

PROJETO DE HUMANIZAÇÃO DA UTI DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS

MATHEUS FAGUNDES LEMOS¹; LÍDIA TEIXEIRA LA ROCCA²; MARIANA MORENO BUENO³; RAFAEL OLIVÉ LEITE⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – matheus.flemos95@gmail.com

²Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas – lidialarocca@gmail.com

³Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas – mariana.bueno@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – rafael.leite@ufpel.edu.br

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente de internação hospitalar de pacientes críticos, com distúrbios ameaçadores à vida e que necessitam de maiores cuidados. Portanto, criou-se um estigma popular de que é um local reservado para pessoas sem chances de sobrevivência, sendo considerados mais graves do que realmente podem estar (SOUZA ET AL., 1995). Também por isso acaba por ser um fator gerador de estresse e ansiedade tanto nos pacientes, como nos familiares.

Pensar em uma prática que considere os pacientes e seus familiares seres humanos com sentimentos e opiniões, não apenas como um objeto de trabalho é uma necessidade urgente e desafiadora (RODRIGUES, 2016). A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe mudanças na gestão e prática de saúde, com estratégias de humanização direcionadas para um atendimento digno de forma a produzir novas maneiras de executar o cuidado crítico, com o objetivo de promover uma relação positiva entre paciente/familiar e profissional.

Neste contexto, as necessidades dos familiares são essenciais, visando uma humanização do processo de cuidados intensivos, pois, quando supridas, aliviam ou diminuem a aflição e a angústia imediatas e melhoram a percepção de bem-estar (LESKE, 1991). Portanto, uma grande parte dos estudos sobre familiares de pacientes em UTI tem se concentrado em descrever a importância e o grau de satisfação das suas necessidades.

Em 1986, foi aplicado um questionário chamado de CCFNI, sendo constituído por 45 necessidades, divididos em cinco domínios: Suporte, Conforto, Informação, Proximidade e Segurança (LESKE 1986). Castro et al., em 1999, realizaram uma adaptação brasileira para o CCFNI, chamando de INEFTI, encontrando que 74% das necessidades consideradas muito importantes estavam relacionadas à Informação e à Segurança e 26% à Infraestrutura, Organização e Funcionamento da UTI.

Com base nesta situação relatada, decidimos implementar um projeto de humanização na UTI do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, que busca envolver todos os profissionais que trabalham no setor, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais. Busca-se uma maior proximidade com os pacientes e seus familiares, suas necessidades e expectativas, com base no PNH. Na UTI Santa Casa, há 10 leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e 10 leitos de convênios particulares, constituindo duas populações de pacientes e familiares diferentes.

Percebendo a necessidade de reflexões e discussões sobre o assunto, o objetivo deste trabalho visa compreender as percepções de familiares dos pacientes internados sobre a humanização na UTI, analisando principalmente suas necessidades e identificando aquelas que mais contribuem na avaliação do

grau de importância e de satisfação, a fim de direcionar uma ação educativa neste setor.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e comparativo realizado na UTI do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Os sujeitos deste estudo foram os familiares dos pacientes internados na UTI, no período compreendido entre 01 de julho de 2019 até 26 de agosto de 2019, tendo sido entrevistado um familiar de cada paciente. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; ter um familiar adulto internado na UTI por 72 horas; ter visitado o paciente pelo menos uma vez durante o período de internação e concordar em participar do estudo.

A amostragem foi do tipo não probabilística. O tamanho amostral foi de 70 familiares totais. Foram utilizados para coleta dos dados: uma ficha com dados do familiar (dados sociodemográficos e de relacionamento com o paciente), ficha com dados do paciente (dados clínicos) e um questionário adaptado do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva – INEFTI com 39 questões de cada uma das variáveis (satisfação e importância), sendo divididos em três domínios: comunicação, cuidado e estrutura. Nesta adaptação, as escalas de pontuação dos itens são crescentes, ou seja, quanto maior o valor atribuído ao item, maior o grau de importância ou de satisfação, sendo 0 (zero) desimportante e insatisfatório e 3 (três) muito importante e muito satisfatório.

