI constitui um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinados ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados ².

Com isso, essas unidades proporcionam maiores possibilidades de recuperação de vidas humanas, constituindo-se, porém, em ambientes estressantes, tanto para os pacientes quanto para os trabalhadores que ali atuam ^{3,4}.

As UTIs devem ser planejadas para proporcionar privacidade no cuidado do paciente, proximidade no contato com a família, interação e descanso da equipe, sem comprometer a atenção e o cuidado ⁵.

Há, então, uma grande necessidade de humanizar a UTI. Há muito a ser feito para que essas unidades se tornem ambientes menos agressivos e mais acolhedores tanto para o paciente quanto para seus familiares, visto que a hospitalização em uma UTI é um momento crítico na vida da família do paciente. Os familiares temem pela vida do paciente e realizam um grande esforço para se manterem emocionalmente equilibrados.

A visita de familiares a esses pacientes surge, então, como uma conduta para minimizar o problema, e conseqüentemente, à sua proibição pode se constituir em um fator de estresse ^{6,7}.

Nesse momento, é de extrema importância a atuação do enfermeiro com a função de orientação, além do papel que assumem como intermediador entre o paciente e sua família, num ambiente e condições estressantes para ambos.

Objetivos

Identificar com os enfermeiros de UTI as orientações fornecidas aos familiares dos pacientes internados e propor alternativas viáveis para facilitar essas orientações.

Casuística e método

Caracterização da população

A população constitui-se de enfermeiros que atuam nas três UTIs do 7º andar, compostas de uma UTI Cirúrgica com 11 leitos, uma UTI Clínica com 13 leitos, mantidos com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), uma UTI que pertence ao convênio com 20 leitos e uma UTI da emergência, composta por 20 leitos também mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que se dispuseram a participar. A amostra foi constituída por 20 enfermeiros, sendo que um funcionário não consentiu na sua participação, o que foi respeitado. Todos os participantes eram do sexo feminino, com a faixa etária predominante entre 26 e 30 anos (52,63%), com tempo de atuação na área de enfermagem variando de 1 a 8 anos e o tempo de atuação na unidade da UTI entre menos de 1 ano (26,31%) a 8 anos (5,27%).

Material

A pesquisa é de caráter descritivo e exploratório, utilizando um instrumento elaborado pela própria pesquisadora, contendo categoria profissional, tempo de trabalho na unidade, sexo, tempo de formação, o significado de humanização, tempo de visitas e diferença de cuidado com diferentes prognósticos.

Coleta de dados

Foi realizada após a aprovação e parecer do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) – FAMERP (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto), no período de março a abril/2006, nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital universitário, de grande porte, localizado na cidade de São José do Rio Preto, após assinatura no consentimento informado pelo sujeito da pesquisa.

Resultados

Quando questionados sobre a realização de orientação na primeira visita, a maioria dos enfermeiros, 10 (52,63%), informou que dava orientações, 7 (36,84%) disseram que não e 2 (10,53%) afirmaram que dependia da situação.

Sobre as necessidades de orientação dessa primeira visita, as mais citadas foram normas e rotinas e situação em que o paciente se encontra por 17 enfermeiros (18,27%), seguido por materiais e equipamentos utilizados (17,20%) e, alta (13,97%).

Questionados sobre a existência de dificuldades em orientar esses familiares, 12 dos enfermeiros (63,16%) disseram que não tiveram dificuldades, 5 (26,32%) disseram que tiveram dificuldades e 2 (10,52%) disse que às vezes, dependia da família. Entre os enfermeiros que responderam que encontravam dificuldades para orientar os visitantes, quando questionados sobre a possibilidade de solucionar essas dificuldades, a maioria disse que estaria disposta (80%) e apenas um (20%) disse que não, como vemos nas citações abaixo:

“Sim, com o envolvimento da equipe médica”.

“Sim, há necessidade de psicóloga, médicos conscientes e realmente preocupados com os familiares”.

“Sim, policiando-nos a fim de relatar somente cuidados de enfermagem”.

“Sim, com uma psicóloga na unidade”.

