



### ORIGINAL ARTICLE

## HUMANIZATION IN INTENSIVE THERAPY: ANALYZING THE IDEA OF DEHUMANIZATION IN THE PERSPECTIVE LEGAL-ETHICAL OF THE CARE OF NURSING

### HUMANIZAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA: ANALISANDO A IDÉIA DE DESUMANIZAÇÃO NA PERSPECTIVA ÉTICO-LEGAL DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

### HUMANIZACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISIS DE LA IDEA DE DESHUMANIZACIÓN EN LA PERSPECTIVA LEGAL ÉTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Roberto Carlos Lyra da Silva<sup>1</sup>, Nélia Maria Almeida de Figueiredo<sup>2</sup>, Isaura Setenta Porto<sup>3</sup>, Thais Duque Estrada Jacintho<sup>4</sup>, Simony Oliveira<sup>5</sup>, Camile Vieira<sup>6</sup>

#### ABSTRACT

**Objective:** to identify situations survived in the daily life of taking care in intensive therapy that they will be able in the conception of the nursing professionals, taking the Dehumanization. **Methodology:** the research was quantitative-qualitative approaches. The “multireferencialidade” was used to analyze and to discuss the data. They announced of the study eighty-nine professionals of nursing who act in intensive therapy. The data were collected from July 2008 to February 2009, from a questionnaire. **Results:** the inopportune comments (73% of quotations), when it followed the constant noise (68 %); lack of privacy of the client (66%) and the use of label and nickname to concern a client (64%) were the situations, which in the opinion of the subjects of the study, more contribute to the dehumanization in intensive therapy. **Conclusions:** reveal that the situations pointed how “desumanizadoras”, for the implications legal-ethical, they might be typified like inability, negligence and recklessness, what he makes us think in carelessness in the presence of nursing to a critical client in intensive therapy. **Descriptors:** nursing care; humanization; intensive care.

#### RESUMO

**Objetivo:** identificar situações vivenciadas no cotidiano de cuidar em terapia intensiva que poderão na concepção dos profissionais de enfermagem, levar a desumanização. **Metodologia:** a pesquisa foi quanti-qualitativa no qual foi utilizada a multireferencialidade para analisar e discutir os dados coletados. Participaram do estudo 89 profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva. Os dados foram coletados no período de julho de 2008 a fevereiro de 2009, a partir de um questionário. **Resultados:** os comentários inoportunos (73% de citações), seguido pelo barulho constante (68%); falta de privacidade do cliente (66%) e a utilização de rótulo e apelido para se referir ao cliente (64%) foram as situações, que na opinião dos sujeitos do estudo, mais contribuem para a desumanização em terapia intensiva. **Conclusão:** mostraram que as situações apontadas como desumanizadoras, pelas implicações ético-legais, poderiam ser tipificados como imperícia, negligência e imprudência, o que nos faz pensar em descuidado, ao invés de desumanização na assistência de enfermagem ao cliente crítico em terapia intensiva. **Descritores:** cuidado de enfermagem; humanização; terapia intensiva.

#### RESUMEM

**Objetivos:** identificar las situaciones experimentadas en la vida diaria para ayudar en los cuidados intensivos, que según la opinión de los profesionales de enfermería, puede conducir a la deshumanización. **Metodología:** el método cuantitativo-cualitativa y el multireferencialidade fue usado para analizar y hablar de los datos recogidos. Ellos anunciaron del estudio ochenta y nueve profesionales de la enfermería que actúan en la terapia intensiva. Los datos fueron producidos en el período de julio de 2008 hasta el febrero de 2009, de un cuestionario. **Resultados:** los comentarios inoportunos (el 73 % de citas), cuando esto siguió el ruido constante (el 68 %); la carencia de la intimidad del cliente (el 66 %) y el uso de etiqueta y apodo para concernir a un cliente (el 64 %) era las situaciones, que en la opinión de los sujetos del estudio, más aporte a la deshumanización en la terapia intensiva. **Conclusiones:** los datos revelan que las situaciones señalaron como “desumanizadoras”, para las implicaciones legales éticas, ellos podrían ser tipificados como inhabilidad, negligencia e imprudencia, lo que él nos hace pensar en el descuido en la presencia de enfermería a un cliente crítico en la terapia intensiva. **Descriptores:** cuidado de la enfermería; humanización; terapia intensiva.

