



ARTIGO ORIGINAL

ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ATENÇÃO AO
PACIENTE COM SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA

*NURSING IN INTENSIVE THERAPY UNIT: ATTENTION TO PATIENTS WITH
PSYCHIATRIC SYMPTOMS*

*ENFERMERÍA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: ATENCIÓN A LOS
PACIENTES CON SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS*

Nara Reisdorfer¹

Leila Mariza Hildebrandt²

Marinês Tambara leite³

Luiz Anildo Anacleto da Silva⁴

Mônica Strapazzon⁵

Doi: 10.5902/2179769228915

RESUMO: Objetivo: conhecer as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem em duas unidades de terapia intensiva junto a pacientes com sintomatologia psiquiátrica. **Método:** qualitativo e descritivo. Participaram 28 membros da equipe de enfermagem. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada e observação estruturada não participante. A análise seguiu os passos da Análise de Conteúdo. **Resultados:** emergiram três categorias, a primeira refere-se ao diálogo como instrumento de cuidado, a segunda aborda questões inerentes a contenção mecânica/medicamentosa e a última sobre a família como elemento terapêutico na atenção ao paciente com sintomatologia psiquiatria em unidade de terapia intensiva (UTI). **Conclusão:** o paciente internado em UTI pode apresentar sintomas psiquiátricos decorrentes de doença orgânica ou pelo desgaste emocional pela permanência nesse espaço. Desse modo, a equipe de enfermagem intensivista deve estar apta para identificar e intervir de forma assertiva junto ao paciente, o que inclui diálogo e administração de medicação.

Descritores: Enfermagem; Cuidados Críticos; Saúde Mental; Unidades de terapia intensiva

ABSTRACT: Aim: to know the interventions performed by the nursing team in two intensive care units along with patients with psychiatric symptomatology. **Method:** qualitative and descriptive. Twenty-eight members of the nursing team participated. The data were obtained through a semi-structured interview and a non-participant structured observation. The analysis followed the steps of Content Analysis. **Results:** three categories emerged; the first one refers to dialogue as an instrument of care; the second addresses issues related to mechanical / medication containment; and the last one refers to the family as a therapeutic element in the care of patients with psychiatric symptoms in an intensive care unit (UTI). **Conclusion:** ICU patients may present psychiatric

¹Enfermeira. Residente em Alta Complexidade pela Universidade Federal de Santa Catarina UFSC. Santa Catarina, SC, Brasil. E-mail: nara.reisdorfer@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM/Campus Palmeira das Missões. RS, Brasil. E-mail: leilahildebrandt@yahoo.com.br

³Enfermeira. Doutora em Gerontologia Biomédica. Docente da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM/Campus Palmeira das Missões. RS, Brasil. E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

⁴Enfermeiro. Doutor em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/Campus Palmeira das Missões. RS, Brasil. E-mail: luiz.anildo@yahoo.com.br

⁵Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva, Emergência e Trauma pelo Hospital Moinhos de Vento. Mestranda em enfermagem pela UFSM (ppgenf/UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: monica.strapazzon@yahoo.com.br



symptoms due to organic disease or emotional exhaustion due to their presence in such environment. Thus, the intensive care team must be able to identify and intervene assertively with the patient, which includes dialogue and medication administration.

Descriptors: *Nursing; Critical care; Mental health; Intensive care units*

RESUMEN: *Objetivo:* conocer las intervenciones realizadas por el equipo de enfermería en dos unidades de terapia intensiva con pacientes que presentan síntomas psiquiátricos. **Método:** cualitativo y descriptivo. Participaron 28 miembros del equipo de enfermería. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada y observación estructurada no participante. El análisis siguió los pasos del análisis de contenido. **Resultados:** del análisis surgió tres categorías, la primera se refiere al dialogo como instrumento de cuidado, la segunda trata de cuestiones inherentes a la contención mecánica/medicamentosa y la última sobre la familia como elemento terapéutico en la atención al paciente con síntoma psiquiátrico en unidad de terapia intensiva. **Conclusión:** el paciente internado en unidades de terapia intensiva puede presentar síntomas psiquiátricos originarios por enfermedad orgánica o por el desgaste emocional por la permanencia en ese espacio. De ese modo, el equipo de enfermería intensiva debe estar apto para identificar e intervenir de forma asertiva junto al paciente, lo que incluye diálogo y administración de medicación.