“Não, pois existem vários profissionais envolvidos (guardas, médicos) que afetam”.

Quando questionados acerca de um ensino de como uma família pode se comunicar com um paciente inconsciente, 17 (89,47%) dos enfermeiros relataram que ensinam como pode ser essa comunicação, 1 (5,26%) disse que não ensina e 1 (5,26%) disse às vezes.

Quanto ao tempo de visita, 12 (63,16%) dos enfermeiros afirmaram que é suficiente, enquanto 7 (36,84%) afirmaram que o tempo não é suficiente.

Em relação aos cuidados humanizados que já praticavam na unidade os mais citados foram orientações em geral dadas aos visitantes e um enfermeiro não respondeu como observamos nas frases abaixo:

“Acolhimento familiar durante admissão (orientações)”.

“Autorização da entrada do familiar após admissão visando desmistificação da unidade”.

“Esclarecimento de dúvidas quanto equipamentos, sondas, monitores”.

“Necessidade de manual”.

“Psicóloga”.

“Orientação de normas e rotinas do setor”.

“Explicação sobre estado do paciente e aparelhos que eles estão usando”.

“Possibilitando mais tempo com o familiar em determinadas situações (jovem, deficientes) mesmo sendo direito do paciente um familiar”.

“Orientações em geral, esclarecendo dúvidas, o que diminui a ansiedade do familiar quando se depara com o estado grave de seu parente”.

“Explicar procedimentos realizados para o paciente”.

“Atender todas as dúvidas apresentadas pelos familiares quanto aos cuidados realizados, normas, rotinas e aparelhos utilizados”.

“Estimular familiares a conversar com o cliente mesmo quando sedado/coma”.

“Tocar no paciente”.

“Estimular que o familiar alimente o paciente”.

“Durante a visita, procuro conversar com os familiares a beira do leito”.

“No ato da admissão converso com os familiares, oriento sobre horários, normas e rotinas da UTI”.

“Quando possível permitir maior tempo de visita e troca de visitas”.

“Orientar os familiares e segui-los até os leitos perdidos”.

“Mostro-me atenta aos olhares curiosos e amedrontados quanto a aparelhagem e alarmes, explicando os porquês e até ensino a pará-los sob supervisão dos auxiliares de enfermagem”.

“O objetivo de estar aqui e mostrar disposição para ajudar quando precisarem”.

“Esperar as visitas e acompanhá-los até o leito do paciente e tentar estabelecer um vínculo entre eu e a família”.

“Quando sinto que a família está perdida, eu chego e falo ‘pode conversar com ele’, ‘pode pegar na mão dele’ e tento esclarecer as dúvidas que eles tem”.

“Quartos com direito a acompanhante no horário das 8 as 10hs e das 13 as 15 hs”.

“Estimular a comunicação da família com o paciente, independente do nível de consciência”.

“Quando possível permitindo a entrada da família após a admissão na tentativa de diminuir a ansiedade da família e dos pacientes”.

Discussão

Pudemos observar que existe a preocupação da maior parte dos enfermeiros em orientar o familiar na primeira visita. Assim como é apontado em outro estudo que diz ser necessária maior atenção aos familiares que têm um de seus membros quando necessário, aos pacientes e familiares, por profissional tecnicamente treinado para auxiliá-los a enfrentar a situação de crise. Todos os profissionais da equipe devem manter o tratamento focalizado no paciente e não na doença. A família deve manter o vínculo de união com o paciente grave, ajudando-o a adaptar-se aos mecanismos de defesa frente a essas situações⁵.

Os enfermeiros (89,47%) compreendem a importância da comunicação com um paciente sedado ao afirmarem que ensinam a família como pode ocorrer essa comunicação.

Comunicar-se com o paciente sedado torna-o mais calmo. Estabelecer essa comunicação é importante porque possibilita uma troca com o paciente. O enfermeiro passa a ter maior possibilidade de perceber o que ele está sentindo, permite a mensuração do grau de sedação, além de ser um passo anterior à invasão da privacidade desse indivíduo que está com sua capacidade de expressão afetada e em quem o enfermeiro realiza, além do banho, muitos outros procedimentos que invadem sua individualidade¹⁶.