<sup>1</sup>Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Rio de Janeiro. E-mail. [proflyra@gmail.com](mailto:proflyra@gmail.com); <sup>2</sup>Professora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. E-mail: [nebia@unirio.br](mailto:nebia@unirio.br); <sup>3</sup>Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem Alfredo, Rio de Janeiro. E-mail: [isauraporto@superig.com.br](mailto:isauraporto@superig.com.br); <sup>4</sup>Bolsista de Iniciação Científica. E-mail. [proflyra@gmail.com](mailto:proflyra@gmail.com); <sup>5</sup>Ex-Bolsista de Iniciação Científica. E-mail. [proflyra@gmail.com](mailto:proflyra@gmail.com); <sup>6</sup>Graduanda de Enfermagem. E-mail. [proflyra@gmail.com](mailto:proflyra@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

O problema de pesquisa nesse artigo emergiu dos resultados de uma Tese de Doutorado, na qual, o primeiro autor, tratou de temática relacionada ao discurso de humanização em unidades de terapia intensiva. Os resultados do referido estudo apontavam para a necessidade de aprofundamento da análise e discussão de algumas questões problematizadoras emergentes, entre as quais: Será que em todas as situações relacionadas ao cuidado de enfermagem em *terapia* intensiva, o uso do termo desumano seria o mais adequado para adjetivar algumas situações vivenciadas nessas unidades? Será que aquilo que se convencionou chamar de cuidado desumano, não seria na verdade, descuidado?

Frente a essas indagações, tivemos como objeto de investigação nesse estudo, o descuidado e sua relação com a idéia de desumanização na assistência ao cliente crítico em terapia intensiva.

O termo humanização vem sendo ao longo dos últimos dez anos, empregado amplamente entre os profissionais da área da saúde, sobretudo entre os profissionais de enfermagem, que utilizam o termo como adjetivo para o cuidado de enfermagem.

Entretanto, quando questionados sobre o significado ou sobre a definição deste tipo de cuidado (cuidado humanizado), muitos se atrapalham em suas respostas. Por ser uma redundância, talvez?

Acreditamos que o discurso de humanização busca resgatar a essência humana, que muitos acreditam ter sido perdida em meio aos avanços tecnológicos nos dias atuais. Para a enfermagem, parece representar aquilo que poderíamos chamar de “crise do cuidado”, pois, se apresenta à primeira vista, como a busca de um ideal de perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos no cuidado de enfermagem. Nos serviços de saúde, a “busca pela essência humana perdida”, nas ações de assistir e cuidar parece que se traduz em diferentes proposições, entre as quais, a melhoria da relação profissional-cliente/família.

Compilando alguns trabalhos publicados em revistas científicas da área da saúde, constatam-se algumas direções fundamentais acerca da preocupação com a humanização. Entretanto, uma das características mais expressivas desse discurso na área da saúde, em particular na terapia intensiva, é a crítica desenfreada à tecnologia.<sup>1-3</sup>

Neste sentido, autores afirmam que os grandes avanços científicos e técnicos no campo das ciências da saúde em geral, vêm trazendo uma série de transformações, que tem o processo de desumanização como uma das principais conseqüências.<sup>3</sup>

As dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem para dar sentido ao termo humanização como adjetivo do cuidado deixam evidente a necessidade de uma maior e mais ampla teorização acerca desta temática, a fim de que possamos ter mais subsídios para uma melhor compreensão e definição daquilo que se convencionou chamar de cuidado humanizado, sob pena de continuarmos rotulando como desumanas as práticas de cuidado com especificidades diferenciadas, ou desconsiderando a possibilidade de descuidado na assistência ao cliente crítico.

Assim, na tentativa de trazermos algumas contribuições para o fomento das reflexões e discussões acerca da assistência de enfermagem em terapia intensiva e das situações que poderão ser entendidas como desumanizadoras, mas por outro lado, como descuidado, também, propomos os seguintes objetivos:

- Identificar situações vivenciadas no cotidiano de cuidar em terapia intensiva que poderão na concepção dos profissionais de enfermagem, levar a desumanização;
- Analisar, na perspectiva do cuidado de enfermagem, como tais situações poderão se caracterizar como descuidado;
- Discutir as implicações ético-legais dessas situações para a prática de cuidar de clientes críticos em terapia intensiva.

O estudo justifica-se pela urgente necessidade de se apontar o que de fato está acontecendo na terapia intensiva, de tal maneira que seja possível, conhecendo o problema, traçar medidas que possam ser mais afetivas no sentido de se melhorar a assistência de enfermagem nessas unidades, o que parece ainda não ter sido possível com o uso de medidas que se auto-intitulam humanizadoras.

A relevância do estudo reside na possibilidade concreta de se trazer contribuições para o ensino, para a pesquisa e, sobretudo para a prática de cuidar em terapia intensiva, uma vez que poderá trazer dados mais consistentes capazes de balizar novas estratégias e políticas assistenciais no contexto dessas unidades.