Descriptor: *Enfermería; Cuidados críticos; Salud mental; Unidades de terapia intensiva*

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente destinado à reabilitação de pacientes em estado grave de saúde e, geralmente, em risco de morte. O cuidado prestado nesse setor requer profissionais qualificados, utilização de tecnologias e fármacos de ponta.¹ Ressalta-se que o cuidado nesse ambiente tem suas particularidades por estar repleto de tecnologias, com procedimentos invasivos ao paciente, administração de medicações que requerem atenção especializada, rotinas, normas e regras rígidas, características que a equipe de enfermagem necessita seguir ao assistir o paciente. Estes fatores, muitas vezes, interferem no cuidado de pacientes admitidos na UTI.²

Associado aos sintomas físicos que motivaram a internação do paciente em UTI, podem emergir reações emocionais devido à permanência nessa unidade, o que pode comprometer a sua recuperação. Nesse espaço, ele pode experimentar sentimentos de medo, ansiedade, raiva, negação, além de expressarem humor deprimido. Vale destacar que há diversos estereótipos e mitos sobre esse ambiente que geram uma pluralidade de sentimentos, como angústia, tristeza, medo, dor e sofrimento, além de sensações ambíguas como segurança e insegurança.³

Nesse espaço, a experiência de procedimentos dolorosos e falta de independência, usualmente, remetem a um intenso sofrimento físico e psíquico. Tendo em vista que o quadro

clínico do paciente é crítico, muitas vezes, há alteração em estado de consciência, o que pode dificultar a verbalização desses sentimentos. Ainda, essas vivências propiciam o aparecimento de sintomas psiquiátricos, a exemplo de alucinações, delírios e humor deprimido, os quais podem trazer prejuízos ao quadro clínico do paciente. O estresse emocional agudo prediz altas taxas de depressão persistente, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático no curso posterior do tratamento.⁴

Algumas formas de prevenir o aparecimento de sintomas psiquiátricos envolvem a identificação e intervenção dos fatores de risco do paciente, se possível, nas condições impostas pelo ambiente hospitalar. Ainda, o uso criterioso de medicações, em especial sedativos, além da oferta do apoio e esclarecimento necessários são de fundamental importância na terapêutica do paciente grave. O enfermeiro intensivista e a equipe de enfermagem são atores importantes nesse cenário por estar em contato próximo com o paciente e poder avaliar, de forma mais apurada, as alterações do seu estado clínico e psíquico.⁵

Destaca-se que sintomas psiquiátricos podem estar associados ou não a transtorno mental. A enfermidade mental se caracteriza por apresentar perturbação clinicamente significativa na cognição, afeto e comportamento que produz sofrimento ou incapacidade, com comprometimento nas atividades sociais, familiares, profissionais ou outras práticas importantes da vida da pessoa. Além do mais, um transtorno mental conta com uma série de critérios para que diagnóstico seja confirmado.⁶

Nesse sentido, a presença de sintomas psiquiátricos pode não se configurar em um transtorno mental, por ocorrerem de forma pontual e isolada. Todavia, requerem cuidados que considerem a subjetividade de cada paciente, com vistas ao alívio do sofrimento produzido pela experiência de ter sintomatologia psiquiátrica.

Vale destacar que o cuidado vai além do manejo técnico, pois há também construtos relacionais entre as pessoas, nas ações que envolvem o cuidado. A utilização das práticas que integrem todas as nuances do cuidado, no espaço da UTI, é essencial na intervenção junto a pacientes, em especial àqueles com sintomatologia psiquiátrica, pois estas permitem aproximar-se da pessoa doente, conhecê-la na sua subjetividade e intervir de acordo com suas demandas, que abarcam aspectos psíquicos e físicos.

