

Ciência Atual

Revista Científica
Multidisciplinar das
Faculdades São José

2014

Volume 4 | Nº2



FACULDADES
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO CLIENTE APRESENTANDO SÍNDROME DE CONFINAMENTO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

EXPERTISE OF NURSES FRONT CUSTOMER PRESENTING SYNDROME CONFINEMENT IN A
UNIT OF THERAPY INTENSIVA

Iza Cristina dos Santos

Enfermeira Mestre em Enfermagem - UNIRIO. Coordenadora de enfermagem do serviço de educação permanente do Instituto Nacional de Cardiologia

Luciane Alves Vercillo

Enfermeira Mestre em Educação - UNESA. Coordenadora do Serviço de Educação Permanente do Centro de Unidades Médicas Integradas Saúde Santa Terezinha-RJ.

Jacira Florencia de Paula de Moura

Enfermeira Mestre em Enfermagem - UERJ. Enfermeira do programa de atenção à saúde do homem - UERJ/MS.

Tereza Cristina Felipe Guimarães

Doutora em Enfermagem - UFRJ. Coordenadora de Enfermagem do Serviço de Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco do Instituto Nacional de Cardiologia.

Rosimar Costa Silva

Enfermeira - UCL

RESUMO

O estudo consiste no papel do enfermeiro ao prestar assistência ao cliente com síndrome de confinamento na UTI. Os objetivos são: Identificar o papel do enfermeiro perante o paciente com síndrome de confinamento internado em uma UTI, verificar quais os cuidados implementados pelo o enfermeiro frente ao cliente com síndrome de confinamento e analisar os resultados dos cuidados realizados pelo enfermeiro nesta clientela específica. Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa; categorizamos os relatos dos dez enfermeiros entrevistados onde emergiu os seguintes resultados: os mesmos sabem identificar a síndrome de confinamento por meio de sua experiência profissional e necessitam de subsídios teóricos para aprofundarem-se no assunto. Conclui-se que o tema síndrome de confinamento merece ser melhor discutido estimulando a equipe interdisciplinar a debater a questão.

Palavras-Chave: Enfermeiro, Paciente, Síndrome de Confinamento, UTI.

ABSTRACT

The object of the study is the role of the nurse to assist the customer with Syndrome confinement in the ICU. The goals are: To identify the role of the nurse in the patient with syndrome confinement hospitalized in an ICU, see which care implemented by the nurse front of the customer with Syndrome confinement and analyze the results of care performed by the nurse in this specific clientele. Search descriptive, qualitative approach; categorize the reports of the ten nurses interviewed which emerged the following results: they know to identify the syndrome of containment through their professional experience and need subsidies to deepen theorists on the subject. It follows that the theme Syndrome confinement deserves better discussed stimulating interdisciplinary team o discuss the issue.

Keywords: Nurse, Patient's Syndrome Confinement, ICU.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Na terapia intensiva implica em depararmo-nos com a doença em alto nível de complexidade e com o limite entre a vida e a morte. O adoecimento move-nos a refletir sobre a totalidade do homem – corpo, mente, emoção e espírito, relacionando-se com os outros homens e com a vida de modo geral.

A síndrome de confinamento tem sido discutida em congressos de psicologia, psiquiatria e enfermagem, por acometer clientes internados em tempo prolongado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). São acometidas por depressão, ansiedade desconforto identificada pela equipe multiprofissionais que trabalha em UTI.

Os clientes que desenvolvem esta síndrome não admitem serem contidos em um recinto e há necessidade de terem que atuem voltados não somente para o atendimento das necessidades físicas, mas também psicológicas dentre outras. Existem fatores que predisõem esse cliente a desenvolver essa síndrome, como: clientes que necessitam de ventilador mecânico por tempo prolongado, o ambiente da UTI (a temperatura, os ruídos das máquinas, etc.), a ausência de familiares por perto, a pacientes angustiado que sente insegurança por não estar no seu ambiente na continuidade do cotidiano de suas vidas. Através do processo da humanização em UTI, considerando um grande passo na assistência humanizada e, como isso, alterações de comportamento do cliente foram observadas e analisadas com o enfoque direcionado para buscar soluções à esses pacientes com longo tempo de internação no setor.

O objeto do trabalho do enfermeiro é o cuidado, mais que a cura; portanto, ainda que não se tenha esperanças de vida, da cura de uma doença, haverá cuidado a ser realizado. É da sua presença como ser humano que ele precisa. Isto jamais será substituído por máquinas. Isto é que torna a nossa profissão imprescindível e essencial.

A enfermagem que trabalha nas terapias intensivas tem seu papel ímpar na colaboração de identificar e minimizar clientes que venham desenvolver esta síndrome. Tentando olhar esse cliente através de uma visão holística e humanizada e cada vez mais atender as necessidades desta clientela específica.