Os dados foram coletados nos horários de visita dos familiares, por meio de entrevista e busca em prontuário. Os familiares que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo, explicando-lhes os objetivos, o anonimato, a confidencialidade dos dados e, caso afirmativo, foi agendado um momento para entrevista. Elas ocorriam em local privativo dentro da UTI, com duração média de 8 a 10 minutos.

A estatística descritiva foi utilizada para caracterização dos pacientes e dos respectivos familiares. Realizou-se uma análise acerca das necessidades dos familiares a fim de obter uma razão entre as variáveis dependentes satisfação e importância, sendo que quanto menor o resultado, maior a relevância da questão (mais importante e menos satisfatório).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 70 familiares sendo majoritariamente do sexo feminino (68,6%), católicos (38,8%), com ensino médio completo (30%) e filhos de pacientes internados (35,3%), com idade variando dos 19 anos até os 84 anos; 78,6% não tinham experiência anterior em UTI. Em relação aos pacientes, a maior parte pertence aos leitos públicos vinculados ao SUS (60%) e as maiores causas de internação foram: insuficiência respiratória aguda (27,4%) e sepse (22%).

Apesar do processo de análise estatística ainda estar em andamento, já foi possível verificar alguns desfechos para o planejamento de intervenções. Em relação aos três grandes domínios, o de Comunicação foi aquele que os familiares consideraram mais importante e menos satisfatório, seguido do Estrutura. O domínio Cuidado obteve os maiores índices de satisfação, porém foi o segundo em importância.

Em relação ao grupo Comunicação, os itens mais relevantes (razão menor) foram, respectivamente: “saber por que e qual tratamento está sendo dado”, “poder conversar com o mesmo médico todos os dias”, “sentir-se à vontade para

demonstrar sentimentos e emoções”, “falar sobre sentimentos negativos relacionados ao que está acontecendo”, “receber explicações que possam ser entendidas”, “ter perguntas respondidas com franqueza”, “sentir que há esperança de melhora do paciente”, “saber quais as chances de melhora de paciente”, “saber quem pode dar a informação que precisa”, “poder conversar com o médico todos os dias”, sendo que este último obteve grau de importância máxima, apesar de moderadamente satisfatório.

Ainda em relação a comunicação, o “poder conversar com o psicólogo todos os dias” merece destaque, pois representa o segundo com maior grau de insatisfação, porém não foi considerado tão importante e ainda precisa de uma maior análise para compreender o tipo de população que mais se beneficiaria deste serviço.

Já em relação ao grupo Cuidado, os mais relevantes foram: “ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita”, “ser informado sobre o que fazer quando estiver do lado do paciente” e “ter horário de visita modificado em casos especiais”. Um dado interessante é que o segundo item mais insatisfatório desde domínio foi “ser acompanhado por alguém (profissional, amigo ou familiar) durante a visita”, porém também foi considerado pouco importante, o que também faz necessário maior análise.

No domínio Estrutura foram: “ter uma boa lanchonete no hospital”, “ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI”, “ter um lugar que possa ficar sozinho enquanto estiver no hospital” e “ter um atendimento psicológico disponível”, sendo que este último foi o mais insatisfatório do domínio e o quarto se levar em conta todos os itens analisados, porém também não foi considerado de exímia importância para todas populações entrevistadas.

Os graus de importância e satisfação atribuído pelos familiares fornecem informações para direcionar o planejamento de ações, bem como identificar aquelas não atendidas e avaliar a qualidade do cuidado. Diante disso, observou-se que em 16 questões o grau de satisfação foi superior ao grau de importância, não sendo necessário planejar ações para modificá-las.