Salienta-se que, apesar de a UTI ser um local no qual se concentram grandes recursos tecnológicos, com vistas a atender as necessidades biológicas dos pacientes, esse ambiente



também está cercado de dor e sofrimento. Embora os profissionais de enfermagem se apoiem na tecnicidade do cuidado, necessário para estabilização do caso e manutenção da vida, é importante atentar para o sofrimento emocional vivenciado pelo paciente.⁷

Desse modo, o objetivo do estudo foi conhecer as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem em duas unidades de terapia intensiva, junto a pacientes com sintomatologia psiquiátrica.

MÉTODO

Estudo qualitativo e descritivo, realizado junto a duas Unidades de Terapia Intensiva Adulto, uma localizada em hospital da região noroeste e outra da região central do Rio Grande do Sul. A primeira instituição hospitalar é de médio porte, a UTI possui 10 leitos. A equipe de enfermagem é composta por 32 profissionais, seis enfermeiros e 26 técnicos de enfermagem. A segunda instituição é de grande porte, referência regional em alta complexidade, possui quatro UTI, dentre elas uma UTI adulto, esta conta com nove leitos. Atuam na unidade 34 profissionais, destes 24 técnicos de enfermagem e 10 enfermeiros. A escolha dessas duas UTI se deu em função de elas possuírem características de estrutura física e funcional semelhantes. As normas e rotinas das duas instituições são equivalentes, em termos de números de profissionais e atividades desenvolvidas.

Constituíram-se em participantes da pesquisa 28 profissionais de enfermagem que atenderam os critérios de inclusão: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem, estar atuando em UTI Adulto há pelo menos um ano. Excluíram-se os profissionais que se encontravam de férias ou licença saúde/maternidade. Todos os profissionais foram convidados a participar, tendo em vista que se trata de uma pesquisa de cunho qualitativo, o número de participantes foi definido pela saturação dos dados, no momento em que estes começaram a se repetir encerrou-se a coleta.⁸

Para a coleta dos dados, utilizou-se entrevista individual, semiestruturada, com questões abertas e fechadas. Os profissionais foram questionados quanto aos cuidados que prestam a pacientes com sintomatologia psiquiátrica e como é para eles prestar assistência a esses pacientes. As entrevistas foram gravadas por meio de equipamento de áudio e posteriormente transcritas e entregues aos profissionais para validação. Para codificar as entrevistas utilizou-se a letra “E” para profissional enfermeiro e “T” para técnico de enfermagem, seguido do número da entrevista. Também foi utilizada a observação estruturada não participante, totalizando 20



horas, cujas informações foram registradas em diário de campo. A coleta ocorreu no mês de janeiro na primeira instituição e outubro de 2016 na segunda.

A análise dos dados englobou as informações obtidas a partir das entrevistas, em que se realizou leitura exaustiva desse material, a fim de organizar e interpretar os achados. Para análise dos dados utilizou-se o método de análise de conteúdo, que se constitui de três fases, a pré-análise a categorização e interpretação dos dados.⁹

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, conforme Parecer Consubstanciado Nº 1.376.489.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo contou com a participação de 28 profissionais, destes 21 técnicos de enfermagem e sete enfermeiros. Houve predominância do sexo feminino, sendo 25 mulheres e três homens. A faixa etária variou de 20 a 57 anos. Quanto ao estado civil, a maioria, 12 declarou-se casado; seguido de nove solteiros; quatro divorciados e três em união estável. A maioria dos profissionais, 20 professam a religião católica; seguida de quatro evangélica; três sem religião e um segue a religião luterana.

O tempo de formação variou de um a 34 anos, com média de oito anos e três meses. Os participantes atuavam nas instituições entre um ano e 22 anos, com média de cinco anos e um mês. Quanto à formação complementar, 20 entrevistados relataram ter realizado pelo menos um curso de capacitação, 11 deles em terapia intensiva adulto e dois, além de adulto, neonatal e pediátrica, quatro em urgência e emergência. Ainda, houve relatos por parte dos entrevistados de sua participação em curso de qualificação sobre nefrologia, ventilação mecânica, radiologia, instrumentação cirúrgica, gestão pública e pós-graduação *Stricto sensu* em nível de mestrado. As capacitações realizadas não abordavam conteúdos relativos a saúde mental. Um profissional relatou ter feito uma especialização *Lato sensu* em saúde mental. Destaca-se que, no hospital de grande porte, ocorrem capacitações setoriais mensalmente, já os profissionais do hospital de médio porte buscam cursos de capacitação externos à instituição.