## METODOLOGIA

O método é quanti-qualitativo. Esta abordagem nos permitiu uma melhor compreensão do objeto estudado, além de facilitar à maneira pela qual os dados encontrados foram interpretados a luz do referencial teórico proposto.

Optamos por esse tipo de abordagem, pois entendemos que a possibilidade de complementação entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana, estaríamos dando um melhor enquadramento metodológico, o que nos daria muito mais chances de alcançarmos os objetivos propostos.

Apoiamos-nos na multireferencialidade, como caminho para construção de um referencial teórico que nos permitiu, com a devida propriedade e enquadramento, encontrar o apoio necessário para a análise e discussão dos dados produzidos no estudo, sem correr o risco de cairmos na armadilha de escolher o referencial teórico *a priori*.

Ao optarmos pela multireferencialidade, nos foi possível trabalhar com diferentes teóricos selecionados e escolhidos *a posteriori*, o que nos permitiu uma análise e discussão muito mais rica. Desse modo a multireferencialidade nos permitiu analisar o que pensam os profissionais de enfermagem acerca do cuidado ao doente crítico em unidades de terapia intensiva, buscando em suas opiniões, o que há além do visível e do morfológico na realidade social e cultural dessas unidades.

A estratégia utilizada para a coleta de dados foi a aplicação de um questionário, a fim de que os profissionais de enfermagem apontassem, entre um total de dez (10) situações consideradas como desumanas ou desumanizadoras em terapia intensiva pelos sujeitos que participaram da pesquisa da Tese de Doutorado do primeiro autor, em 2006, as situações que eles consideravam contribuir para a desumanização de cuidado ao doente crítico em terapia intensiva.

Na determinação dos sujeitos que participaram deste estudo, atentamos para alguns aspectos que envolvem escolha e seleção, considerando que o estudo investigou questões inerentes ao cuidado em terapia intensiva.

A amostra foi composta por oitenta e nove (89) sujeitos do universo de profissionais de enfermagem que atuam em unidades de terapia intensiva nos hospitais da rede pública e privada de saúde do Município do Rio de Janeiro.

Em se tratando de uma pesquisa que abordou um fenômeno inerente ao dia-a-dia da enfermagem em unidades de terapia intensiva, foi imprescindível à determinação de uma amostra capaz de dar conta da necessária representatividade numérica e qualitativa. Mesmo sabendo que o quantitativo da amostra de sujeitos da pesquisa representa pouco mais do que 15% do universo de profissionais de enfermagem que atuam em unidades de terapia intensiva no Município do Rio de Janeiro, acreditamos que os resultados obtidos, ainda que não possam ser generalizados, apresentam-se capazes de fomentar as discussões acerca da desumanização e do descuido em terapia intensiva.

Pensamos também na questão ética, atentando para a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nesse sentido, encaminhamos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, o protocolo de pesquisa, com folha de rosto n. 125459.64, que no dia 02/04/2007 obteve parecer favorável.

Com a aprovação do referido protocolo de pesquisa, demos início a fase de coleta de informações. Utilizamos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, para os sujeitos do estudo, onde a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), foram informados. Comprometemos-nos ainda com o máximo de benefícios possível e o mínimo de danos e riscos, além de dar garantias de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência), embora acreditássemos que a possibilidade de riscos, pelo menos físicos no desenvolvimento deste estudo, fosse praticamente inexistente.

Os dados foram coletados no período de julho de 2008 a fevereiro de 2009. Os questionários foram entregues aos sujeitos, e recolhidos, já devidamente respondidos, alguns dias depois.

Como optamos pelo método quanti-qualitativo, entendemos que deveríamos organizar as informações dos questionários em dois momentos, a fim de que atendêssemos os dados qualitativos e os quantitativos, também.

Para organização, tratamento e análise dos dados qualitativos, optamos pela Análise de Conteúdo, modalidade análise temática. Nesse momento, agrupamos as cinco situações que na opinião dos sujeitos do estudo, são as que mais contribuem para a desumanização em terapia intensiva, e como constatamos que elas estão diretamente relacionadas ao

ambiente e ao cuidado de enfermagem nessas unidades, criamos uma única categoria de análise.

