

# PSICOLOGIA E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

## *Psychology and intensive care unit*

Rosanna Rita Silva<sup>1</sup>

### Resumo

Este trabalho apresenta formas de inserção da Psicologia nas cinco categorias definidas pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira como necessárias ou recomendáveis para humanizar Unidades de Terapia Intensiva que atendem pacientes adultos.

**Palavras-chave:** unidade de terapia intensiva; psicologia.

### Abstract

This paper presents forms of insertion of Psychology into five categories defined by the Association of Brazilian Intensive Medicine as necessary or recommendable to humanize Intensive Care Units which assists adult patients.

**Key-words:** intensive care units; psychology

De acordo com Souza <sup>(1)</sup> humanizar a Unidade de Terapia Intensiva significa cuidar do paciente como um todo e, nesse sentido, atuar também junto a seu contexto familiar e social.

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB <sup>(2)</sup> identifica os fatores que designa como essenciais ou recomendáveis para que uma UTI adote a postura humanizada. Estes fatores são reunidos em cinco categorias: ambiente físico, aspectos sensoriais, necessidades do paciente, necessidades da família e a equipe de saúde.

Este trabalho tem como objetivo discutir a inserção da Psicologia em cada um dos aspectos definidos pela AMIB como humanizadores no atendimento ao paciente crítico.

**Ambiente Físico:** A Unidade de Terapia Intensiva é, conceitualmente, um ambiente com os mais diversos recursos tecnológicos e equipe em permanente atenção. O aparato essencial, que possibilita as manobras potencialmente necessárias, precisa compartilhar espaço com o acolhimento e a permanência do paciente.

Dessa forma, a maneira como o ambiente físico próprio da Unidade se organiza precisa reconhecer essa dupla dimensão, respeitando essencialmente seu caráter terapêutico, facilitador

da ação da equipe e, sobretudo, não agravante do quando clínico do paciente.

No ambiente da UTI, precisam ser preservadas necessidades psicológicas básicas das pessoas, como de orientação espaço-temporal que se vincula à conservação da noção de identidade pessoal.

A Unidade de Terapia Intensiva necessita, como realmente recomenda a AMIB como essenciais, do acesso à luz natural para que o paciente possa situar-se frente ao ciclo natural dia/noite; iluminação individualizada e regulável que possibilite a ele esquivar-se da luz intensa durante todo o tempo, ambiente tranquilizador, mas não monocromático; presença de relógios e calendários próximos do leito e espaço físico compatível com poltronas para aqueles pacientes que podem deixar temporariamente o leito e também para que possam receber familiares nos horários e condições adequadas.

A existência do *box* para cada leito garante um nível mínimo necessário para o respeito à privacidade possível dentro da Unidade bem como para a proteção da visualização de manobras intensas feitas em um paciente próximo.

Como recomendáveis, a AMIB relaciona a visualização de vegetação; acesso à televisão,

<sup>1</sup> Docente do Departamento de Psicologia da UNICENTRO, E-mail: rosanna@irati.com.br

rádio, *cd player* e outros recursos; personalização do box; painel informativo e sala de entrevista.

É importante ressaltar que todos os elementos citados configuram um contexto que, na medida do possível, contribui para manutenção/recuperação da identidade do paciente, de sua motivação para o tratamento e para minimizar as conseqüências da desorganização espaço-temporal já vinculada previamente ao internamento hospitalar e a quebra de rotina compreendida em sua vida.

Aspectos sensoriais: Do ponto de vista sensorial, parece já mais consolidada a preocupação com três aspectos que são iluminação, ruído e temperatura. O conforto do paciente por meio de ambiente controlado é condição básica de funcionamento da Unidade.

Além disso, pode-se destacar a necessidade do paciente de contato físico com seus familiares.

Os instrumentos de ventilação mecânica, particularmente, costumam assustar aqueles que têm contato com o paciente nas situações de visita e, assim, têm receio de tocá-lo ou mesmo de aproximar-se dele.

É fundamental, então, que em uma atitude de encorajamento realizada pela equipe, os familiares sejam orientados em relação aos procedimentos de cuidado que devem ter no que se refere aos equipamentos de monitoramento e preservação da vida que não podem ser tocados; mas, por outro lado, que se aproximar do paciente, falar bem perto, tocar no ombro são contatos possíveis e desejáveis.

Necessidades do paciente: 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 adequado são os referidos pela AMIB.