A enfermeira pode ensinar a família que a comunicação com o paciente sedado ocorre por meio da verbalização, do toque, da atenção e das brincadeiras, e sob a perspectiva do paciente, por meio da escrita (pacientes com sedação superficial) e de expressões faciais e corporais, entretanto, na maioria das vezes não há manifestação por parte do paciente, a não ser pelo silêncio verbal e corporal¹⁶.

A comunicação eficaz com o paciente dentro da UTI é um dos desafios da equipe, particularmente quando o paciente encontra-se intubado.

O esforço e o bom senso são ainda as melhores ferramentas. Chamar o paciente sempre pelo nome, com tom de voz calmo e volume normal, olhar para o seu rosto e estabelecer contato cortês e respeitoso, dirigir-lhe a palavra sempre que se aproximar do leito para algum procedimento e examiná-lo de maneira atenciosa, com toques cuidadosos são algumas atitudes facilmente adotadas, que resgatam a dignidade do ser humano, muitas vezes abalada pela situação de internação¹⁰.

Observamos que em nosso estudo, o tempo de visita é considerado suficiente para a maioria das enfermeiras, que entendem que as visitas são de fundamental importância no restabelecimento do paciente, porém, devem ser realizadas de forma a não comprometer o plano de tratamento e o cuidado para com o paciente¹⁷.

Os horários de visitas devem ser flexibilizados sempre que possível para os pacientes que estejam com bom grau de consciência. As chefias das UTIs devem permitir que os familiares entrem na unidade e até que permaneçam junto ao paciente fora dos horários estipulados. Essa simples decisão pode diminuir fantasias e ajudar a reequilibrar o sistema familiar já tão fragilizado, além de ajudar nos estados de ansiedade do paciente⁵.

É possível aprimorar rotinas consistentes de cuidados dos profissionais de saúde, para possibilitar maiores horários para a visita, visando sempre o benefício do paciente¹⁰.

A UTI pode ser um ambiente saudável e restaurador. Deve-se preocupar em desenvolver o máximo em humanização por meio de métodos que alcancem o paciente e os familiares, os profissionais da saúde e o ambiente¹⁸.

Como descobrimos em nosso estudo, os cuidados humanizados praticados na unidade resgatam a dignidade do ser humano, muitas vezes, abalada pela situação em que se encontram.

Entende-se, portanto, que ações simples como o toque, a conversa, a informação técnica referente ao setor, a informação

biológica referente ao cliente e a empatia dos profissionais possam contribuir significativamente para amenizar os efeitos nocivos da internação em UTI, evidenciando, assim, os aspectos positivos para os clientes e seus familiares, facilitando, desse modo, o processo de internação ¹⁹.

Atitudes como chamar o paciente pelo nome, tom de voz calmo e em volume normal, olhar para o paciente quando se dirige a ele, explicar-lhe um procedimento antes de realizá-lo, utilizar o toque como tratamento terapêutico, estabelecer contato cortês e respeitoso, examinar o paciente de maneira atenciosa, verificar se o paciente está ansioso, por exemplo, com ameaças de desamparo, perda de controle, falta de auto-estima, falta de mecanismos de defesa e sensação de isolamento ⁹, são gestos que indicam que o processo de humanização está sendo realizado.

Deve-se adotar, sempre que possível, uma filosofia que valorize a participação do paciente e do familiar no tratamento, possibilitando que ele tenha uma atuação mais ativa, diminuindo a sensação de impotência, geralmente presente neste momento ⁵.

Conclusão

A análise dos dados informados pelos enfermeiros nos permitiu tecer algumas conclusões.

Quanto ao aspecto da orientação realizada pelos enfermeiros aos visitantes na primeira visita, verificou-se que a maioria faz essa orientação, identificando as normas e rotinas, e a situação em que o paciente se encontra como as principais necessidades de orientação. A diversidade dos conteúdos abordados evidencia diversas condutas em relação à orientação e a falta de sistematizar essa atividade.