Os itens com maiores graus de insatisfação são principalmente relacionados a características observadas do próprio serviço e dos familiares, como as questões de comunicação, onde há diferentes médicos que informam o estado clínico dos pacientes, principalmente aos finais de semana. O fato de não ser oferecido um serviço de apoio psicológico, um serviço de acolhimento ao familiar, além de ter um contato restrito (e por vezes apenas técnico) com os profissionais da equipe, pode ter impactado nos itens que abordam questões como sentimentos, emoções, esperanças e informações sobre funcionamento da UTI. O próprio funcionamento da UTI, com regras para os “horários de visita”, como fornecer três horários de 30 minutos ao dia, sendo possível a entrada de apenas 1 familiar, com pouca flexibilidade de horário e mudança, foi um fator que contribuiu para a insatisfação em alguns itens.

Alguns dos resultados encontrados são semelhantes aos de outros estudos, porém outros são antagônicos, o que corrobora a heterogeneidade das populações em diferentes UTIs. Os domínios que têm sido identificados como mais importantes para os familiares dos pacientes são os de Comunicação e Cuidado, em detrimento do domínio Estrutura, conforme os resultados reportados por LEE et al. (2003) e FREITAS et al. (2007). Alguns também encontraram necessidades muito diferentes entre os leitos públicos e particulares, demonstrando que uma análise comparativa entre essas populações é essencial.

Diante deste cenário, deu-se início ao processo de implementação de melhorias destes desfechos, como a criação de um serviço de acolhimento ao

familiar, bem como atividades práticas denominadas “vivências”, conduzidas pelo grupo de humanização do hospital para conscientização dos profissionais que atuam na UTI. Também decidiu-se realizar seminários e discussões com a equipe médica a fim de aprimorar as estratégias de comunicação, objetivando um cuidado mais humano, com abertura para o familiar expressar o que está sentindo, linguagem mais clara e objetiva. Também está se buscando ampliar o serviço de psicologia do hospital para abranger as famílias dos pacientes internados na UTI. Em relação aos problemas estruturais, conseguiu-se modificações importantes acerca da lanchonete que foi o item mais insatisfatório do domínio Estrutura verificado por este estudo.

4. CONCLUSÕES

Os resultados deste projeto apresentam as principais condições referentes às necessidades mais importantes dos familiares da UTI Santa Casa. As melhorias nestas condições seriam os primeiros passos na busca por tornar o ambiente mais humanizado na UTI. Vislumbrou-se algumas estratégias que podem ser implementadas, como: melhoria da comunicação por parte das equipes através da conscientização dos profissionais; criação de um serviço de acolhimento e incorporação de assistência psicológica aos familiares; aperfeiçoamento da lanchonete e otimização acerca do horário de visita e sua flexibilização.

É importante salientar que a execução de intercessões junto a essas questões não é apenas responsabilidade individual dos profissionais da UTI e sim uma ação conjunta com os gestores do hospital. A inclusão da família como uma das fontes de atenção na assistência à saúde configura mudanças na visão e na organização da UTI.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTRO, D.S. **Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio encefálico em terapia intensiva**. 1999. Tese (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

FREITAS, K.S. **Family members' needs at Intensive Care Units: comparative analysis between a public and a private hospital**. 2005. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo.

LANGE, P.M. Family stress in the intensive care units. **Critical Care Medicine**, vol. 29, n. 10, p. 2025-2026, 2001.

LEE, L.Y.; LAU, Y.L. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. **Journal Clinician Nurse**, NY, vol.12, n.4, p. 490-500, 2003.

LESKE, J.S. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. **Heart Lung**, vol. 20, n. 3, p. 236-244, 1991.

RODRIGUES AC, Calegari T. Assistance humanization in pediatric intensive care unit: perspective of nursing staff. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2016;

SOUZA, M.; POSSARI, J.F.; MUGAIAR, K.H.B. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. **Revista Paulista de Enfermagem**, vol. 5, n. 2, p. 77-79, 1995.

WILSON, M.E. Humanizing the intensive care unit. **Critical Care**, Murray, USA, v.1, n.1, p. 1-3, 2019.