No exercício profissional de enfermagem de um modo geral, e em particular no CTI, recorreremos a tecnologia para atuar no cliente gravemente enfermo. Sem dúvida, no CTI encontramos face a face com as mazelas humanas e, tanto profissionais quanto pacientes se veem diante de possibilidades e impossibilidades.

O CTI é um universo onde se somam tecnologia de ponta, conhecimento científico atualizado e competência técnica dos profissionais. Entretanto, o paciente, no dinamismo do viver/morrer, desmonta, a qualquer momento, esse ilusório poder de tudo controlar. (SILVA, 2004)

A exigência da permanente atualização do conhecimento das tecnologias de última geração, principalmente nas unidades de terapia intensiva, não levou em conta a necessidade da apropriação da tecnologia da sensibilidade.

Essa assistência deve avaliar as necessidades afetadas da clientela assistida, os conhecimentos das necessidades emocionais dos pacientes, muitas vezes esquecidas pela equipe, são lembrados quando a paciente “surta”, provocando desagrados, raiva e impaciência pelos membros da equipe, por não estarem preparados adequadamente para atender a esta necessidade sentida.

A pesquisa foi realizada com enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva.

Portanto este estudo consiste no papel do enfermeiro ao prestar assistência ao cliente com síndrome de confinamento UTI.

As questões norteadoras do estudo são:

- No que consiste a síndrome de confinamento?
- Qual o papel do enfermeiro no atendimento ao cliente com síndrome de confinamento?

Destacam-se os seguintes objetivos:

- Identificar o papel do enfermeiro perante o paciente com síndrome de confinamento internado em uma UTI.
- Verificar quais os cuidados implementados pelo o enfermeiro frente ao cliente com síndrome de confinamento.
- Analisar os resultados dos cuidados realizados pelo enfermeiro nesta clientela específica.

Devido a este fato é pertinente a equipe de enfermagem que passa 24 horas cuidando diretamente das pacientes a aprimorar seu conhecimento em busca de fatores que acometem um paciente internado em uma terapia intensiva a ter uma reação psicológica, patológica, não condizente com o padrão normal desse paciente.

Para tanto se faz necessário identificar as várias possibilidades de distúrbios psicológicos e isolar o comportamento normal decorrente do carreamento dos seus movimentos, muitos comuns na síndrome de confinamento.

Identificar os fatores que contribuem que os pacientes em evoluam para uma síndrome de confinamento pode ajudar a evitar tais situações e, acelerar sua recuperação.

A pesquisa evidencia um problema de ordem comportamental, que acomete clientes internados em uma UTI, no caso da síndrome de confinamento. Esta síndrome de confinamento interfere nos cuidados e no tempo de permanência do cliente em uma terapia intensiva, faz-se necessário à compreensão do problema em busca de soluções. É pertinente para a academia por fornecer subsídios relacionados a um problema que vem aumentando nas UTIs e na busca de soluções desta questão.

Diz SOARES (1994, p. 15), que quando discute as articulações entre os conceitos vida e sentido que somente a posterior podem-se imputar, aos retalhos caóticos de vivência, as conexões de sentido que os convertem em ‘experiência’.

Cabe lembrar que se deve estar ciente dos avanços e recuos, da cronologia própria, e da fantasia e idealização que costumam permear narrativas quando elas envolvem lembranças, memórias e recordações. FARIAS (1994) adverte que as entrevistas de história de vida trabalham com memória e, portanto, com seletividade, o que faz com que o entrevistado aprofunde determinados assuntos e afaste outros da discussão. No entanto, BOSI (1994), deixa claro que o que interessa quando trabalhamos com história de vida é a narrativa da vida de cada um, da maneira como ele a reconstrói e do modo como ele pretende que seja sua a vida assim narrada.

QUEIROZ (1988) coloca a história de vida no quadro amplo da história oral que também inclui depoimentos, entrevistas, biografias, autobiografias. Considera que toda história de vida encerra um conjunto de depoimentos e, embora tenha sido a pesquisadora a escolher o tema, a formular as questões ou a esboçar um roteiro temático, é o narrador que decide o que narrar. A autora vê na história de vida uma ferramenta valiosa exatamente por se colocar justamente no ponto no qual se cruzam vida individual e contexto social.

REVISÃO DE LITERATURA

O que é síndrome de confinamento. Onde as investigadoras buscaram fundamentações teóricas acerca de uma síndrome que acomete os pacientes internados em UTIs. Após leitura em diversas bibliografias. Entendo que transtorno mental causado por uma condição médica não tem etiologia específica e são induzidas por substâncias. Segundo Dornelles (2003, p. 52)

Um transtorno mental causado por uma condição médica geral se caracteriza pela presença de sintomas mentais consideradas como a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.