Na identificação da existência de fatores que dificultam a orientação a esses familiares, a maioria disse não existir. As enfermeiras que relataram positivamente a existência desses fatores, também souberam apontar soluções para os mesmos. No que concerne à orientação de como uma família pode se comunicar com um paciente inconsciente, afirmaram que ela ocorre.

Em relação ao tempo de visita, a maioria afirmou que é suficiente, considerando todos os aspectos da unidade.

Quanto ao aspecto dos cuidados humanizados que já praticavam nas unidades, identificaram as orientações em geral informadas aos visitantes como a mais realizada.

Mediante os resultados verificou-se que são fornecidas as orientações aos familiares, porém, não há uma sistematização da orientação ao visitante da UTI, fazendo com que alguns familiares fiquem mais bem orientados que outros.

Sugere-se, então, a criação de um plano de assistência da enfermagem à família que agrupe as orientações comuns aos pacientes e aos familiares, por intermédio de um folheto informativo, facilitando a interação entre profissionais e família num primeiro contato. Deverá ser elaborado pelos próprios enfermeiros que atuam nessas unidades.

Com isso, espera-se que a assistência de enfermagem possa ir ao encontro das expectativas da interação efetiva entre familiares

e paciente, o que levará à melhoria da assistência global ao paciente criticamente enfermo, contribuindo para a humanização do atendimento.

Referências bibliográficas

1. Del Conte HA. Humanização em unidade de terapia intensiva: análise da equipe de enfermagem [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo. Diário Oficial União 1998 Jun.:(106-E):9-18.
3. Lima MG. Assistência prestada pelo enfermeiro em unidade de terapia intensiva: aspectos afetivos e relacionais [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem; 1993.
4. Gomes AM. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. 2ªed. São Paulo: EPU; 1998.
5. Knobel E. Condutas no paciente grave. 2ªed. São Paulo: Atheneu; 1998.
6. Burrell LO, Burrell Junior ZC. Intensive nursing care. 2ª ed. Saint Louis: Mosby; 1973.
7. Takahashi EIU. Visita de familiares a doentes infartados: análise de alguns parâmetros cardiovasculares [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem; 1980.
8. Kurcgant P. Formação e competência do enfermeiro de terapia intensiva. Enfoque 1991;19(1):4-6.
9. Souza RP, Guanaes A. Curso de humanização em UTI adulto e pediátrica. [citado 2003 set 25]. Disponível em: http://www.amib.com.br/curso_humaniza.htm
10. Knobel E, Novaes MA, Karam CH. Humanização do CTI: uma questão de qualidade. Experiência do CTI do Hospital Israelita Albert Einstein. Âmbito Hosp 1999 fev.;19-27.
11. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. Heart Lung 1979;8(2):332-9.
12. Domingues CI, Santini L, Silva VEF. Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização? Rev Esc Enfermagem USP 1999;33(1):39-48.
13. Chavez CW, Faber L. Effect of an education-orientation program on family members who visit significant other in the intensive care unit. Heart Lung 1987;16(1):92-9.
14. Senna SG. Visitas e acompanhantes de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Mundo Saúde 1981;5(17):37-41.
15. Daley L. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. Heart Lung 1984;13(3):231-7.
16. Zinn GR, Silva MJP, Telles SCR. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. Rev Latinoam Enfermagem 2003;11(3):326-32.
17. Santos CR, Toledo NN, Silva SC. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família. Nursing (São Paulo) 1999;2(17):26-9.

18. Mark BA, Hagenmueller AC. Technological and environmental characteristics of intensive care units: implications for job redesign. *J Nurs Adm* 1994;24(4Suppl):65-71.
19. Lemos RCA, Rossi LA. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Rev Latinoam Enfermagem* 2002;10(3):345-57.

Correspondência:
Natalia Dalforno da Silva
Rua José Picerni, 440 ap. 21
15091-200 – São José do Rio Preto-SP
Tel: (11)9820-1967
e-mail: n_dalforno@yahoo.com.br