Para os dados quantitativos, utilizamos a estatística para a identificação da frequência simples, tanto das opiniões dos sujeitos acerca das situações que poderão desumanizar a assistência de enfermagem em terapia intensiva, mas para traçar o perfil dos sujeitos participantes do estudo, também. Os dados quantitativos foram dispostos em tabelas e figuras, facilitando a sua análise e interpretação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos oitenta e nove (89) profissionais de enfermagem que compuseram a amostra, cinquenta e oito (58) eram técnicos de enfermagem e vinte e oito (28) enfermeiros. O tempo médio de experiência profissional foi de cinco anos. A grande diferença entre o quantitativo de enfermeiros e técnicos de enfermagem pode ser explicado pelo dimensionamento de pessoal nas terapias intensivas, onde ainda prevalece o maior quantitativo de técnicos de enfermagem, em que pese o fato da lei do Exercício Profissional deixar claro que a assistência e o cuidado de enfermagem ao cliente de alta complexidade (doente crítico) são privativos do enfermeiro<sup>4</sup>.

Com relação às unidades de atuação, sessenta (60) profissionais atuam em CTI geral, treze (13) em unidades de pós-operatório de cirurgia cardíaca e cinco (5), em unidades coronarianas. Embora todas essas unidades possam ser unidades de terapia intensiva, na prática, são unidades que, pela sua natureza, recebem doentes críticos diferenciados, com distúrbios e características clínicas bem distintas.

Temos observado empiricamente em nosso meio, que os clientes críticos com perfil de doentes crônicos são comumente encontrados em maior número em unidades de terapia intensiva geral (CTI), demandando assim, um maior tempo de internação e conseqüentemente a possibilidade de se elevar as taxas de comorbidades e morbimortalidade nessas unidades.

Situação diferente é comumente observada em unidades de pós-operatório e em unidades coronarianas, cujos clientes estão em situação mais aguda, o que não significa dizer obrigatoriamente, que não existem doentes crônicos nessas unidades, o que não seria verdade.

As unidades de terapia intensiva ou CTI geral são mais comuns em nosso meio, e a cada dia temos notícia dando conta da criação

de novas unidades como essas nos hospitais em nossa cidade, em particular, nos da rede privada de saúde.

Podemos especular que esse fato esteja acontecendo possivelmente pelo crescente aumento na demanda de clientes críticos, que embora não tenham a indicação clínica para internação nessas unidades, acabam sendo admitidos. Conseqüentemente acaba comprometendo seriamente os propósitos e os objetivos da terapia intensiva, que nasce da necessidade precípua de dar suporte avançado de vida e monitorização constante a clientes críticos, com importante desequilíbrio homeostático, mas potencialmente recuperáveis.

No que tange a questão das unidades mantenedora, 50% dos sujeitos atuam em unidades públicas e os outros 50%, em unidades privadas. O equilíbrio da amostra no que diz respeito à unidade mantenedora em que atuam esses profissionais permitiu que, o fato de atuarem em uma unidade da rede pública ou privada, não se constituísse em um possível viés no momento da análise e discussão dos resultados.

Os profissionais de enfermagem apontaram os comentários inoportunos, citado por 73% dos sujeitos, como a principal situação vivenciada no cotidiano da terapia intensiva e que poderá contribuir para a desumanização da assistência de enfermagem. O barulho constante, citado por 68% dos sujeitos, aparece em segundo lugar, seguido da falta de privacidade do cliente e a utilização de rótulo e apelido para se referir ao cliente, com 66% e 64% de citações.

A restrição do cliente ao leito e as limitações nos horários de visitas, são as situações que menos foram citadas pelos sujeitos como capazes de levar a desumanização do cuidado. Ambas as situações foram citadas por apenas 27% dos sujeitos do estudo.

Esses dados nos permitiram criar uma única categoria que chamamos de “Situações do cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva: desumanização ou descuidado?”.

Essa categoria foi assim denominada por entendermos que na opinião dos sujeitos desse estudo, as situações que eles apontam como sendo as principais responsáveis pela desumanização do cuidado em unidades de terapia intensiva pode na verdade, ser considerada como descuidado.

Geralmente emprega-se o termo humanização para designar o cuidado que privilegia aspectos da subjetividade, como a

sensibilidade, por exemplo, em detrimento da valorização da racionalidade, da técnica e da tecnologia.

Alguns autores trouxeram à tona a questão da técnica articulada à idéia do humanismo, colocando em causa as questões ético-espirituais contidas na utilização da técnica como responsável pelo desenvolvimento do Ser Humano em sua totalidade existencial - a humanidade, a palavra humanismo diz respeito à dignidade humana<sup>5</sup>.

Nessa perspectiva, é possível que, no entendimento dos profissionais de enfermagem, o fato de permitirmos que aconteçam comentários inoportunos durante a prestação de cuidados, bem como, barulho constante, falta de privacidade e o uso de apelidos ou rótulos para se referir a algum cliente, poderá comprometer a dignidade humana, o que de fato, seria incontestável.