2.1 Assistência de enfermagem aos pacientes com distúrbios de comportamento

A enfermagem, uma profissão do cuidado, participa intensamente na melhoria da assistência a ser prestada no paciente. Portanto o distúrbio de comportamento deve estar inserido neste cuidar, como uma necessidade psicológica afetada onde o enfermeiro deve avaliar o paciente da seguinte forma, conforme baseada na Taxonomia de Nanda:

2.1.1. Avaliação de Enfermagem

A) Avaliar a postura e o sentimento para:

- Postura deficiente / com os ombros caídos.
- Aparência de ter mais idade de que afirmada.
- Expressão facial de tristeza, abatimento.
- Episódios de choro.
- Anedonia - incapacidade de experimentar prazer.

B) Avaliar os processos de raciocínio:

- Identificar a presença de pensamentos suicidas.
- Julgamento deficiente, indecisão.
- Deficiência na resolução de problema e na concentração.
- Pensamentos negativos.

C) Explorar os sentimentos de:

- Raiva e irritabilidade.
- Ansiedade e culpa.
- Inutilidade.
- Desamparo, desesperança.

D) Avaliar o comportamento físico para:

- Agitação ou retardo psicomotor.
- Sinais vegetativos de depressão.
- Alteração nos padrões de alimentação.
- Alteração nos padrões de sono.
- Alteração nos padrões de eliminação.
- Alteração no interesse sexual.

E) Avaliar para a evidencia de depressão mascarada:

- Hipocondríase.
- Distúrbios psicossomáticos.
- Compulsão para jogar.
- Compulsão para trabalhar excessivamente.
- Propensão ao acidente.
- Distúrbios alimentares.
- Doença por vício.

2.1.2. Diagnóstico de Enfermagem (é traçado a luz dos sintomas apresentados pelos pacientes)

A. Risco de lesão devido à desesperança comprometimento com a resolução de problema.

B. Déficit de cuidados de pessoais em virtude da falta de motivação e concentração deficiente.

C. Distúrbios do padrão de sono ligado a insônia.

D. Auto-estima baixa relacionada com o distúrbio de humor.

E. Ansiedade relacionada a nova experiência de eventos traumáticos.

F. Alteração do processo de raciocínio devido a ansiedade grave.

G. Isolamento social ligado aos sintomas.

H. Risco de violência auto-direcionada ou dirigida a outros devido a suspeita ou incapacidade de reconhecer as pessoas ou locais.

2.1.3. Prescrição de Enfermagem (deve ser implementado pelo enfermeiro e sua equipe conforme os diagnósticos traçados)

A. Avaliar as perdas significativas experimentadas pelo paciente.

B. Incentivar a expressão verbal dos sentimentos.

C. Proporcionar estrutura adicional, mantendo o paciente envolvido nas atividades terapêuticas e psicorreabilitativas.

D. Estimular o paciente a reconhecer suas expectativas irrealistas para evitar sentimentos de inadequação em reduzir ainda mais a sua auto-estima.

- E. Ajudar o paciente a identificar situações provocadoras de ansiedade e os planos para este evento.
- F. Ajudar o paciente a desenvolver as habilidades e afirmação de comunicação.
- G. Ensinar o paciente a monitorar as manifestações objetivas e subjetivas de ansiedades.
- H. Manter o ambiente bem iluminado.

2.2. O Cuidado Humano na Enfermagem

O cuidado humano, sem dúvida, está embutido em valores, os quais, independentemente do enfoque, priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor, entre outros aspectos.

Todos os atributos de cuidar/cuidado são essenciais neste processo, já que constituem uma condição de nossa humanidade.

Profissionais da área de saúde não diferem quanto ao objeto e sujeito do cuidar/cuidado, mas sim na forma como expressam cuidar/cuidados. Cuidar/cuidado pode e deve ser cultivado.

Mesmo que constitua um atributo para todos os seres humanos, na área de saúde e em especial na enfermagem, o cuidar/cuidado é genuíno e peculiar e concordando com várias estudiosas no assunto, é a razão existencial da enfermagem. Conceitos, práticas e rituais de cuidar/cuidado têm merecido a atenção de vários estudiosos, incluindo-se, entre outros aspectos, comportamentos de enfermeiras percebidos por pacientes e por enfermeiras como indicadores de cuidar/cuidado e de não-cuidado, significados e percepções, entre outros. (WALDOW, 1995)

Na área de educação em enfermagem, os trabalhos têm abordado tanto o ensino do cuidar/cuidado como também aplicações de modelos, abordagens pedagógicas priorizando o cuidado e os relatos de enfoques e experiências curriculares. (WALDOW, 1995)

A ciência para o cuidar/cuidado não pode ser totalmente neutra em relação a valores humanos, ou seja, ela não pode manter-se separada ou indiferente às emoções humanas. Desta forma, a base científica do cuidar/cuidado integra tanto as ciências biofísicas como as ciências comportamentais, necessitando, portanto, do reconhecimento e utilização da abordagem humanística. A ciência para cuidar/cuidado requer ainda a análise e compreensão do significado das ações humanas e dos valores que determinam as escolhas humanas na saúde na doença.