O conteúdo das informações obtidas a partir das falas dos participantes da pesquisa foi agrupado em três categorias. A primeira refere-se ao diálogo como instrumento de cuidado de enfermagem junto ao paciente internado em UTI, a segunda aborda questões inerentes a contenção mecânica/medicamentosa adotada no cuidado ao paciente com sintomas

psiquiátricos internado em UTI e a última versa sobre a família como elemento terapêutico na atenção ao paciente com sintomatologia psiquiatria em UTI.

O diálogo como instrumento de cuidado de enfermagem ao paciente psiquiátrico internado em Unidade de Terapia Intensiva

A ambientação dos pacientes na UTI é complexa, envolve fatores individuais e ambientais e, ainda, o apoio dado ou não pela equipe de enfermagem, além da minimização dos possíveis fatores de risco para o adoecimento mental. Considerando esses aspectos, muitos pacientes experienciam sentimentos como medo, angústia, estresse e sensação de vulnerabilidade, além de outras sintomatologias psiquiátricas, como humor deprimido, alucinações e delírios. Na visão dos participantes desse estudo, os pacientes que apresentam tais manifestações demandam dedicação maior, por apresentarem necessidade de atenção, de falar e de serem ouvidos, como mostram as falas a seguir.

O principal é a conversa, a gente ia lá e conversava explicava certo onde que eles estavam de novo, porque muitas vezes eles se perdem, nem sabem mais onde é que estão. (T10).

A gente tenta conversar para ver se ameniza a agitação um pouco. (T15)

A UTI caracteriza-se pela alta complexidade e aparato tecnológico. Para que o cuidado de enfermagem seja efetivo, se faz necessário que o paciente seja visto em sua integralidade. Cabe ao enfermeiro desenvolver estratégias de cuidado com vistas à abordagem a diversas demandas desse paciente.¹⁰⁻¹¹ O processo de comunicação configura-se como um desses instrumentos, fortalecendo a interação, participação e corresponsabilização, subsidiando o cuidado, para que esse ocorra de forma ativa e eficaz ao paciente hospitalizado.¹² Por meio da comunicação a pessoa incorpora e processa as informações sobre seu estado de saúde-doença e, a partir daí, toma decisões e colabora no gerenciamento de seu processo terapêutico.¹³

A comunicação nesse setor se dá de forma verbal e não verbal que envolve aspectos objetivos e subjetivos e que, por vezes, não são traduzidos em palavras. Na comunicação não verbal destaca-se o posicionamento ou aproximação do profissional ao paciente. Os movimentos realizados com as mãos, expressões faciais, olhares, o toque e o próprio silêncio. Assim como a comunicação verbal, a não verbal sofre influências da cultura, vivências e experiências pessoais e familiares.¹⁴

Quando se pensa em saúde mental, o diálogo e a escuta terapêutica têm importância ainda maior. Configura-se em um instrumento de minimização da angústia, pela possibilidade de reprodução de sentimentos, por proporcionar a escuta de si, atrelado ao fato de ser escutado.¹⁵

Por ser uma unidade de cuidados intensivos, em que a assistência tem se pautado no cuidado biológico, nas intervenções técnicas que exigem qualificação profissional e grande aparato tecnológico, o diálogo, nem sempre, é utilizado como instrumento terapêutico. No entanto, a enfermagem precisa garantir um ambiente acolhedor aos pacientes, apesar das limitações da unidade e, nesse contexto, o diálogo cria alternativas para minimizar os efeitos negativos da hospitalização nesse setor.¹⁶

O diálogo é uma importante ferramenta terapêutica, apresenta-se como alicerce da relação profissional, paciente e cuidado. Esse possibilita aproximação, esclarecimento de dúvidas, troca de experiências e formação de vínculo, além disso, pode despertar no paciente sentimentos de valorização de seu caso, apoio e segurança.

