

REFLETINDO SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

REFLECTING ON NURSING CARE IN AN INTENSIVE CARE UNIT

REFLEXIONES SOBRE EL CUIDADO DE LOS ENFERMEROS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Gisele Ferreira da Silva¹
Patrícia Gisele Sanches¹
Maria Dalva de Barros Carvalho²

RESUMO

Este artigo é uma reflexão teórico-filosófica que teve como foco o cuidado prestado pela equipe de enfermagem em UTI. Em virtude de constantes situações de emergência, a UTI caracteriza-se como estressante, tanto para os profissionais como para os pacientes e seus familiares. Observamos que o cuidado mantém o modelo biomédico, vendo o paciente como portador de doença e voltado apenas para o caráter curativo. Como profissionais, não temos o poder de anular as doenças, mas necessitamos direcionar nosso comportamento para proporcionar uma assistência humanizada ao paciente para que o período de internação se torne o menos doloroso possível.

Palavras-chave: Assistência ao Paciente; Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Humanização da Assistência

ABSTRACT

This article is a theoretical and philosophical reflection focusing on the care given by the nursing team in an intensive care unit (ICU). Because of the constant situations of emergency, the ICU is stressful both for the professionals, patients and their family members. We notice that the care has a bio-medical model, seeing the patient as the bearer of a disease and dealing only with the curative aspect. As professionals, we do not have the power to cancel the diseases, but we need to direct our behavior so as to provide humanized assistance to the patient so that the period of hospitalization is the least painful possible.

Key words: Patient Care; Nursing Care; Intensive Care Units; Humanization of Assistance

RESUMEN

Este artículo es una reflexión teórico-filosófica enfocada en el cuidado brindado por el equipo de enfermeros en la unidad de terapia intensiva (UTI). Debido a constantes situaciones de emergencia, la UTI se caracteriza como estresante, tanto para los profesionales como para pacientes y sus familiares. Observamos que el cuidado sigue el modelo biomédico que ve al paciente como portador de enfermedad y se preocupa sólo por el carácter curativo. Como profesionales no contamos con el poder de anular enfermedades, pero debemos buscar que nuestro comportamiento le proporcione al paciente una asistencia humanizada para que el periodo de internación sea lo menos doloroso posible.

Palabras clave: Atención al Paciente; Atención de Enfermería; Unidad de Terapia Intensiva; Humanización de la Atención

¹ Enfermeiras da UTI-Adulto do Hospital Universitário de Maringá. Alunas especiais do Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual Maringá (UEM).

² Professora Doutora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – Paraná.

Endereço para correspondência: Praça dos Expedicionários, 353 apto.406, zona quatro. CEP.: 870150-010. Maringá – PR. E-mail: patriciagiselesanches@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Este artigo é uma reflexão teórico-filosófica que tem como foco o cuidado de enfermagem e o cuidado prestado pela equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor hospitalar destinado ao atendimento de pacientes graves, porém recuperáveis. É dotada de pessoal altamente qualificado, oferecendo uma assistência contínua com o uso de aparelhos sofisticados capazes de manter a sobrevivência do paciente, exigindo de seus profissionais alto nível de conhecimento.

Embora o profissional de enfermagem esteja absorvido neste mundo tecnológico de cabos, fios e condutores, atento a cada alteração, não deve perder de vista o foco principal de seu trabalho: o cuidado ao paciente.

A enfermagem, como profissão, tem o homem como seu centro de preocupação; o ato de cuidar como seu marco referencial; a crescente melhoria da qualidade de vida como meta de trabalho e as áreas do conhecimento que privilegiam o ser humano como domínio do seu saber.¹

O cuidado é um processo, um modo de se relacionar com alguém que envolve desenvolvimento e cresce em confiança mútua, provocando uma profunda e qualitativa transformação no relacionamento; é ajudar o outro a crescer e se realizar.²

O cuidador de enfermagem numa UTI, na maioria das vezes, esquece de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente envolvido pela rotina diária complexa e pela prestação de serviço de alta tecnologia.³

Nesta perspectiva decidimos direcionar nossos olhares como enfermeiras intensivistas para a realidade do cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, nosso campo de atuação.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: QUESTÕES PARA REFLEXÃO

A Unidade de Terapia Intensiva surgiu da necessidade de aperfeiçoamento material e humano para o atendimento a pacientes críticos, e é considerada como um dos ambientes mais agressivos e tensos do hospital. Esses fatores não atingem apenas o paciente, mas também a equipe de enfermagem que presta cuidados intensivos nas 24 horas. Caracterizam-se como ambientes tensos, locais onde a morte é uma constante, os sentidos estão sempre aguçados e alertas para qualquer intercorrência, de sono privado, de ruídos excessivos, de invasão de privacidade, do grande fluxo de profissionais, da quase exclusão dos familiares, da pouca comunicação, de cabos e fios intermináveis, monitores e seus sonoros “bips”.