Desse modo, a idéia de humanização estaria, na concepção desses profissionais, diretamente relacionada à valorização do ser humano, em que pese o fato do termo humanização poder ser utilizado não apenas com este propósito.

O desenvolvimento do ser humano a partir de princípios éticos e da espiritualidade poderá ser denominado humanidade, que por sua vez, encontra-se subordinada a uma lei moral, e é movida por uma tendência ao bem, ao belo e à verdade. Denotativamente, humanismo poderá estar relacionado com a idéia e com a busca e preservação da dignidade humana<sup>7</sup>. Neste sentido, qualquer tipo de ameaça a dignidade humana, poderia perfeitamente ser entendido como atitude desumana. Assim, toda e qualquer iniciativa que fosse tomada no sentido de se resgatar a dignidade humana (o humanismo) perdida, poderia ser entendida como humanização.

Na tentativa de conceituar o descuidado, pensamos que seria oportuno, antes de tudo, trazer algumas conceituações acerca do que é cuidado, que sempre esteve vinculado historicamente com a Enfermagem. Entretanto, podemos constatar que nas últimas duas décadas o cuidado tem merecido a atenção de um número significativo de estudiosos, pesquisadores e teóricos de enfermagem e de outras áreas do conhecimento, também, cada qual procurando trazer suas contribuições no sentido de possibilitar uma melhor compreensão acerca de seus múltiplos conceitos, significados e adjetivos.

Em um sentido mais amplo, aplicável a qualquer ato de cuidar, após cuidarem de um doente crítico por mais de 50 dias, um grupo

de Enfermeiros e pesquisadores definiram o cuidado como incondicional nas ações de Enfermagem, nas quais se encontram envolvidos os movimentos corporais, impulsos de amor e ódio, alegria e tristeza, desespero, disponibilidade, comportamentos e atitudes inerentes à condição humana. Nesta perspectiva, pode-se compreender o cuidado de enfermagem como sendo uma expressão própria da Enfermagem a partir da presença intencional e autêntica de seus profissionais junto a outro ser humano, que passa a ser percebido como alguém que para viver, carece de cuidados<sup>6</sup>. Assim, o cuidado seria a própria ação humana que transcende a liberdade de dar vazão às emoções.

O cuidado de enfermagem pode ser entendido ainda, como uma atitude de preocupação, não só a respeito da organicidade e biologicidade humana, mas também de responsabilidade e de envolvimento afetivo, emocional e espiritual com o outro que se confunde com a própria existência humana, o que nos faz pensar que sem ele, é realmente provável que o ser humano deixe de existir, pelo menos como tal. Nesta perspectiva, o cuidado passa a ser entendido como um fenômeno ontológico-existencial básico e a base possibilitadora da existência humana.

Na perspectiva da Enfermagem, o cuidado pode ser entendido como parte integral da vida humana e ressalta que nenhuma vida pode subsistir sem ele. Numa perspectiva holística, podemos destacar a importância de se considerar os valores humanísticos e artísticos, o desenvolvimento e estimulação da fé-esperança, a sensibilidade, a ajuda-confiança como aspectos a serem considerados no processo de cuidar.<sup>7</sup>

Embora não tenha sido possível encontrar na literatura de enfermagem um conceito para o termo descuidado e considerando que esse termo poderá ser utilizado para designar a falta de cuidado, acreditamos que na enfermagem, o termo poderá ser utilizado também para designar determinadas situações, atitudes e práticas que, em desacordo com os fundamentos e princípios que sustentam o cuidado de enfermagem, são observadas no cotidiano de cuidar em terapia intensiva. Sendo assim, descuidado poderá ser entendido como tudo aquilo que se opõe ao cuidado.

Com certa frequência utilizamos no âmbito e entre os profissionais da saúde o termo humanização a fim de adjetivar o cuidado, uma ação, um ambiente..., num momento de grande apelo social, como uma necessidade absoluta no contexto da civilização técnica<sup>8</sup>.

Diferentemente do termo desumanização, o termo descuidado, raramente utilizado para designar ações, atitudes e situações vivenciadas no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva que transgridem o cuidado de enfermagem, é um termo para o qual os profissionais de enfermagem ainda não atentaram. Talvez pela hegemonia do discurso de humanização, sobretudo em unidades de terapia intensiva, onde os equipamentos e máquinas de suporte avançado de vida e monitorização, que dão sentido a essas unidades, ainda são para muitos, uma ameaça a condição humana.