Na UTI, por vezes, alguns pacientes encontram-se desorientados no tempo e espaço devido as características do ambiente e sua condição clínica. Os profissionais citam o uso da comunicação, principalmente de forma explicativa e descritiva, com objetivo de manter a orientação alopsíquica dos pacientes.

Conversar bastante com ele, deixar ele a par, ambientado junto com a gente, eu dou oportunidades para ele conseguir falar. (E7)

A comunicação terapêutica é uma ferramenta utilizada com intuito de ajudar o outro no processo de autoconhecimento de suas potencialidades e fragilidades. Ela mostra-se como um dos principais cuidados prestados a pacientes e familiares no contexto da saúde mental, mesmo que este seja em uma UTI. Em geral, há obtenção de ganhos terapêuticos consideráveis.¹⁷

Contenção mecânica e medicamentosa adotada no cuidado ao paciente com sintomas psiquiátricos internado em Unidade de Terapia Intensiva

Os profissionais relataram, também, a necessidade de atenção e vigilância dos pacientes com sintomatologia psiquiátrica. Esse fato se deve, provavelmente, ao entendimento de que esses pacientes são imprevisíveis e incapazes de medir as consequências de seus atos, por não estarem orientados ou se encontrarem em agitação psicomotora.

Porque você precisa prestar mais atenção no paciente, ele pode se machucar, tentar levantar, pode cair, você tem que ficar prestando mais atenção. Eu acho que te exige mais cuidado do que um paciente que não seja psiquiátrico. (T2)

A gente teve vários casos de pacientes aqui que tentaram suicídio e não tiveram “sucesso”, a gente tem que ficar de olho para eles não fazerem nada de errado, cuidar o que você deixa perto deles, não tirar os olhos deles, não deixar eles sozinhos. (T18)

Essa visão da imprevisibilidade do paciente, associado à impossibilidade de o profissional estar constantemente ao seu dispor e a probabilidade de atitudes do paciente prolongarem o processo de reabilitação, leva a equipe, em muitas situações, a optar pela contenção mecânica e/ou medicamentosa. Citada por quase todos os profissionais, a contenção mecânica é corriqueira nas unidades, vista por eles como uma das estratégias de minimização de danos.

Às vezes, a gente tem que conter o paciente no leito para não arrancar todas as sondas que tem, eles ficam muito agitados, há necessidade de conter eles no leito até pelo sofrimento deles de estar repassando sonda, é melhor para eles. (T11)

Muitas vezes a gente tem que conter, porque ficam agitados, agressivos, daí tem as medicações que tem que fazer conforme o estado deles. (T19)

A interação profissional paciente pode ficar prejudicada com a adoção de medidas como a contenção mecânica e química. O diálogo, normalmente, passa a ser inexistente, em caso de sedação, ou pobre, na contenção mecânica. Os profissionais de enfermagem comumente entendem que, nesses momentos, não é necessário conversar com o paciente para deixá-lo tranquilizar-se. Ainda, pode haver sentimento de culpa do profissional e mágoa expressa pelo paciente por estar restrito ao leito.

Os pacientes que são mais agitados aí a gente tem que conter, aí que é complicado porque a gente se coloca no lugar. (E4)

Olha vou te dizer nem sempre é fácil, muitas vezes se torna difícil, além de difícil fica como vou dizer, não é constrangimento, mas pena deles. (T4)

A restrição física pode ser indicada em alguns casos de confusão mental decorrentes ou não da hospitalização. A ocorrência de estados confusionais relacionados à internação merecem olhar mais atento da equipe, no que se refere a prevenção, diagnóstico e intervenções rápidas evitando necessidade de contenção mecânica. Entende-se que há

momentos em que a comunicação não é suficiente, sendo necessárias outras estratégias para restringir as ações de risco do paciente. Episódios de agressividade e agitação intensa, independente se causados por confusão mental ou não, que apresentam risco de agravos para paciente ou equipe, podem ser controlados por meios de restrição química ou física.¹⁸