Na década de 1960, houve um rápido crescimento de unidades de cuidados intensivos em hospitais gerais e com esse crescimento vieram o desenvolvimento de tecnologias e o aumento da disponibilidade de aparelhos para medir, monitorar e regular os sistemas orgânicos, o que tornou os cuidados intensivos potencialmente mais amedrontadores, mais solitários, confusos e desumanizantes. Afirmam também que o paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva necessita de cuidados de excelência dirigidos não apenas para os problemas

fisiopatológicos, mas também para questões psicossociais, ambientais e familiares, que se tornam intimamente interligadas à doença física.⁴

Há um discurso que enfoca a situação de fragilidade e vulnerabilidade vivida pelo doente, considerando seu afastamento das atividades profissionais e familiares, a dor física e psicológica:

[...] O doente que já está à margem da vida da comunidade, da atividade profissional e da vida de família, sofre a dor física, o medo da morte, inquietude pelos entes queridos, preocupação pelo futuro, sentimentos de inferioridade.⁵

A estrutura das UTIs cada vez mais burocratizada e despersonalizada deixa os pacientes à mercê de estranhos cujas funções e papéis desconhecem, de aparelhos e testes de rotina desconectados de seus hábitos, tornando-o somente um paciente a mais, outra patologia, outro prontuário, descartando sua identidade para tornar-se um paciente.⁶ Os resultados de pesquisas têm demonstrado que a má utilização dos recursos tecnológicos e a falta de compromisso de alguns profissionais têm tornado mecânica a assistência, ou seja, têm afastado o cliente (paciente e família) da equipe multiprofissional, descaracterizando o cuidado como ação humana.

A vivência em UTI nos leva a afirmar que essas unidades possuem características próprias, quais sejam: a convivência dos profissionais com pacientes de risco; a ênfase do conhecimento e da tecnologia para o atendimento; a presença da morte; a ansiedade por parte de toda a equipe, pacientes e familiares; as rotinas de trabalho rígidas e desgastantes.

Em geral, o processo de cuidar torna-se frustrante, sobretudo por causa das dificuldades decorrentes das condições de trabalho. O que se observa é que, ante a escassez de recursos materiais e humanos, os profissionais acabam fazendo o melhor que podem, mas isso não é o suficiente e culmina em prejuízo para a qualidade do cuidar.

Sabe-se que nem sempre é possível proporcionar o melhor atendimento. Uma boa estrutura de UTI envolve: pessoal em número suficiente e treinado para fornecer assistência específica e observação contínua, planta física elaborada com equipamentos especiais e manutenção constante e organização administrativa preocupada em manter padrões de assistência e programas de educação continuada.⁷

Em virtude da constante expectativa de situações de emergência, da alta complexidade tecnológica e da concentração de pacientes graves sujeitos a mudanças súbitas no estado geral, o ambiente de trabalho caracteriza-se como estressante e gerador de uma atmosfera emocionalmente comprometida, tanto para os profissionais como para os pacientes e seus familiares.

O serviço de enfermagem sofre o impacto total, de modo imediato e concentrado, das tensões que advêm do cuidado direto dos doentes. Isso ocorre pelo fato de a equipe de enfermagem estar permanentemente em contato com as pessoas que estão fisicamente doentes ou lesadas, compreendendo que o restabelecimento dos pacientes não é certo e nem sempre será completo. Silva⁷

cita também que as enfermeiras relatam que a instabilidade do quadro clínico dos pacientes é um dos fatores geradores de grande tensão, pois impõe um ritmo de trabalho desordenado, uma vez que a qualquer momento pode ocorrer uma intercorrência. No atendimento a essas intercorrências, as enfermeiras são responsáveis pela organização de toda a infra-estrutura, recursos materiais, equipamentos e recursos humanos treinados para prestar o atendimento. Além disso, a atuação nesses atendimentos exige grande controle emocional que inclui ser continente às tensões da equipe médica e de enfermagem. Como consequência, essas trabalhadoras, para evitarem a perda de controle, os sentimentos de culpa e a punição, tornam-se vigilantes de si mesmas, controladoras atentas às consequências de seus atos e experimentam, inconscientemente, o temor pelas consequências de uma atitude desatenta.⁸

A rotina de trabalho para grande parte dos profissionais se mostra insatisfatória e até frustrante, ocorrendo uma lacuna em relação aos papéis mal definidos entre a equipe de enfermagem, deixando a desejar as potencialidades de cada profissional. O que vemos, especificamente na realidade, é que a enfermagem não cuida e sim presta ações e procedimentos, tendo sua prática centrada em tarefas, afastando-se do paciente para desempenhar funções administrativas, delegando o ato de cuidar a outros membros da equipe.