Na perspectiva da Lei do Exercício Profissional<sup>4</sup>, o descuidado de enfermagem, nesse estudo, tratado como desumanização, tem implicações legais que precisam ser pensadas, pois, dependendo do tipo de descuidado, o mesmo poderá ser enquadrado como imprudência, negligência ou imperícia, cujas sanções poderão culminar inclusive na cassação do registro profissional.

Os profissionais de enfermagem apontam como principais situações capazes de levar a desumanização em unidades de terapia intensiva, situações que poderiam ser caracterizadas como falta de cuidado ou descuidado e na Lei do Exercício profissional, tipificadas como infrações que como tal, seriam passíveis de representação por falta ético-legal junto ao Conselho de Ética.

Fazer comentários inoportunos seja eles, acerca da condição clínica do doente ou a respeito da vida dos próprios membros da equipe; elevar o tom das conversas e o nível de ruídos; desrespeitar a privacidade dos doentes durante a realização de procedimentos ou utilizar rótulos e apelidos para se referir ao cliente, são situações que mesmo considerando a dinâmica de trabalho das unidades de terapia intensiva, não deveriam acontecer, pois são situações que se opõem ao cuidado de enfermagem, seja qual for a unidade de atuação profissional.

Ao refletirmos acerca da humanização, sobretudo nos dias de hoje e considerando a qualidade dos serviços de saúde que nos são prestados, é possível pensar na necessidade e na premissa de que os serviços de saúde precisam ser humanizados, pois existem diversas situações que são pelas autoras consideradas “desumanizantes”, tanto no atendimento, quanto nas condições de trabalho. Situações como as longas esperas e adiamentos de consultas e exames, ausência de regulamentos, normas e rotinas, deficiência de instalações e equipamentos, bem como, falhas na estrutura física, a relação com o doente, como o anonimato, a

despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração, a falta de preparo psicológico e de informação, bem como a falta de ética por parte de alguns profissionais, são situações “desumanizantes” na concepção das autoras<sup>9</sup>.

Mesmo acreditando que algumas situações são consequências da má gestão dos serviços de saúde, sob os quais pouco ou quase nada podem fazer os profissionais que estão diretamente assistindo e cuidando de clientes, concordamos com as autoras que os problemas inerentes a relação do profissional com o cliente poderão culminar na despersonalização do cliente.

Não obstante, embora saibamos que o discurso de desumanização e as políticas e ações que se auto-intilham humanizadoras, mesmo carecendo de maior objetivação quanto aos seus conceitos, significados e aplicabilidade na área da saúde, têm um apelo social muito grande, somos da opinião de que é urgentemente necessário refletirmos sobre as situações apontadas pelos profissionais de enfermagem desse estudo, não somente na perspectiva da humanização dos serviços de saúde, mas como flagrante descuidado dos profissionais de enfermagem quando assistem clientes críticos em terapia intensiva, em que pese a sua multiplicidade de conceitos e significados.

Mesmo considerando que o cuidado de enfermagem a clientes críticos em terapia intensiva possa ser entendido a partir de uma multiplicidade de conceitos, significados e representações, trazendo em seu escopo, algo que irá diferenciá-lo das diversas maneiras de cuidar, observadas em outras unidades com características bem diferentes da terapia intensiva, somos da opinião de que ele também deverá fundamentar-se não somente no atendimento às necessidades humanas básicas, a partir do uso de recursos tecnológicos, mas também no entendimento de que os fatores ambientais poderão interferir no processo de restauração da saúde.

Pensar a questão do ambiente do cuidado e para o cuidado<sup>10</sup>, nos faz pensar e reafirmar nossa posição de que, nas situações apontadas pelos profissionais de enfermagem nesse estudo, o que se observa é descuidado e não desumanização como se pode a priori pensar que seja.

O descuidado na assistência de enfermagem ao cliente crítico poderá trazer consequências muito mais sérias do que se pode imaginar. O cuidado de enfermagem ao cliente crítico, pela própria condição clínica do doente, geralmente caracterizada por importante instabilidade em diferentes

funções orgânicas, deverá acontecer em um ambiente com as condições necessárias e propícias para a sua pronta recuperação.

Apesar de ser um local ideal para o atendimento de clientes graves, a UTI, é um ambiente cuja dinâmica é altamente estressante. Nesse sentido, entendemos que seu ambiente ser “blindado” pelos profissionais de enfermagem, contra as situações estressoras, ruins tanto para os clientes quanto para os próprios profissionais de saúde, e que poderiam ser perfeitamente evitadas. Na pior das hipóteses, minimizadas a partir do cuidado de enfermagem.