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem número 427 de 2012 define que a contenção mecânica só pode ser empregada sob supervisão direta do enfermeiro e levar em conta os protocolos da instituição. A resolução ressalta, ainda, que a contenção pode ser utilizada quando for o único meio possível para prevenção de danos aos pacientes ou aos demais. Essa prática necessita de reavaliações constantes quanto a sua necessidade, não deve ser utilizada como forma de disciplinar, punir ou coagir o paciente, tampouco por conveniência da equipe.¹⁹

Observou-se preocupação por parte dos profissionais referente ao uso indiscriminado da restrição física e/ou medicamentosa, ao mesmo tempo percebeu-se o temor da equipe com possíveis intercorrências como quedas e remoções de acessos e sondas. O medo da responsabilização da equipe de enfermagem caso o paciente se lesione e a necessidade de realizar novamente o procedimento, como repassar sondas, são alguns dos motivos elencados pelos profissionais para uso de contenção. Frequentemente, a tomada de decisão da equipe, referente ao uso ou não da restrição, é influenciada pelas características pessoais de cada profissional.

Estudo realizado em uma UTI do Rio de Janeiro, referente às causas de retirada não planejada de sondas nasoenterias, mostrou que o uso da contenção mecânica não possibilitou a redução das intercorrências. Seguindo o protocolo da instituição com prescrição médica e mantendo-se uma mobilidade de 10-20 cm dos membros superiores, não impediu a retirada do dispositivo. Os autores consideram o uso da contenção mecânica, com vistas a não retirada de sondas, ineficaz.²⁰

Além disso, o uso da restrição física está associado a sensações desagradáveis vivenciadas pelos pacientes.²¹ Apesar de os profissionais considerarem um recurso terapêutico e forma de proteção, os pacientes perceberam as medidas restritivas como punitivas e antiéticas, por causarem impactos psicológicos negativos e traumatizantes.³

Poucas vezes prescrita ou debatida entre a equipe, a contenção mecânica ocorre sem avaliação de sua real necessidade, seus efeitos benéficos ou maléficos ao paciente, forma de execução, inspeção cutânea prévia e por sua permanência por longos períodos de tempo sem reavaliações.

A contenção medicamentosa também foi utilizada como um recurso para o controle da sintomatologia psiquiátrica dos pacientes internados em UTI, em especial àquela relacionada a alteração de conduta, como a agitação psicomotora.

Só que tem uns que ficam agressivos aí a gente tem que conter e faz medicamentos para acalmar eles, EV [endovenoso] ou IM [intramuscular], geralmente é um Haloperidol, Fenegan, Amplictil [antipsicóticos, anti-histamínico] quando eles são muito agressivos eles ganham Amplictil [antipsicótico], em soro, no gotejo junto. (T14)

Fármacos como anti-histamínicos, antibióticos, opiáceos, corticosteróides, diuréticos ou benzodiazepínicos apresentam risco deliragênico, contribuindo para disfunções mentais nesse ambiente.⁴ Vale salientar que, em alguns momentos, o uso de medicação pode se constituir em uma estratégia de cuidados visto que quadros de agitação podem piorar quadros clínicos. Entretanto, para isso, é necessário atentar para efeitos adversos destes fármacos bem como a interações medicamentosas, já que, frequentemente, pacientes internados em UTI utilizam vários tipos de medicamentos.

A Família como instrumento terapêutico na atenção ao paciente com sintomatologia psiquiatria em unidade de terapia intensiva

Os profissionais reconheceram o potencial terapêutico da família na UTI, em especial, na manutenção da orientação dos pacientes, identificação e minimização de fatores de risco para alterações psicológicas. Assinalaram que a restrição de horários de visitas reflete negativamente nos pacientes, influenciando no surgimento de sintomatologia psiquiátrica, principalmente relacionada a transtornos de humor.