O enfermeiro, na equipe multidisciplinar, continua sendo visto como mero cumpridor de tarefas, ficando muitas vezes aquém de outros profissionais no que tange à autonomia e ao conhecimento científicos, dada a falta de incentivo e sobrecarga de trabalho.

Acrescentam-se a todos esses fatores as freqüentes queixas das enfermeiras quanto a sua não-valorização pelos pacientes, familiares, equipe multidisciplinar e freqüentemente pelos dirigentes das instituições, traduzidas nas condições concretas de trabalho oferecidas a esse grupo profissional em geral.⁸

Portanto, estarão os trabalhadores da saúde em condições de garantir um atendimento mais humano e digno, visto que, quase sempre, são submetidos a processos de trabalhos mecanizados impedindo que se transformem em pessoas mais críticas e sensíveis, fragilizando-os ao conviver continuamente com a dor, o sofrimento e a morte?

Concordamos que é emergencial a promoção de estudos e trabalhos que tragam à reflexão essas questões pouco expressas pelas pesquisas, mas que são vivenciadas em profundidade no cotidiano, e acrescentamos que cuidar numa UTI é, sobretudo, tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente e este cuidado estende-se, além do paciente, à família, à equipe multiprofissional e ao ambiente.⁶

O CUIDADO COMO FOCO DE ATENÇÃO

O verbo cuidar tem se tornado uma constante preocupação no cotidiano de trabalho da enfermagem. Ao realizarmos nossas atividades profissionais em uma Unidade de Terapia Intensiva, onde os pacientes são totalmente dependentes de cuidados, somos levadas a aprofundar nosso conhecimento e prática no ato de cuidar.

Desde a sua fundamentação em 1860, por Nightingale,

a Enfermagem como disciplina profissional vem buscando a sedimentação do seu saber, tendo a pessoa como centro. Nas últimas décadas, o trinômio pessoa, ambiente e saúde permearam-lhe a atenção, os estudos e a prática. No final da década de 1990, novos ângulos, saúde e cuidado, passaram a ser estudados com maior ênfase, levantando questões que ainda necessitam de respostas satisfatórias para que o binômio supracitado preencha os requisitos de um saber próprio de domínio da enfermagem.⁹

O cuidado permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor daquilo que o cerca, que tem importância e definitivamente conta, ou seja, o valor intrínseco de cada coisa. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. Assim, sem o cuidado o homem perde sua natureza humana. Cuidar é mais do que um ato: é uma atitude, portanto abrange mais que um momento de atenção e zelo: representa uma atitude de ocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.¹⁰

Cuidar não é um ato único, nem mesmo a soma de procedimentos técnicos ou qualidades humanas. Trata-se do resultado de um processo em que se conjugam sentimentos, valores, atitudes e princípios científicos, com a finalidade de satisfazer os indivíduos nele envolvidos.¹¹

Ressalte-se que, embora a equipe de enfermagem preste atendimento de qualidade quanto a técnicas e procedimentos, muitas vezes deixa a desejar em relação ao atendimento humanizado, em consequência do que a literatura retrata como falta de tempo, desmotivação, acúmulo de atividades e falta de conscientização.

Para cuidar do outro é, antes, necessário cuidar de si, pois o cuidado só acontece com a transmissão de sentimentos e potencialidades pessoais a outra pessoa, com o intuito de ajudá-la.⁷

Muitos textos, ao longo dos anos, mostram a importância da humanização, confrontando-a com o desenvolvimento tecnológico na sociedade atual, ou seja, considera-se que o desenvolvimento tecnológico vem dificultando as relações humanas, tornando-as frias, objetivas, individualistas e calculistas.