Tentar reduzir os níveis de ruídos e os comentários inoportunos, racionalizar a luminosidade sobre o leito do cliente, garantir a privacidade deles e não utilizar rótulos ou apelidos (não é raro o cliente ser tratado pelo número do leito ou pela doença de base da qual é portador), são exemplos de descuidados que obrigatoriamente deveriam ser evitados pela equipe de enfermagem com vistas a tornar o ambiente de terapia intensiva, o mais terapêutico possível.

Sabemos que o nível de ruído produzido pelo funcionamento dos equipamentos e de todo aparato tecnológico voltados para o tratamento, diagnóstico e monitorização do cliente crítico, embora possa ser um fator estressante, é uma situação na qual, pouco ou quase nada poderá ser feito para eliminá-la do ambiente de terapia intensiva.

Entretanto, quando os profissionais se referem ao barulho constante nessas unidades, acreditamos que eles estejam se referindo mesmo, não aos ruídos causados pelo funcionamento das máquinas, mas com o alto nível de ruídos causados pelas conversas em alto tom, muitas vezes, inoportunas e inadequadas para o momento.

Assim, se levarmos em consideração a necessidade e a importância de se pensar no ambiente no qual o cuidado deverá acontecer, em particular no que tange a questão dos ruídos, reforçamos o entendimento de que o barulho constante e, conseqüentemente os comentários inoportunos na terapia intensiva, parecem se relacionar muito mais com a idéia de descuidado.

Um dos autores desse artigo, em sua Tese de Doutorado, observou que ao dar sentido ao ambiente de terapia intensiva, 68% dos profissionais de enfermagem a caracterizaram como um ambiente compatível com a condição clínica de clientes criticamente enfermos. Mas o barulho, as luzes, as cores e os comportamentos, atitudes e práticas de seus profissionais, não são

compatíveis, nem com o ambiente de terapia intensiva, com os clientes críticos e muito menos com o cuidado de enfermagem<sup>11</sup>.

A falta de privacidade e a utilização de rótulos e apelidos para se referir ao cliente em terapia intensiva, a exemplo do barulho constante e dos comentários inoportunos, são situações que novamente nos remete a discussão acerca da falta de cuidado e conseqüente descuidado por parte da equipe de enfermagem no trato com seus clientes.

Alguns estudos descrevem aspectos e sensações apontadas por clientes, atinentes à exposição do corpo na hospitalização tais como humilhação, desconforto, constrangimento, vergonha, auto-imagem afetada, embaraço, incômodo, algo desagradável e difícil, falta de privacidade, desinformação, desrespeito, cuidador do sexo oposto.<sup>12,13</sup>

Essas situações são produtos do despreparo profissional para cuidar, independentemente da unidade de atuação profissional. Assim, como são exemplos claros de descuidado no trato com o cliente que agridem frontalmente e desrespeitam a dignidade humana, acabam sendo apontadas como fatores/situações estressantes vivenciados pelos clientes em UTI que concorrem para a desumanização nessas unidades.

Com um enfoque mais centrado no profissional de enfermagem, em um artigo que nos serviu como base para as discussões dessa pesquisa, o autor nos apresenta os resultados de sua pesquisa que apontou alguns fatores de estresse a que a equipe de enfermagem que trabalha em UTI está exposta e que poderiam ser enquadradas entre as situações apontadas pelos sujeitos desse estudo, como desumanizantes. Para o autor, os fatores relacionados ao estresse na UTI, caracterizam-se em três níveis: ambiente, equipe e a relação enfermeiro-cliente e família.<sup>14</sup>

Neste sentido, partindo do pressuposto de que o nível de estresse é alto, é possível acreditarmos que isto possa ocorrer devido a vários fatores, entre os quais, algumas características da terapia intensiva, como por exemplo: ambiente fechado; iluminação artificial; ar condicionado; planta física, por vezes inadequada ao serviço de enfermagem; supervisão/coordenação vigilantes com cobranças constantes; rotinas exigentes; deficiência de recursos humanos; equipamentos sofisticados, barulhentos, morte, dor e sofrimento, como entidades fortes neste ambiente, gerando uma falta de motivação, muitas vezes, para o trabalho, o que poderá contribuir para o aumento do grau

de tensão entre os trabalhadores deste local, podendo também, prejudicar a prestação de cuidados, dando margens para que sejam vistos como desumanos.<sup>15</sup>

Assim, a terapia intensiva se torna um lugar “ideal” para o acontecimento de situações que se relacionam com as idéias de risco, emoção, dor, sofrimento, frustrações e sucessos, exigindo dos profissionais de saúde, clientes e familiares, agilidade mental para se ajustar às exigências de um ambiente tão dinâmico como este o que nem sempre acontece sem traumas. Não obstante, orientados por políticas institucionais macro e micro, os profissionais que trabalham nessas unidades acabam criando estratégias que os afastam e os isola cada vez mais, criando assim um discurso imaginado com significados nem sempre comprovados de desumanização, como está na problematização nesse estudo.