Todo mundo, até a gente, às vezes fica meio deprimido, então imagina eles, sozinhos, sem família, a família pode vir só duas vezes por dia e só uns minutos, às vezes mesmo as pessoas que não têm diretamente problema eles acabam tendo sintomas aqui. (T8)

Eles ficam angustiados, acaba piorando estar aqui, imagina ficar em um lugar fechado, sozinhos, sem a família eles não conseguem ficar, na verdade acontece isso. (T10)

Contudo, observou-se que os profissionais de enfermagem evitaram aproximação com os familiares, em especial de pacientes com alguma sintomatologia psiquiátrica. Este distanciamento tornou-se ainda maior quando o sintoma surgiu após a internação na unidade. A falta de capacitação na área de saúde mental, o desconhecimento dos motivos que levaram



o paciente a apresentar tal sintoma e este não ter sido o motivo da internação foram algumas das razões citadas pelos participantes para esse distanciamento.

A internação em uma unidade crítica pode provocar alterações, não só no paciente, mas também em sua família. A integridade desta passa a ser ameaçada, ocorre mudança de papéis e dinâmica familiar, novas necessidades e sentimentos, medo da separação e perda. Cabe à equipe de enfermagem compreender a singularidade de cada família, identificando suas necessidades e, por meio dessas, buscar estratégias de enfrentamento e adaptação à condição atual.^{7,22}

A família influencia no bom prognóstico da pessoa internada na UTI, pois, na maioria das vezes, fornece apoio físico, emocional, social e financeiro a ela. Apresenta-se como uma continuidade do doente, também necessitando de cuidados. A atenção em ambiente crítico sempre deve ser alicerçada na tríade paciente-família-profissional, levando em conta que a doença é um processo coletivo. Portanto, a comunicação representa a base das relações, constituindo-se na melhor forma de troca, partilha e esclarecimentos entre profissional, paciente e família.¹⁴

A ampliação dos horários de visita para a família se constitui em uma estratégia viável e de grande valia para fortalecer a ambientação dos pacientes.²³ Além disso, os familiares são capazes de identificar mais precocemente alterações de âmbito psicológico de seus entes queridos. Para tanto, o profissional de enfermagem deve estar próximo ao familiar e incentivar a expressão de seus sentimentos e percepções.

O suporte psicossocial aos familiares apresenta-se como estratégia fundamental. No contexto da saúde mental, os familiares nutrem sentimentos e dificuldades que podem os afetar significativamente, portanto, além de aliados no tratamento do paciente os familiares também necessitam de cuidados.^{16,24}

CONCLUSÃO

O estudo apontou que o diálogo se constitui em um instrumento que colabora no cuidado de enfermagem ao paciente internado em UTI, podendo minimizar o sofrimento emocional. Desse modo, alguns profissionais das equipes estudadas utilizam-se da comunicação no momento da intervenção junto ao paciente, porém esta ferramenta, por vezes, não é entendida como cuidado de enfermagem. Entretanto, em algumas situações em que há agitação psicomotora ou comportamento agressivo, é necessário o uso de fármacos e contenção mecânica como forma de alívio de sintomas psiquiátricos apresentados por pacientes assistidos



em UTI. A identificação e minimização dos fatores de risco, intervenção precoce, uso correto de medicação e a comunicação terapêutica são alguns dos cuidados que podem ser realizados pela equipe de enfermagem, com intuito de prevenir e tratar sintomas psiquiátricos.

Quando se trata da família, os profissionais de enfermagem reconhecem a sua importância no cuidado ao paciente internado em UTI, especialmente àquele com sintomas psiquiátricos. Os participantes da pesquisa sinalizaram o horário restrito de visitas na UTI como fator negativo que pode influenciar na manifestação de sintomas psiquiátricos. Entretanto, os profissionais de enfermagem mantiveram certo distanciamento dos familiares que visitavam os pacientes na UTI.

Como limitação da pesquisa entende-se que o fato de a coleta de dados ter sido realizada com profissionais de enfermagem de duas Unidades de Terapia Intensiva, impossibilita a generalização dos resultados. Em vista disso, sugere-se que outros estudos possam ser desenvolvidos com foco nesta temática, em outros contextos que envolvam cuidados intensivos, com outras perspectivas metodológicas, dada a relevância do tema para a área da enfermagem.