Durante a última década, muito se tem falado sobre a humanização nas unidades de terapia intensiva, e a prova disso é que essa questão vem recebendo destaque como tema central em muitos congressos científicos. Isso já indica um bom sinal de mudança na assistência predominantemente tecnicista, que vê o paciente como uma doença, para uma abordagem mais humana, que o vê como pessoa. O Programa Nacional de Humanização Hospitalar do Ministério da Saúde define que humanizar é resgatar a importância dos aspectos subjetivos e sociais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde, respeitando o outro como ser humano autônomo e digno; é assumir uma postura ética que respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e o imprevisível, que aceite os limites de cada situação.¹²

Apesar de todo o esforço que a enfermagem possa realizar no sentido de humanizar a assistência ao paciente, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes individuais contra um sistema tecnológico dominante, poderoso

e opressor. A própria dinâmica do trabalho diário não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa melhorar e se orientar.³

Em nossa prática, podemos levantar que é inexistente o espaço destinado ao apoio psicológico para funcionários, pacientes e familiares, e que esse constituiria a oportunidade necessária para discutir questões conflitantes, sofrimentos e propor sugestões. Acreditamos que profissionais respeitados e valorizados desempenham melhor suas atividades com conseqüente melhoria na qualidade da assistência prestada ao paciente.

O ser humano, em sua essência, é dotado de sentimentos e emoções, o que o torna sensível ao sofrimento alheio. O ser profissional que compõe a equipe de enfermagem sente-se ainda mais desafiado porque tem o papel de cuidar da pessoa que está doente. Quando esse cuidado envolve pessoas com a possibilidade de morte iminente ou fora de possibilidades terapêuticas de cura, geralmente leva os profissionais a encarar a sua própria finitude, afastando-os ainda mais desse convívio como uma forma de autoproteção. No entanto, a morte não deve ser vista como uma falha da equipe que cuida, mas, sim, muitas vezes como algo inevitável, servindo desse modo, como possibilidade de o profissional refletir sobre a sua atuação, tendo em vista que desempenhar as atividades da melhor forma significa cuidar, mas nem sempre curar.

O relacionamento da equipe com o paciente resume-se aos momentos que envolvem as atividades como banho, a aspiração endotraqueal, os curativos, a mudança de decúbito, enfim, às rotinas e aos procedimentos. Podemos ver que o envolvimento da equipe com o paciente e família está longe de ser o ideal.

Há uma necessidade aumentada do toque na UTI, onde aparelhos e tecnologia contribuem fortemente para a despersonalização do cliente.⁴

Pesquisas em UTI indicam que o toque de familiares, enfermeiros e médicos altera o ritmo cardíaco do cliente, chegando a diminuí-lo quando os enfermeiros seguram suas mãos. Há também, dados mostrando que clientes gravemente enfermos apresentam expressões faciais positivas quando tocados de forma afetiva e não só para realização de procedimentos.¹³

Na nossa prática, corroborando os achados bibliográficos, observamos que o cuidado ao paciente continua tendo como referencial o modelo biomédico, vendo o paciente como portador de uma doença e voltado apenas para o caráter curativo.

O cuidado ainda é orientado pelo modelo médico, biologicista, cuja atenção está voltada principalmente para o órgão doente, para a patologia e para os procedimentos técnicos, em detrimento dos sentimentos, dos receios do sujeito doente e de seus familiares e da forma como vivenciam a situação saúde-doença.¹⁴

O progresso constante da medicina, incorporado às novas tecnologias na assistência ao paciente, tem levado a situações em que o ser humano doente é considerado como um objeto, um número de prontuário, um número de leito ou uma doença que requer cuidados de enfermagem, cuidados que, muitas vezes, são realizados de forma mecanizada, fria e fragmentada, totalmente desvinculado de afetividade e excluindo a família desse processo.¹⁵

Acreditamos que a participação da família no processo do cuidado contribui para a recuperação do paciente. A família deve ser compreendida como um aliado importante da equipe, podendo atuar como um recurso por meio do qual o paciente pode reafirmar e, muitas vezes, recuperar sua confiança no tratamento, de forma a investir nas suas possibilidades de recuperação.¹⁶

Na nossa prática, embora saibamos que o familiar tem papel importante na recuperação do doente, continuamos restringindo o número e o tempo de permanência deste visitante à beira do leito.