## CONCLUSÕES

As situações apontadas pelos profissionais de enfermagem na terapia intensiva reforçam o nosso entendimento de que a enfermagem, urgentemente precisa pensar, também, no ambiente do cuidado, oferecendo condições necessárias para a manutenção de um ambiente terapêutico, preocupando-se com a limpeza, tranquilidade, aconchego, arejamento, iluminação que respeite o ritmo circadiano do cliente, e com o barulho e comentários inoportunos, também, dando a ele os toques suaves de um profissional que cuida com todo corpo.

Foi interessante constatar na literatura consultada que tanto as condições ambientais proporcionadas pela equipe de enfermagem como os cuidados oferecidos aos seus clientes em terapia intensiva, interferem não somente na qualidade de vida do cliente e conseqüentemente, na sua recuperação, mas na qualidade de vida dos profissionais, também. Logo, quando em algum momento deixamos de ter cuidado com os nossos clientes na terapia intensiva, acabamos deixando de cuidar de nós mesmos.

Sendo assim, precisamos urgentemente pensar na questão do descuido nas unidades de terapia intensiva, geralmente escondido por de trás do termo desumanização, não somente pelas questões ético-legais, psíquicas e biológicas, mas principalmente por se tratar de situações que afetam direta ou indiretamente a qualidade de vidas dos seres humanos, sejam eles profissionais ou clientes.

Não podemos esquecer jamais que, como espaço físico para a prestação de cuidados, as unidades de terapia intensiva deve possuir,

além de um excelente modelo de assistência técnico-profissional, um ótimo planejamento em sua planta física que atenda aos requisitos de observação direta do cliente, a monitorização fisiológica por meio de equipamentos eletrônicos de monitorização e principalmente, boas condições ambientais (ventilação, luminosidade, poucos ruídos, limpo...), que também precisam ser pensadas como importantes para a prestação do cuidado de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. Rio de Janeiro: Rev Bras Enfermagem. 1995; 48:109-19.
2. Martins MCFN. Humanização da saúde. Rio de Janeiro: Ser Médico 2002; (18):27-9.
3. Gallian MCD. A (re)humanização da medicina. São Paulo(SP): Escola Paulista de Medicina. Departamento de Psiquiatria /UNIFESP; 2000.
4. Brasil. Lei n.º 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. [citado em 1 abr 2008]. Disponível em: <http://corensp.org.br/072005/>.
5. Hiller E. Humanismo e Técnica. Tradução de Carlos Lopes de Mattos. São Paulo: EPU, 1973.
6. Figueiredo, N; Machado W; Porto I; Ferreira M. Marcas da Diversidade. A dama de branco transcendendo para a vida/morte através do toque in Meyer, D. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas. 1989. p. 137-169.
7. Collieri MF. Invisible care and invisible woman as health care-providers. International Journal of Nursing Studies, Oxford. 1986; 23(2):95-112.
8. Silva RCL, Figueiredo NMA de. Porto IS. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008 mar; 12(1):156-9.
9. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Latino-Am Enfermagem. 2005 jan./fev; 13(1):105-11.
10. Nightingale F. Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo (SP): Cortez/ABEn-CEPEEn; 1989.
11. Silva RCL. O significado do cuidado em unidades de terapia intensiva e a

(des)construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro(RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2006.

12. Silveira MFA. Estar despido na UTI: duas percepções, um encontro Ver Enfermagem UERJ 1997 dezembro; 5(2):449-6.

13. Peixoto MRB. A prioridade, o isolamento e as emoções: estudo etnográfico do processo de socialização em um Centro de Terapia Intensiva. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1996.

14. Tesck ECB. Convivência contínua com estresse: vida e trabalho de enfermeiros nas UTIs. Rio de Janeiro, 1982. p.110. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

15. Gomes AM. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. São Paulo: EPU; 1988. p.11-25.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/02/09

Last received: 2009/06/10

Accepted: 2009/06/11

Publishing: 2009/07/01

#### **Corresponding Address**

Roberto Carlos Lyra da Silva  
Rua Araguaia, 1266, Bloco 4, Ap. 109  
Freguesia, Jacarepaguá  
CEP: 22745-271 – Rio de Janeiro (RJ), Brazil