Os fatores de cuidar/cuidado aplicam-se às situações de saúde e doença, mas eles se dirigem principalmente para o cuidar/cuidado primário da saúde ou cuidado holístico. O cuidar/cuidado holístico promove humanismo, saúde e qualidade de vida.

METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa, com fundamentos fenomenológicos, primeiro coleta os dados. Estes servem para elaborar o que se denomina "teoria de bases", que é um conjunto de conceitos, princípios, significados, que se elevam de baixo para cima.

Este estudo consiste de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa onde o pesquisador busca aprofundar os conhecimentos referente a síndrome de confinamento que acomete os clientes internados em UTI. Onde a equipe de enfermagem em sua liderança o enfermeiro deve atuar por minimizar as possíveis complicações decorrentes desse estado comportamental desenvolvidos pelos clientes.

A pesquisa qualitativa visa buscar subsídios dentro do ambiente dos inquiridos. Como forma de atender dos anseios e inquietações da investigadora pelo tema proposto.

Portanto para Triviños (1987, p. 128 e 129), a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave, é descritiva e impregnada de significados.

A pesquisa qualitativa não tem, assim, a pretensão de ser representativa no que diz respeito ao aspecto distributivo do fenômeno e, se, alguma possibilidade de generalização advier da análise realizada, ela somente poderá ser vista e entendida dentro das linhas de demarcação do vasto território das possibilidades.

São muitos os métodos e as técnicas de coleta e análise de dados em uma abordagem qualitativa e, entre eles, a história de vida ocupa lugar de destaque. Através da história de vida pode-se captar o que acontece na intercessão do individual com o social, assim como permite que elementos do presente fundam-se a evocações passadas. Podemos, assim, dizer, que a vida olhada de forma retrospectiva faculta uma visão total de seu conjunto, e que é o tempo presente que torna possível uma compreensão mais aprofundada do momento passado. Em outras palavras.

O enfoque fenomenológico privilegiou esta análise porque considerou que os significados que os sujeitos davam aos fenômenos dependiam essencialmente dos pressupostos culturais próprios do meio que alimentavam sua existência. Por isso, os investigadores dessa corrente aprofundaram, especialmente através da entrevista semi-estruturada e a da observação livre (daqui os nomes da pesquisa qualitativa, de "entrevista aprofundada", de "observação qualitativa").

Tanto quanto a entrevista, a observação ocupa um lugar privilegiado nas novas abordagens de pesquisa educacional. Usada como principal método de investigação ou associada a outras técnicas de coleta, a observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, o que apresenta uma série de vantagens. Em primeiro lugar, a experiência direta é sem dúvida o melhor teste de verificação da ocorrência de um determinado fenômeno. Lüdke (1986, p. 26)

3.1. Cenário do Estudo

O cenário de estudo foi uma sala de entrevista com cadeira, mesa, um ambiente ventilado e iluminado, onde os sujeitos que participam da pesquisa serão convidados a fazer seus depoimentos.

3.2. Público Alvo

São enfermeiros que trabalham no mínimo um ano em unidades de terapia intensiva do setor público ou privado da cidade do Rio de Janeiro.

3.3. Métodos de Coleta

Os depoentes foram convidados a participar da pesquisa marcados dia e hora da entrevista, onde antes de responderem o questionário assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) conforme rege o Regulamento 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, onde resguarda os nomes dos entrevistados de acordo com as pesquisas que utilizam seres humanos.

Os nomes foram trocados por nome de cores, exemplo: entrevistado branco, entrevistado azul, assim por diante.

Os sujeitos de estudo receberam uma via do TCLE com ciência de que a sua entrevista foi gravada e posteriormente publicada nos meios acadêmicos em forma de artigo.

Posteriormente os conteúdos das falas dos entrevistados foram analisados de acordo com o referencial de Bardin (1977) e categorizados.

Onde as falas dos depoentes foram categorizadas conforme o proposto pelo referencial aplicado no estudo e aprovado pelo investigador junto com seu orientador.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS ESTATÍSTICOS

Neste momento segue a descrição das tabelas após estratificações dos dados estatísticos.