A compreensão da Psicologia do paciente crônico em contexto de UTI observa essencialmente o desencadeamento de reações frente à patologia propriamente, ao tratamento e às particularidades do ambiente da Unidade.

A alteração psicológica mais freqüente em

UTIs é o *Delirium*, compreendido “como uma perturbação da cognição, acompanhada de uma desordem concomitante fundamental da consciência, que não se deve a uma demência preexistente ou em evolução”.<sup>(3)</sup> Além disso, outras funções psíquicas podem apresentar-se alteradas, como o comprometimento da memória, devido à capacidade reduzida de manter e direcionar a atenção, desorientação, perturbação da linguagem e da percepção.

Este conjunto de reações psíquicas pode ter etiologia multifatorial, sendo emocional, farmacológica, de privação sensorial e/ou vinculada à evolução do quadro crítico básico, todavia, demanda o atendimento de suporte psicológico.

Necessidades da família: a AMIB define como essenciais para os familiares informação, segurança e apoio emocional.

Haberkorn<sup>(3)</sup> cita vários estudos que subsidiam a discussão acerca das especificidades da abordagem psicológica junto às famílias no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva.

O ponto de partida, que utiliza é um conceito operacional de família, tomado de Luchesi, 2003, como “unidade social proximamente ligada ao paciente, podendo ou não ter laços legais ou de consangüinidade”.

No grave adoecimento de um membro da família, é o sistema como um todo que se vê afetado. A crise se instala para além do indivíduo, assumindo dimensões diferenciadas de acordo com a configuração familiar.

Pocchard e colaboradores, 2001, identificam a ansiedade como à reação mais encontrada entre os familiares. Mas também, outras reações como estresse, negação, medo e desespero pela falta de controle da situação foram percebidos por Barnhill em 1997.

Haberkorn cita, ainda, Mendonça e Warren, 1998 e Halm e colaboradores, 1998, no que se refere à variação da intensidade do estresse familiar em relação a momentos diversos do internamento na UTI, apresentando a tendência identificada de ser muito elevada no momento do ingresso na unidade, estável a partir do sexto dia e em movimento de redução próximo ao vigésimo oitavo dia.

Do ponto de vista da técnica de intervenção

psicológica, Zachi, Andreoli, Caiuby e Taub <sup>(4)</sup> colocam que “a internação de um membro da família na Unidade de Terapia Intensiva provoca reações emocionais no núcleo familiar, que devem ser compreendidas dentro de um contexto de crise”.

Compreende-se, assim, a relevância do acolhimento dos familiares do paciente e das informações que lhes são fornecidas no início do processo de internação na UTI.

Romano <sup>(5)</sup> ressalta que “há um tempo ótimo para obter melhores respostas (sem grifo no original). Realmente, sem intervenção alguma, a ansiedade diminui porque ela é transitória por definição. Mas, se não ocorrer essa atuação, as soluções encontradas podem gerar mais desorganização, além de cristalizar dificuldades

de relacionamento com a equipe”.

Necessidades da equipe: A equipe multiprofissional que atua em UTI está, sistematicamente, exposta a níveis elevados de ansiedade e desafios.

A humanização nos procedimentos passa, assim, pelas atitudes tomadas junto ao paciente e seus familiares pela equipe de atendimento, mas também em seu próprio interior.

Em um olhar contemporâneo sobre a UTI pode-se constatar que gradativamente a Psicologia com seus saberes e suas práticas foi sendo inserida na concepção ampla de ações intensivistas. O atendimento ao paciente crítico demanda discussões multidisciplinares que abrangem desde os aspectos arquitetônicos até as ações de apoio destinadas a ele e seus familiares.

## Referências

1. SOUZA, RP., organizadora. Manual de rotinas de humanização em Medicina intensiva. Curitiba (PR): edição do autor, 2004.
2. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Humanização em cuidados intensivos. Rio de Janeiro(RJ): Revinter, 2004.
3. HABERKORN, A. Atuação psicológica na UTI. Em BRUSCATO, W., BENEDETTI, C., LOPES, S. organizadores. A Prática da Psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma história antiga. São Paulo(SP): Casa do Psicólogo, 2004.
4. ZACHI, E., ANDREOLI, P., CAIUBY, A., TAUB, A. Intervenção psicológica para familiares de paciente críticos. Em SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR. Revista de SBPH. 2002 5(1;2)15-18.
5. ROMANO, BW. Princípios para a prática clínica em hospitais. São Paulo(SP): Casa do Psicólogo, 2002.