Como contribuição, os resultados apresentados permitem ampliar discussões sobre a assistência de enfermagem ao paciente com sintomas psiquiátricos em Unidade de Terapia Intensiva e ofertar subsídios que possibilitam qualificar o cuidado nesse cenário. Ainda, pode-se afirmar que discussões sobre esse assunto são relevantes para a produção de conhecimento na enfermagem e produzir novas práticas assistenciais.

REFERENCIAS

1. Campagner AOM, Garcia PCR, Piva JP. Aplicação de escores para estimar carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Bras Ter Inten.* 2014;26(1):36-43.
2. Kotz M, Frizon GSOM, Toniollo CL, Ascari RA. Tecnologias, humanização e o cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. *Rev UNINGÁ Review.* 2014;18(3):50-5.
3. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Backes DS. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012;16(4):689-96.
4. Kapfhammer HP, Schwab S. The priority aim is to survive the intensive care unit but that alone is not sufficient: the neurological and mental sequelae of intensive medical care treatment. *Nervenarzt.* 2016;87(3):233-5.
5. Mori S, Takeda JRT, Carrara FSA, Cohrs CR, Zanei SSV, Whitaker IY. Incidência e



fatores relacionados ao delirium em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):585-91.

6. American Psychiatric Association. *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

7. Passos SSS, Silva JO, Santana VS, Santos VMN, Pereira A, Santos LM. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(3):368-74.

8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2014.

9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Edições 70; 2011.

10. Parcianello MK, Fonseca GGP, Zamberlan C, Freitas HMB, Nunes SS, Heckler HCS. Abordagem ecossistêmica em terapia intensiva: conhecimento dos enfermeiros. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2013 abr/jun;5(2):3645-54.

11. Correio RAPV, Vargas MAO, Carmagnani MIS, Ferreira ML, Luz KR. Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. *Enferm Foco*. 2015;6(1/4):46-50.

12. Rezende RC, Oliveira RMP, Araújo STC, Guimarães TCF, Santo FHE, Porto IS. Expressões corporais no cuidado: uma contribuição à comunicação da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):490-6.

13. Siqueira C. Comunicação terapêutica em saúde mental. *Rev Portuguesa Enferm Saúde Mental*. 2014 dez;12:6-8.

14. Rodríguez LMB, Velandia MFA, Leiva ZOC. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuidarte*. 2016;7(2):1297-309.

15. Lima DWC, Vieira AN, Silveira LC. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. *Texto & Contexto Enferm*. 2015;24(1):154-60.

16. Reis LCC, Gabarra LM, Moré CLOO. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. *Temas Psicol [Internet]*. 2016 set;24(3):815-28.

17. Vieira MTC, Sequeira, C. Comunicação terapêutica em enfermagem: como um caracterizam os enfermeiros. *Rev Portuguesa Enferm Saúde Mental*. 2014 jun;11:31-8.

18. Faria H, Paiva A, Marques P. A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspectos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Rev Enferm Ref*. 2012 mar;3(6):7-16.

19. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 427, de 7 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. 2012 [acesso 17 dez 2016]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html.

20. Pereira SEM, Coelho MJ, Mesquita AMF, Teixeira AO, Graciano SA. Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(4):338-44.

21. Costa JB, Marcon SS, Macedo CRL, Jorge AC, Duarte PAD. Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter*



Intensiva. 2014;26(2):122-9.

22. Oliveira CN, Nunes EDCA. Cuidando da família na uti: desafio de enfermeiros na práxis interpessoal do acolhimento. *Texto & Contexto Enferm.* 2014;23(4):954-63.

23. Ribeiro SCL, Nascimento ERP, Lazzari DD, Jung W, Boes AA, Bertencello KC. Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. *Texto & Contexto Enferm.* 2015 abr-jun;24(2):513-20.

24. Constantinidis TC, Andrade AN. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciênc Saúde Colet.* 2015 fev;20(2):333-42.

Data de submissão: 04/09/2017

Data de aceite: 03/07/2018

Autor correspondente: Nara Reisdorfer

E-mail: nara.reisdorfer@hotmail.com

Endereço: Rua Rafael Bandeira 265, apto 401, centro. Florianópolis. SC. Brasil

CEP: 88015-450