Tabela 1 – Gênero e Faixa Etária dos Entrevistados

Faixa Etária	GÊNERO			
	Masculino		Feminino	
	F	%	F	%
25 — 30	1	10		
30 — 35	1	10	1	10
35 — 40			1	10
40 — 45			3	30
45 em diante	1	10	2	20
TOTAL	3	30	7	70

Na Tabela 1 verificamos que 30% dos entrevistados são do gênero masculino e 70% do gênero feminino, onde 30% estão na faixa etária de 40-45 anos.

Tabela 2 – Tempo de Formado e o Tempo em UTI dos Entrevistados

Tempo de Formados	Tempo de UTI									
	Menos de 5 anos		5-10		10-15		15-20		20-25	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Menos de 5 anos	2	20								
5 — 10			2	20						
10 — 15					3	30				
15 — 20							2	20		
20 — 25									1	10
25 em diante										
TOTAL	2	20	2	20	3	30	2	20	1	10

Na Tabela 2 observamos que 30% dos inquiridos tem de 10 a 15 anos de formação e entre 10 a 15 de trabalho em terapia intensiva.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS CONTEÚDOS

Neste capítulo as investigadoras buscaram identificar e posteriormente categorizar e discutir os conteúdos das falas dos entrevistados, a luz do referencial de BARDIN.

Para Bardin (1977, p.64) a análise do conteúdo consiste em:

No conjunto das técnicas da análise de conteúdo, a análise por categoria é de citar em primeiro lugar cronologicamente é a mais antiga; na prática é a mais utilizada. Funciona por desmembramento do texto em unidades em categorias segundo reagrupamentos analógicos, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples.

A partir do exposto foram analisadas e categorizadas as falas dos entrevistados que são descritas a seguir.

5.1. A primeira pergunta foi: No que consiste da Síndrome do Confinamento? Desta pergunta emergiu as seguintes categorias.

5.1.1. Aprisionamento

Os entrevistados compreenderam que a síndrome do confinamento consiste no aprisionamento do paciente em seu leito, restringindo suas ações e, provocando reações do mesmo para tal fato. Como descrito no depoimento:

AMARELO: Consiste em uma síndrome em que acomete o paciente que permanece muito tempo dentro de um recinto, privado.

VERDE: O cliente permanece privado num recinto restrito, e monitorizado, e fica registrado no seu consciente.

BRANCO: São sintomas que o cliente apresenta pela restrição em ambientes como terapia intensiva e em uso de vários aparelhos.

5.1.2. Perda do sentido de orientação

Pelas descrições dos entrevistados observamos que a definição que os mesmos têm sobre a SC, deriva do fato dos pacientes perderem o sentido de orientação espacial e temporal devido a permanência em um setor fechado. Como segue as opiniões dos entrevistados:

LILÁS: Tendência do indivíduo a perda da orientação temporal e espacial.

PRETO: Pacientes internados por um longo período, fora dos seus hábitos, seus familiares.

MARROM: É a fobia de um lugar fechado.

5.1.3. O sofrimento

As investigadoras verificaram que um dos entrevistados percebeu a angústia e o sofrimento por que passa o paciente, prejudicando o seu tratamento.

VERMELHO: Sensação, digo, comportamento de angústia e depressão sofrida por indivíduo em ambiente fechado.

5.1.4. Atendimento a uma necessidade afetada

Nesta categoria os entrevistados observaram o fato da necessidade do confinamento, decorrente de um bem maior, o atendimento a uma necessidade humana básica afetada neste paciente e, que precisa ser cuidado. O enfoque é intervencionista focando principalmente o papel do cuidador profissional.

AZUL: O período em que o paciente permanece em um setor fechado sob cuidados intensivos e invasivos necessários ao seu tratamento.

5.1.5. O desconhecimento da síndrome

Observamos que um dos entrevistados, apesar das informações fornecidas pela pesquisadora, desconhece tal síndrome, e não associou nenhuma patologia de fato. Conforme descrito em seu depoimento.

ROXO: Solicito literatura a respeito.

5.2. Na segunda pergunta consiste: Quais as condutas realizadas pelo Enfermeiro diante do cliente com SC? Segue sua categorização.

5.2.1. Relacionamento interpessoal.

Nesta categoria quase unânime por parte dos entrevistados onde a conduta para atuar em um paciente com SC, baseia-se no pessoal, no relacionamento paciente x profissional como forma de atendimento as necessidades afetadas do mesmo. Conforme são descritas nas respostas dos pesquisados:

BRANCO: Orientar quanto ao tratamento (importância). Minimizar a restrição no leito (dentro do possível). Sempre que possível estimular o autocuidado (melhora da autoestima).