A família, extensão do doente, com quem ele contava nos vários momentos de sua vida, é afastada do seu convívio, por imposição das rotinas de serviço, geralmente rígidas. Essa situação se torna ainda mais difícil quando o familiar se depara com um serviço em que as rotinas de visita são impostas, com horários rígidos, tempo de visita muito curto e número restrito de visitantes por doentes. As informações sobre os doentes geralmente são dadas num determinado horário, pelos médicos, e em alguns serviços por meio de boletins, com poucas informações.¹⁴

Só é possível humanizar a UTI partindo de nossa própria humanização. Os profissionais de enfermagem não podem humanizar o atendimento do paciente crítico, antes de aprender como ser inteiros consigo mesmos. O encontro com o paciente nunca é neutro, sempre carregamos conosco os preconceitos, valores, atitudes, enfim, nosso sistema de significados culturais. Por isso, cuidar de quem cuida é essencial para se poder cuidar terapêuticamente de outros.³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que podemos ver é que os profissionais de Unidade de Terapia Intensiva geralmente estão sobrecarregados de atividades para realizar e pouco espaço de tempo para executá-las. Isso acarreta um acúmulo de procedimentos de enfermagem que leva o profissional a executar suas tarefas de modo mecânico provocando um distanciamento nas suas relações com o paciente e seus familiares. Em alguns casos, percebe-se também que o sofrimento causado pela condição de saúde do paciente leva o profissional a manter uma atitude distanciada, fria, como mecanismo de defesa para fugir do sofrimento.

As literaturas apontam que devemos estar atentos para as necessidades humanas básicas do paciente em sua totalidade, isto é, de maneira holística. Atender às necessidades de corpo, alma e mente nem sempre é uma tarefa fácil. Isso é o ideal de quem cuida, ou seja, da enfermagem, um ideal que deve ser eticamente perseguido, não devendo jamais morrer na prática. Problemas e dificuldades são quase uma constante de quem cuida de pacientes críticos nas UTIs. O que vemos são profissionais desmotivados, sobrecarregados, com dupla jornada de trabalho, com os problemas de sua vida “extra-hospitalar” atrelados à vida “profissional”, ambientes hostis, cobranças indevidas, falta de coleguismo e cooperação, quadro inadequado de profissionais, condições precárias de atendimento. Mas também podemos vivenciar que a equipe de enfermagem ainda é, apesar de todas as dificuldades apontadas acima, de uma maneira ou de outra, a grande responsável pela

melhoria das condições de vida e saúde de seus pacientes. São seres abnegados que mantêm seus focos voltados para esses outros seres que se encontram numa posição ainda mais desfavorável que a sua, necessitando de seu apoio, cuidado, atenção e proteção.

Entendemos que tão importante quanto o conhecimento e a técnica, são a habilidade e competência para compreender a experiência de cuidar. É importante colocar-se no lugar do outro, estar atento aos estímulos recebidos e deixar aflorar nossa sensibilidade, sentindo, ouvindo e compartilhando, contribuindo, assim, para um atendimento mais humano e mais digno.

Sabemos que como profissionais não temos o poder de anular as doenças, mas necessitamos de motivação suficiente para direcionar nosso comportamento e atitude no sentido de valorizar o ser humano e buscar novas alternativas para proporcionar uma assistência humanizada e qualificada ao paciente para que o período de internação se torne o menos doloroso possível.

REFERÊNCIAS

1. Bison RAP. Representações sociais dos estudantes de enfermagem sobre sexualidade, uma experiência de ensino [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.
2. Waldow VR. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004.
3. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev Latino-Am Enf* 10 (2): 137-44, mar./abr. 2002.
4. Hudack CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
5. Leclainche X. É preciso humanizar o hospital. *Rev Paulista Hosp* 1962 maio; 10(5): 7-10.
6. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Saga Luzzato; 1998.
7. Silva MJP. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p. 1-11.
8. Shimizu HE, Ciampone MHT. Sofrimento e prazer vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. *Rev Esc Enf USP* 1999 mar.; 33 (1): 95-106.
9. Morse JM. A enfermagem como conforto: Um novo enfoque do cuidado profissional. *Texto Contexto Enf* 1998; 7 (2): 70-92.
10. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
11. Gamboa NSG. Cuidar para enfermeiros da UTI Neonatal: descrição das categorias significantes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
13. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Editora Gente; 1996.
14. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria de Paterson e Zderad. *Rev Latino-Am Enf* mar./abr. 2004; 10 (12): 250-257.
15. Orlando JMC. UTI muito além da técnica: a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu; 2002.
16. Santos CR, Toledo NN, Silva SC. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: paciente- equipe de enfermagem- família Terapia Intensiva. *Nursing* 1999 out.; 17: 26-9.

Recebido em: 06/09/2005

Aprovado em: 30/08/2006