MARROM: Explicar e orientar que a permanência dele no setor é importante para sua recuperação.

PRETO: Explicar a necessidade da sua internação naquela unidade e a importância da mesma.

Para os entrevistados o relacionamento interpessoal é um fator preponderante para o alívio dos sintomas decorrente da SC, e, portanto base da assistência prestada.

LILÁS: Orientar a equipe quanto a necessidade de observar a evolução do quadro do indivíduo.

VERMELHO: Estimular a verbalização de sentimentos. Proporcionar ambiente terapêutico agradável e manutenção de relacionamento interpessoal produtivo.

5.2.2. Dúvidas dos profissionais

Entretanto neste momento, verificamos que nem todos respondentes compreendem no que consiste a síndrome e tão pouco sabem atuar, necessitando de um treinamento para o atendimento a essa clientela.

ROXO: O que seria considerado confinamento? É o afastamento de sua família ou o medo da morte?

5.2.3. Participação da família

Um dos entrevistados implementa com conduta a participação da família como forma de envolvimento da mesma no tratamento do paciente, objetivando melhora dos sintomas apresentados pelo mesmo.

AZUL: Orientar o paciente, quando lúcido, da importância a visita pelos familiares.

É importante a participação da família como direito do paciente e, promove um restabelecimento mais rápido do mesmo.

5.2.4. O acolhimento

Alguns entrevistados, utilizando o método de humanização na saúde, onde o acolhimento é uma forma de atenção especial ao cliente, onde as experiências de vidas dos pacientes são importantes para o seu cuidado e são subsídios para que o enfermeiro compreenda o mundo de vida do mesmo e atue de maneira harmoniosa e holística. De acordo com as falas dos pesquisados.

VERDE: Estimular a sua saúde, como trazê-lo ao convívio familiar e social. Educando e orientando o tratamento contínuo.

AMARELO: Tornar o ambiente o mais acolhedor possível. Trazer materiais, utensílios, produtos de higiene e objetos que lhe sejam familiares e que faziam parte de sua vida anteriormente. Disponibilidade e comunicação com o cliente.

5.3. A pergunta número três consiste em: Quais as atitudes tomadas pela equipe de enfermagem em relação ao cliente com SC?

5.3.1. Cuidados de enfermagem ao paciente com SC

Nesta categoria, onde está inserida a maioria dos entrevistados os mesmos informaram que os cuidados de enfermagem podem proporcionar conforto e bem estar ao paciente, e com isso atuar nos sintomas que o mesmo apresenta. São descritos. Observação, orientação e cuidado como formas de atuação. Segue os relatos abaixo.

BRANCO: Atitude de colaboração nos cuidados/auto-cuidado e orientar o paciente para reduzir medos/ansiedades.

MARROM: Confortar, ajudar, orientar e explicar ao cliente a importância de permanecer no setor, quais os benefícios. Pedir ajuda ao psicólogo da instituição.

LILÁS: Melhorar o quadro através do conforto e melhorando a percepção do indivíduo sobre o meio no qual está inserido.

Os cuidados de enfermagem, a serem implementados, após planejamento prévio proporciona um bom atendimento as necessidades afetadas da clientela.

VERMELHO: Observação rigorosa em mudanças de comportamento.

AZUL: Além dos cuidados de enfermagem deve propiciar conforto e bem estar durante o plantão.

5.3.2. Apoio psicológico

Nesta categoria o entrevistado encaminha o paciente para um profissional específico para o assunto no caso o psicólogo, como forma de intervenção nos sintomas que o paciente apresenta.

VERDE: Trazer conforto em assistência de enfermagem e providenciar profissionais específicos: como assistência mental, psicólogo.

5.3.3. A aproximação

De acordo com esta categoria identificada a atitude da equipe de enfermagem deve ser carinhosa e de aproximação com o cliente como forma de cuidar.

AMARELO: Muitas equipes de enfermagem tendem a ter resistência a este tipo de paciente, mas não deveríamos ter atitudes contrárias e cada vez nos tornar mais próximos.

5.3.4. A humanização

Para alguns entrevistados o processo crescente de humanização como forma de uma atuação mais acolhedora é de respeito para com o paciente e, com isso minimizar os sintomas decorrentes da SC

PRETO: Proporcionar humanização na assistência. Estimular sua autoestima.

5.3.5. A não atuação

O desconhecimento ou descaso do profissional de enfermagem em identificação a SC em UTI favorece o discurso hegemônico biomédico, onde apenas os fatores fisiológicos são evidenciados e implantados ações, não compreendendo os outros fatores que envolvem os clientes. A não aceitação e a desvalorização dos sintomas apresentados pelo paciente podem levar a um descuidado.

ROXO: Na UTI? Geralmente os pacientes estão sedados, ou caso contrário, transferidos para UI.

5.4. Por que a síndrome de confinamento frequentemente acomete os clientes internados em UTI?

5.4.1. Mudança de comportamento

Nesta categoria, os entrevistados envolvidos no estudo, evidenciam que devido ao confinamento, a uma mudança radical nos comportamentos do paciente poderá ir da depressão para euforia. De acordo com as falas a seguir:

CINZA: Pois se encontram em ambiente fora da sua realidade, do seu contexto social, confinado em seu mundo fora da realidade.

LILÁS: Devido a perda da sua autonomia em relação a sua própria vida.

5.4.2. Invasão do paciente

De acordo com esta categoria o paciente esta na síndrome por estar restringido no setor e os entrevistados definem como principal foco da síndrome.

VERDE: Devido o tratamento serem procedimentos invasivos, monitorização contínua, encontra-se isolados nas unidades perante os aparelhos que auxiliam a sua vida. Assustam e desenvolvem o medo constante.

5.4.3. Espaço restrito

Os depoentes declaram que o confinamento decorre do fato do espaço restrito por qual se encontra o paciente e, todas as reações.

VERMELHO: Devido ao espaço físico abordado em questão, falta de interação enfermeiro (profissional de saúde) x paciente.

PRETO: Pelo longo período que eles se sentem afastados da família e dos amigos.

MARROM: Porque eles ficam no leito, sem janelas, sem relógios, sem família, com muitas pessoas desconhecidas.

5.4.4. A dor como fator do confinamento

As reações dolorosas provocam reações agressivas nos pacientes e é um dos fatores agudos da síndrome de confinamento.

BRANCO: Por conta dos procedimentos e aparelhos.

5.5. Quais os fatores que predis põe os clientes a desenvolverem a síndrome de confinamento?

5.5.1. Dependência total

Os depoentes referem que devido a dependência total por qual passam os pacientes na terapia intensiva começam a criar mecanismos de reações contra tal confinamento. Em conformidade com as falas a seguir.

MARROM: Ficar num local sozinho; muitas vezes só ouvindo, sem poder fazer o que quer, dependendo dos outros a te para fazer as necessidades básicas.

AMARELO: Pessoas ansiosas, com tendência a depressão, ou pouco comunicativas.

LILÁS: Perda do controle sobre sua vida. Relação direta com a Pirâmide de Maslow.

VERDE: Porque é um lugar assustador e feio, e os pacientes têm consciência do que aquele lugar representa, dividido em duas situações – “vida” ou a “morte”.

5.5.2 O medo do desconhecimento

Os depoentes relatam que os pacientes com seus medos, ansiedades, perda da noção do espaço e temporal, prejudicam o nível da consciência dos mesmos conforme descrição abaixo.

PRETO: Medo, ansiedade, estresse, náuseas, sensação de falta de ar, medo de morrer, palpitações.

BRANCO: Redução da visita, ansiedade/mudo pelo desconhecimento.

AZUL: O período de permanência, a visualização dos demais pacientes graves e a compartimentação do tempo dispensado a cada um.

5.5.3. Desconhecimento da síndrome

Alguns inqueridos desconhecem ou não visualizam a síndrome do confinamento dos pacientes internados nas UTIs.

ROXO: Solicito literatura a respeito.

CINZA: Se sentir completamente inerte ao seu mundo.

5.6. Como você atua diante dos familiares do cliente com síndrome de confinamento?

5.6.1. Comunicação com os familiares

Nesta categoria os enfermeiros declaram a importância que a família tem no apoio psico-social do paciente ajuda na reabilitação do mesmo, uma orientação sobre estado de saúde do paciente, sensibiliza a família a participar ativamente em sua recuperação.

BRANCO: Orientando quanto a importância da visita e da auto estima pelo cliente. Facilitando, dentro do possível as visitas.

CINZA: A família é importante para essa pessoa, ajuda a trazê-lo a uma realidade do dia-a dia.

AMARELO: Estimulando a comunicação com o paciente e tentar cada vez mais trazer objetos familiares para o convívio do cliente.

5.6.2. Diminuição do limiar de ansiedade

Os entrevistados em questão observam por que as informações fornecidas dos familiares servem para sanar as dúvidas e diminuir a ansiedade dos mesmos, conforme as falas descritas abaixo.

LILÁS: Diminuir a ansiedade familiar através de orientação.

5.6.3. Acolhimento a família

Nesta categoria os inqueridos informam que um atendimento acolhedor e carinhoso fornece suporte emocional para família, apoiar ao paciente com as declarações a seguir.

VERDE: Proporcionado conforto, explicando a conduta específica em cada situação. Orientando quanto a necessidade da proximidade familiar e cliente é importante para sua reabilitação.

VERMELHO: Apoio emocional e psicológico.

A investigadora optou por fazer uma discussão do estudo no final das falas de todos os entrevistados, como os sabemos a enfermagem é a profissão do cuidar e a cada dia acompanha aos avanços tecnológicos. Os enfermeiros intensivistas a lidarem com pacientes internados no setor devem diagnosticar não só as necessidades fisiológicas afetadas, porém as psicológicas e sociológicas, as quais receberam o conhecimento durante suas graduações, e fazem parte da grade curricular do curso de enfermagem.

Nas falas dos entrevistados percebemos que os enfermeiros identificam, porém, tem dúvidas sobre atuar no cliente com síndrome de confinamento e, com isso, perpetuam uma assistência inadequada. Sabem os fatores que promovem a síndrome de confinamento como tempo de permanência, dor, contenção, falta de comunicação, ausência da presença de familiares, perda de sua autonomia, dependência total de outros, limitações as regras hospitalares, etc.

Os entrevistados ao responderem como atuam com o paciente com síndrome de confinamento destacam o apoio emocional, retirado as dúvidas do paciente e sua família sobre a patologia principal.

Smeltzer e Bare (2005) explicam que todo cliente deve ser tratado como um indivíduo que possui temores e especificações diferentes de outras pessoas. A compreensão e a ajuda a um cliente podem requerer uma abordagem completamente diferente daquela utilizada por outros.

Os inquiridos a serem confrontados quanto ao seu relacionamento com a família do paciente com síndrome do confinamento informaram sanarem as dúvidas dos mesmos por que a família possa atuar junto com a equipe na solução deste problema, porém nem todos valorizam tal participação.

Portanto a síndrome do confinamento deve ser melhor discutidas nos meios acadêmicos para aprofundar a sistematização da assistência de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigadora ao emergir no ambiente restrito das terapias intensivas o enveredou por uma síndrome comportamental, descrita com palavras definidoras como agitações, psicomotor, agressividade, palavras desordenadas, apatia, desânimo, entre outras, porém com o avanço da tecnologia, onde os equipamentos são as soluções para tudo, os profissionais da área de saúde, não conseguem resolver um transtorno comportamental que interfere no tratamento e recuperações do paciente.

A não visualização da síndrome do confinamento prejudica na prevenção, controle e tratamento da mesma; provoca estresse na equipe interdisciplinar e um maior tempo de permanência do paciente no setor.

Através deste estudo proposto os objetivos foram alcançados, pois os enfermeiros entrevistados sabem identificar a síndrome do confinamento, apesar de terem o conhecimento científico sobre o assunto apenas, por experiência profissional, e percebem que o quadro do paciente de retornar o cotidiano de sua vida a síndrome tende a diminuir. O apoio dos familiares é importante e permite uma forma de ajudar a esse paciente que reage ao aprisionamento. Portanto a síndrome de confinamento deve ser melhor investigada com intuito de promover uma assistência adequada a esta clientela específica onde os fundamentos de psicologia e sociologia deve ser posto em prática não apenas o modelo biomédico hegemônico.

É importante que o enfermeiro tenha consciência da sua atuação diante dos clientes com síndrome de confinamento, pois é de grande valia que os mesmos possam entender as necessidades desses clientes que estão vivenciando momentos de fragilidade tanto física quanto emocional. Sendo também fundamental uma avaliação precoce dos sinais e sintomas da síndrome de confinamento para intervir e evitar o progresso e as complicações causadas pela a mesma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOSI, E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. 3ª. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

COSENDEY, Carlos Henrique. Enfermagem médico-cirúrgico. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004.

DORNELLES, Cláudia. Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais. São Paulo: Artmed Editora, 2003.

FARIAS, I.C. Entrevistas: abordagens e usos da história oral. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994.

HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

- JORGE, Miguel R. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed Editora, 2003.
- KNOBEL, Elias. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006.
- LÜDKE, Menga. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- NETTINA, Sandra M. Prática Enfermagem. 7, ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- SILVA, Lolita Dopico da. Cuidados ao paciente crítico: fundamentos para a enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2004.
- SOARES, L.E. (1994) O Rigor da Indisciplina: ensaios de antropologia interpretativa. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2005. Série Enfermagem
- STUART, Gail Wiscarz; LARAIA, Michele Teresa. Enfermagem Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2002.
- SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda G. Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- SPARKS, Sheila M.; TAYLOR, Cynthia M. Diagnóstico de Enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 1996.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- TORTORA, Gerard J. O corpo humano. São Paulo: Artmed, 2000.
- WALDOW, V.R. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995



www.saojose.br | (21) 3107-8600
Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro