



ASPECTOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

ASPECTS OF NURSING CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ASPECTOS DE ASISTENCIA EN ENFERMARÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mabel Maria Marques Pereira¹, Raimunda Medeiros Germano², Alessandra Gurgel Câmara³

RESUMO

Objetivo: compreender os sentimentos de pacientes internados em UTI. **Método:** estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, realizado por meio de entrevista semiestruturada, gravadas com aparelho de MP3, com dez pacientes. Em seguida houve a transcrição das falas, com leitura pormenorizada, identificando as unidades de significação. Emergiram de seus conteúdos, dois grupos temáticos: sentimentos de pacientes durante a passagem de plantão à beira do leito, e aspectos relevantes da internação na UTI. O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 0118.0.051.000-11. **Resultados:** as falas se reportam a momentos difíceis vivenciados pelos pacientes durante o processo de internação, relatando desconfortos e barulhos gerados pelas pessoas, falta de atendimento das suas necessidades básicas pela equipe, falta de privacidade, frustração diante da realidade de estar internado numa UTI. **Conclusão:** os pacientes identificam a UTI como um ambiente desconfortável e que muitas vezes não proporciona o conforto e a privacidade do paciente. **Descritores:** Humanização; Cuidados de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: to understand the feelings of patients attended in ICU. **Method:** a descriptive exploratory study, qualitative, conducted through semi-structured interview, recorded with MP3 player, with ten patients. Then there was a transcript of the speech with detailed reading, identifying the meaning units. Two thematic groups were emerged from its contents: feelings of patients during shift change at the bedside, and relevant aspects of the ICU stay. The study was approved by the Research Ethics Committee, CAAE 0118.0.051.000-11. **Results:** the speeches are referred to tough times experienced by patients during hospitalization, reporting discomforts and noises generated by people, lack of attending of their basic needs for staff, lack of privacy, and the reality of frustration before being admitted to ICU. **Conclusion:** patients have identified ICU as an uncomfortable environment and it often does not provide the comfort and privacy of the patient. **Descriptors:** Humanization; Nursing Care; Intensive Care Unit.

RESUMEN

Objetivo: comprender los sentimientos de los pacientes de la UCI. **Método:** estudio descriptivo exploratorio, de naturaleza cualitativa, realizado a través de entrevista semi-estructurada, grabada con aparato de MP3, con diez pacientes. Luego, hubo una transcripción de los discursos, con la lectura detallada, identificando las unidades de significación. Dos grupos temáticos surgieron de sus contenidos: los sentimientos de los pacientes durante el cambio de turno en la cabecera del lecho y los aspectos relevantes de la estancia en la UCI. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE 0118.0.051.000-11. **Resultados:** los discursos se refieren a los tiempos difíciles que experimentan los pacientes durante el proceso de hospitalización, relatando molestias y ruidos generados por las personas, falta de atendimento de sus necesidades básicas, falta de privacidade, frustración por estar internado en una UCI. **Conclusión:** Los pacientes identificaron la UCI como un ambiente incómodo y que a menudo no proporciona la comodidad y la privacidade del paciente. **Descritores:** Humanización; Ayudas de Enfermería; Unidad de Cuidados Intensivos.

¹Enfermeira, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Mestre em Enfermagem, Egressa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. E-mail: mabelmmp75@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Educação, Graduação / Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: rgermano@natal.digi.com.br; ³Enfermeira, Mestranda em Enfermagem Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: alessandragurgel1990@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

No nível de atenção de alta complexidade, o espaço onde se concentra o maior arsenal tecnológico é representado, particularmente, pela Unidade de Terapia Intensiva (UTI). As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são áreas comumente fechadas e separadas, física e funcionalmente, do restante do hospital. Foram criadas há cerca de 50 anos para reunir, em um mesmo espaço, pacientes gravemente doentes ou em risco iminente de morte, pessoal qualificado e equipamentos complexos para otimizar o tratamento de doenças graves e diminuir a mortalidade.¹

A enfermagem, integrante da equipe de saúde, é responsável pela assistência direta e integral ao paciente nessas unidades, bem como pelo manuseio de equipamentos, aparelhos, luzes, sensores, alarmes, dentre outros. Todavia, precisamos aguçar nossa sensibilidade para não nos distanciarmos das pessoas, no caso, dos pacientes, e nos encantarmos apenas com as máquinas. Estas devem estar a serviço do ser humano, como também deve estar todo o conhecimento científico tornando o fazer saúde melhor, mais humano, mais solidário.

O paciente não se resume a um ser com necessidades meramente biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados. Assim, deve ser garantida sua dignidade ética, fundamental para começarmos a caminhar em direção à humanização dos cuidados de saúde.² Cuidar de maneira humanizada é uma necessidade contínua e atual, considerando que, por vezes, o cuidado acaba se tornando a aplicação de uma técnica de Enfermagem. E, perceber que o ser ao qual se aplicam essas técnicas é um agente biopsicossocial e este é fundamental para humanizar.²

A UTI tem sido caracterizada como ambiente especializado, decorrente do uso crescente da tecnologia que visa atender melhor o paciente. O tratamento implantado, nesse ambiente, é considerado agressivo e invasivo, traduzindo-se por uma alta complexidade de eventos e situações. Outra característica dessa unidade é a despersonalização do ser humano, pois o paciente se encontra fora do seu ambiente familiar, social e profissional e passa a enfrentar o desconhecido.

A essência da enfermagem em cuidados intensivos não devia estar nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas e psicológicas dos pacientes.³ No entanto, a

discussão implementada pela Política Nacional de Humanização (PNH), a respeito da ambiência, mostra aspectos que podem considerá-la como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. A ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço.⁴

A hospitalização em UTI ocorre, geralmente, de forma aguda e inadvertida, restando pouco tempo para o ajuste familiar. Diante dessa situação estressante, os familiares podem se sentir confusos e desamparados.⁵ Os sentimentos envolvidos nesse processo são diversos: há momentos de apreensão, de desespero, de alívio, de temor, de desconfiança em relação à equipe, medo, preocupação, raiva, exaustão, entre outros. Acrescentamos, ainda, a dificuldade de entender com clareza as informações que lhe são transmitidas pela equipe de saúde. Geralmente, as famílias desejam informações claras e verdadeiras quanto às condições do paciente.

A hospitalização, em si, acarreta alterações psicológicas e físicas no paciente que se vê fora do seu ambiente natural, longe da família e sendo cuidado por pessoas estranhas. O conjunto desses fatores resulta em sentimentos de medo, angústia, insegurança e desconforto que interferem no processo patológico.⁶ Faz parte do atendimento intensivo, prestado pelos profissionais, a manutenção das condições vitais do doente, a busca de sua recuperação rápida ou mesmo visando à cura de alguma patologia mais grave.

Por ser um ambiente especial em que a gravidade, a invasividade e o risco de morte são frequentes, parece que se cria um estereótipo de que a UTI é um ambiente hostil, negativo, que pouco produz saúde, predominando o imaginário da morte, da dor e do sofrimento.⁷ O ambiente hospitalar imprime, em seu interior, a sensação de diminuição e isolamento, que, associada à vulnerabilidade provocada pela doença de base, desencadeia um processo de estresse físico e/ou mental que influi negativamente na recuperação do indivíduo. Além disso, os profissionais da área da saúde parecem desumanizar-se gradativamente, favorecendo a desumanização de sua prática.⁸

Discutir humanização na saúde nos remete a dois questionamentos: a humanidade já não é parte do humano? A desumanidade surge em decorrência de quê?⁴ A natureza humana é contraditória e dúbia e que a humanidade não deve ser vista como algo dado, fixo, mas como um produto de um devir, sempre muito ambivalente.⁹

A respeito da desumanização, as ideias de Morin mostram os dois lados contidos no humano, quando diz que: “a tortura é própria do homem, mas o combate à tortura também. A guerra é própria do homem, mas a luta pela justiça e pela paz também.” Acrescenta ainda: “miséria do homem: somente os humanos podem ser desumanos. Grandeza do homem: somente eles podem - e devem - tornar-se humanos”.^{10:17}

Há necessidade de ações inovadoras que expressem a carência da humanização dos nossos hospitais e que envolvam, não apenas os aspectos físicos mas também emocionais e sociais do doente, pois o indivíduo recupera-se melhor estando em um ambiente agradável, onde se sinta valorizado e bem cuidado. Assim, a humanização hospitalar como expressão da ética requer a prévia formulação de políticas organizacionais e sociais justas, que considerem os seres humanos e seus direitos.¹¹

Estudo desenvolvido numa instituição privada do município de Porto Alegre (RS), onde foram entrevistados 18 enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na UTI, foi possível inferir que: a empatia, o respeito e a valorização são elementos fundamentais e que o profissional de enfermagem acredita fazer a diferença no processo de humanizar, com vistas a melhorar as práticas de cuidado baseadas na ética, no diálogo e na autonomia do paciente, de sua família e da própria equipe.¹²

Os vários anos de experiência profissional nos fazem reconhecer que, apesar do grande esforço que os enfermeiros possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado em UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes individuais contra todo um sistema tecnológico, comumente, pouco humanizante. A própria dinâmica de trabalho na UTI dificulta momentos de reflexão para que os profissionais possam se orientar melhor; no entanto, compete a esses profissionais lançar mão de estratégias que viabilizem a humanização, em detrimento de uma visão mecânica e biologicista que prepondera nos centros de alta tecnologia como no caso das UTIs.

O aspecto humano do cuidado de enfermagem, com certeza, é um dos mais

difíceis de ser implementado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da UTI contribui para que os profissionais, de modo geral, dentre os quais se incluem os membros da equipe de enfermagem, por vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente.¹

Esse pensamento pode ser evidenciado pela pesquisa desenvolvida numa UTI pediátrica através de entrevista aberta com cinco enfermeiras com o intuito de conhecer suas crenças em relação à assistência humanizada. Com este estudo, foi possível entender que a enfermeira, mesmo encontrando dificuldades para prestar uma assistência humanizada, parece estar abandonando a crença de que UTI é uma unidade tecnicista, passando a buscar estratégias para prestar uma assistência mais humanizada.¹³

Na perspectiva de contribuir positivamente, a trajetória dos ideais humanísticos tem envolvido os mais variados setores e, principalmente, a assistência à saúde.¹⁴ É dado destaque à participação dos recursos humanos no âmbito hospitalar, objetivando torná-los promissores na prestação de um serviço qualificado com a atenção voltada para a humanização da assistência ao usuário da saúde.

Com a intenção de implementar ações humanísticas na área da saúde, especialmente na assistência hospitalar, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) nos anos de 2001/2002 que foi substituído a partir de 2003/2004 por uma política mais ampla, englobando todos os níveis de atenção.

No PNHAH, no item “quadro de referência e justificativa”, a humanização era entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico/científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber.¹⁵

Quando se pretende promover a humanização dos serviços de saúde, a necessidade de incluir todas as dimensões da subjetividade do usuário (psíquicas, familiares, culturais e sociais), já é razoavelmente reconhecida e discutida pelo meio médico. O PNHAH propunha um conjunto de ações integradas com o objetivo de mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a

qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições.¹

A humanização é entendida como oposição à violência, seja física ou psicológica, que se expressa nos “maus tratos”, seja simbólica, que se representa pela dor de não ter a compreensão de suas demandas e expectativas. Nesse sentido, a comunicação torna-se fundamental e precisa ser pensada não somente na relação profissional de saúde-paciente, mas na própria estrutura e cultura organizacional.¹⁶

As necessidades verbalizadas pelos pacientes, familiares e pela equipe interdisciplinar devem indicar as direções para as intervenções de humanização.¹ Nesse sentido, no manual do PNHAH, a comunicação é colocada como eixo central. Então, atualmente, somam-se às considerações anteriores de humanização à compreensão de que humanizar é também garantir a qualidade da comunicação entre paciente, família, equipe e é garantir a qualidade de comunicação na própria cultura organizacional, o que, hoje, constitui um desafio.¹⁷

Na nossa trajetória profissional, tivemos oportunidade de vivenciar o cuidado em várias dimensões. Foi no trabalho desenvolvido na UTI onde vivemos os maiores conflitos da nossa vida profissional, pois nos deparávamos com situações de grande sofrimento, de angústia, de impotência e de morte e, também, onde passamos o maior tempo de atuação de nossa vida profissional.

Na prática cotidiana, observei profissionais pouco preocupados com os sentimentos dos pacientes, o que denota pouca interação entre estes e a equipe de saúde. O papel do enfermeiro, numa UTI, fica mais claro sob alguns aspectos quando ele opta pelo cuidado e não pela cura, quando ele não se torna “escravo” da tecnologia, mas aprende a usar a tecnologia a favor da harmonização do paciente, do seu bem-estar, ele passa a valorizar a técnica por ela ser uma “aliada” na tentativa de preservar a vida e o bem-estar do paciente.¹⁸

O cuidar em UTI também envolve uma ação interativa fundamentada nos valores e conhecimentos do ser que cuida para com o ser que é cuidado; ele ativa um comportamento de compaixão, solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem-estar do paciente, a sua integridade moral e a sua dignidade como pessoa.¹⁹

O desrespeito ao estatuto ético e aos compromissos nas relações entre os profissionais de enfermagem e seus clientes criam condições de arbítrio e violência que

levam ao desrespeito à condição e à dignidade humana, o que poderia ser entendido como “descuidado”.

Considerando essa dimensão da assistência de enfermagem, o estudo tem como objetivo compreender os sentimentos de pacientes internados em UTI.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da dissertação << À beira do leito: sentimentos de pacientes durante a passagem de plantão em Unidade de Terapia Intensiva >> apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal-RN, Brasil. 2011.

Estudo analítico, de abordagem qualitativa, sendo do tipo descritivo exploratório. O estudo contou com a participação de 10 pacientes que estiveram internados na UTI durante o período da produção de dados, sendo seis mulheres e quatro homens. Os participantes do estudo foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: ter idade mínima de 18 anos; ter estado internado na UTI por, pelo menos, 24 horas; estar em plena consciência, além de apresentar condições vocálicas e respiratórias de responder às perguntas propostas. Foram critérios de exclusão pacientes com demência e que tiveram episódios de desorientação durante a internação na UTI.

Para viabilizar o estudo, utilizamos como recurso metodológico a técnica de entrevista semiestruturada com roteiro contendo as seguintes questões abertas: O senhor pode ouvir o que foi dito durante a passagem de plantão? Se sim: foi possível ouvir algo sobre outros pacientes também? Se sim: o que isso significou para o senhor?; Como o senhor se sentiu durante a passagem de plantão da enfermagem?

A investigação ocorreu em um hospital geral da rede privada de saúde da cidade de Natal-RN. Trata-se de uma unidade de médio porte composto de 126 leitos distribuídos nos setores de clínica médica e cirúrgica, unidades de terapia intensiva, unidade de hemodiálise, pronto socorro com atendimento nas áreas de: clínica médica, cardiologia, neurologia e ortopedia. O local foi escolhido devido ao fácil acesso visto que a pesquisadora trabalhou na instituição durante nove anos e seis meses, tendo se desligado pouco tempo antes do início da coleta de dados.

A coleta das informações foi iniciada após autorização da instituição hospitalar onde foi desenvolvida a pesquisa, bem como da

emissão do parecer favorável à realização do estudo, sob parecer nº 290/2011 e CAAE 0118.0.051.000-11, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/CEP/UFRN. O período de sua realização transcorreu durante os meses de julho e agosto de 2011.

Este processo se pautou pela seguinte sequência: os pacientes foram abordados após a alta da UTI, no seu setor de destino (quarto privativo). No primeiro contato, era feita a apresentação sumária dos objetivos do estudo, marcado um dia e horário para a entrevista, de acordo com a conveniência do paciente. Nesse momento, também fazíamos a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que o paciente tivesse tempo de ler e tomar a decisão quanto a sua participação na pesquisa.

No dia da entrevista, era solicitado ao paciente o seu consentimento para participar do estudo através da assinatura do TCLE, feita após alguns esclarecimentos de dúvidas caso existissem; sempre deixando clara a sua total liberdade de não participar, se esse fosse o seu desejo. Após a assinatura do termo, eram realizadas as entrevistas que foram gravadas com aparelho de MP3 para facilitar o tratamento posterior.

Após essa etapa de transcrição das falas, demos seguimento ao estudo, com leitura pormenorizada, identificando as unidades de significação. Emergiram de seus conteúdos, dois grandes grupos temáticos, assim nominados: sentimentos de pacientes durante a passagem de plantão à beira do leito e aspectos relevantes da internação na UTI.

A humanização foi eleita como fio condutor do estudo, portanto, a análise das falas foi ancorada em autores que se ocupam da humanização em si, como: Leonardo Boff, André Comte-Sponville, outros que trabalham a humanização na saúde como Elizabeth Kübler Ross, Maria Júlia Pais da Silva, Suely Ferreira Deslandes, Vera Regina Waldow e, ainda, Elias Knobel que aborda a temática da UTI.

Para garantir o anonimato dos entrevistados e suas respectivas falas, foram identificadas pelo codinome de pedras preciosas demonstrando a dimensão de importância e valiosidade que eles representam para a construção da nossa investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Podemos apreender que a UTI é uma unidade no contexto hospitalar, caracterizada como um ambiente complexo, decorrente do uso crescente da tecnologia que visa a

atender melhor o paciente. O entendimento comum sobre a UTI caracteriza-a como um ambiente impessoal e desumano, destinado a pacientes à beira da morte, além de conotar aos profissionais, ali atuantes, frieza e insensibilidade.²⁰

A UTI apresenta aspectos positivos e negativos, na visão de quem um dia necessitou desse atendimento. Para alguns pacientes do presente estudo, a humanização, com bons profissionais e atendimento de qualidade, foi fundamental para a sua recuperação, superando os aspectos negativos presentes nessa fase.

Abaixo de Deus a UTI. Mandam buscar a máquina para fazer a hemo diálise, como duas vezes já mandaram qualquer hora do dia ou da noite. Ai chama uma enfermeira de sobreaviso. Fica ali o tempo todo, não arreda o pé dali. Pronto, estou salva! (Jade)
Eu até brinquei que eu não queria sair, eu preferia até ficar lá. Porque lá tem movimento toda hora do pessoal, tem contato direto com vários enfermeiros, técnicos de enfermagem, com os médicos. Cada hora ia lá um. Eu até brinquei quando falei assim: estou em prisão hospitalar, agora eu vou para a solitária (referindo-se ao quarto da internação em que estava). Mas, apesar de tudo, eu achei muito bom o atendimento lá. (Citrino)

A confiabilidade se desenvolve partindo de um mecanismo inconsciente no qual existe a transferência da confiança aprendida em relacionamentos anteriores significativos, transportados aos cuidadores do presente.²⁰

Em contraposição, podemos registrar alguns depoimentos que exprimiram momentos de dor, de sofrimento e, porque não dizer, de revolta diante dos acontecimentos vivenciados durante o período de internação na UTI.

Ali o atendimento é muito eficiente, muito rigoroso, mas tem pouca gente pra atender. Não é pra falar mal[...]mas ali você nunca era atendimento (pausa) imediatamente, não. Não tinha condições. Você ficava toda suja por baixo, cagada, mijada[...] (silêncio). Tinha umas lá que queriam fechar a porta, a cortina e eu dizia não fecha porque a primeira que eu via no corredor eu já chamava[...]Ai diziam: “que foi dona Diamante?” e eu dizia: minha filha to toda mijada, aqui em baixo tá tudo assim[...] Ai elas vinham e davam aquele banho de gato. (Diamante)

Mas olha que tá desorganizado a UTI, porque devia ser assim: você chegar lá e ficar de repouso, mas não. É televisão ligada no último, estourando os ouvidos, ficam fazendo brincadeira. Aí eu penso: o que é isso? Perguntei ao rapaz que veio trocar minha fralda e ele disse que tavam

brincando porque tinha aparecido um peba. Sabe uma baixaria, porque foi isso mesmo que eu achei uma baixaria. Porque você tá ali passando mal e vê aquilo ali[...] (Esmeralda)

Os depoimentos revelam que os grandes incômodos e barulhos são gerados pelas pessoas e não pelas máquinas como costuma referenciar a literatura. Dessa forma, precisamos estar sempre bem atentos a nossa conduta frente aos pacientes. Não podemos admitir estarmos fornecendo-lhes o descuido; o que é mais valorizado pelos clientes em relação à assistência prestada é a atenção.²¹

Outro tipo de sofrimento sinalizado pelas pedras preciosas foi a falta de atendimento de suas necessidades básicas pela equipe de enfermagem.

Passar a noite todinha dentro da urina é horrível. Ficam naquele negócio: vai já, tô indo, tô chegando. E assim passou a noite todinha. Eu já tinha urinado seis vezes na fralda e nada. Aí veio um rapaz ali perto de mim, sabe? Aí eu disse: você me fazer o favor de pegar uma fralda limpa pra me trocar. Aí ele veio trazer. Eu sei que eles tão ocupados, mas deviam botar uns dez pra tomar conta da UTI, né? (Esmeralda)

Os pacientes internados em uma UTI são, na maioria das vezes, dependentes e se sentem impotentes com a falta de autonomia e controle de si mesmos, o que contribui para a ansiedade.

Não tive nem tempo de pensar. Quando eu vi já tava naquela cama, tive nem como me mexer de um lado pra o outro. É impressionante. Pensei: o que é que eu to fazendo aqui? Um trem desse[...]nem ata nem desata. Mas ali fiquei[...] (pausa) o jeito que tem é eu ficar aqui, não podia fazer mais nada. (Diamante)

A percepção de privação da autonomia, da liberdade, a falta de domínio da situação aliada à debilidade física, e à dependência, leva a um estado de inatividade e surge para o paciente como parte de uma realidade de difícil aceitação, principalmente, na fase aguda da doença.²²

Os profissionais do intensivismo comumente manifestam que é normal em suas atividades de cuidado, por vezes, invadir a privacidade do paciente de quem está cuidando. Contudo, essa posição de neutralidade, de indiferença, pode ser simplesmente um meio de acomodação, ou uma postura adotada em uma situação específica; porém, utilizada quando os ideais entre os envolvidos não coincidem, ou seja, o profissional se sente na obrigação de cumprir a prescrição do procedimento ou do cuidado, enquanto que o paciente sente

que sua privacidade física está sendo invadida.²³

A fala de Diamante a respeito da rotina de coleta de exames na UTI deixa transparecer seu sentimento em relação à falta de privacidade:

Ah... minha filha, foi uma agonia dormir na UTI. Dava 4 horas, 3 horas, chegava aqueles homens para tirarem sangue. Parecia uma carnificina, olha como é que tá meu braço (mostrou as marcas de punção arterial nos dois membros), porque eles tiram aqui da ponta. Aí vem aquele outro botar uma chapa no meu pulmão. Eu achava aquilo tão esquisito, parecia que o matadouro chegou[...]parecia[...]dava a entender. (Diamante)

Eu falei: menino, não vou tomar banho hoje porque estou com a garganta arrasada. Me deram banho de cinco e meia da manhã. Peraí[...]isso é um absurdo! Não têm consideração com a gente. (Esmeralda)

O setor da UTI é complexo porque envolve muitos procedimentos e muitos profissionais de várias categorias, com o objetivo de garantir uma assistência de qualidade ao paciente. Todavia, muitas vezes, nos esquecemos de que o paciente é um ser humano provido de sentimentos, desejos, rotinas, expectativas, limitações, crenças. Assim, quando o enfoque do cuidar está exclusivamente voltado para a maquinaria, o procedimento e a patologia, o ambiente e os cuidados se tornam despersonalizados e pouco acolhedores, já que as dimensões humanas não ganham o devido destaque.²⁴

É imprescindível advertir que, o atendimento humanizado precisa ser entendido como responsabilidade de cada pessoa e não dever exclusivo de uma categoria profissional, pois nenhuma categoria, por si só, consegue se apropriar do cliente, em sua total amplitude, dentro do processo saúde-doença.⁸

Durante as entrevistas, questionamos sobre o sentimento dos participantes diante da notícia de ficar internado na UTI e obtivemos os seguintes resultados:

Eu fiquei triste. É que eu tava com um cansaço, uma tosse muito forte e meu cardiologista já disse que quando eu sentir isso eu vá logo pro hospital porque é uns vinte minutos pra chegar a óbito. Esse é o problema. (Jade)

Eu não senti nada. Pra mim é normal. É uma coisa que não tem emoção. Disseram que eu tinha que ir, precisava ir, aí vamos à luta. E tinha mesmo que ir porque eu vou dizer fiz exames que eu nunca tinha feito na minha vida. (Esmeralda)

É a primeira vez que eu vou pra UTI e espero que seja a última! (Diamante)

As falas apresentadas demonstram um conjunto de expectativas e de conflitos nos pacientes, fruto da cultura de um senso comum sobre a UTI. Se, por um lado, denotam uma possibilidade de receber um cuidado melhor, específico, atento; por outro, parecem revelar as suas dificuldades pessoais, assim como o sofrimento e a tristeza pela complicação do quadro clínico.

Podemos inferir que Diamante não teve uma boa impressão de sua experiência em se internar na UTI. Sendo assim, quando questionada sobre o que dizer a alguém que está prestes a se internar na UTI, manteve a mesma postura e respondeu de forma enfática: *não vá*. Acrescentamos outros depoimentos que revelam diferentes sentimentos relacionados ainda a questão abordada nas falas anteriores:

Se for uma pessoa que eu tenha proximidade, que seja meu amigo, eu falo (pausa)eu abro o jogo. Não é que o tratamento dos médicos esteja errado, porque funcionaram. Mas é que eles estão desesperados pra dar conta do trabalho, então você não pode pedir muito tempo.(Esmeralda)

O que eu posso dizer é que é um socorro mesmo. Se eu não chegasse ali, eu não estaria aqui. Quando eu cheguei lá tinha todo socorro. (Jade)

Diria que pode ir porque não precisa ter medo. Elas fazem tudo direitinho. (Topázio)

Sabemos que o indivíduo quer que deixemos ele falar, que nos mostremos interessados naquilo que ele está falando e com tempo disponível para ouvir o que ele tem a dizer; dessa maneira, as tensões são controladas e o paciente sente-se mais relaxado.²⁵ O depoimento de Esmeralda deixa claro que o tempo dispensado a ela não foi suficiente para atender às suas necessidades.

A equipe de enfermagem é constituída de profissionais de nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem) e nível superior (enfermeiro) sendo que o contingente maior é de nível médio; justamente por essa razão, eles estão em contato direto com o paciente na realização da maioria das ações de enfermagem. Por outro lado, embora os profissionais de nível médio realizem a maioria dos procedimentos junto aos pacientes, não são estes que tiveram oportunidade de receber uma formação mais completa no que se refere ao estudo das humanidades.

Houve grande evolução no caso de enfermeiros e profissionais de saúde, porém, nas questões éticas, nem sempre conseguimos manter a humanização nas pequenas coisas como o olhar nos olhos, o sorrir, o sentar, o

ouvir e o apertar de mãos.²⁵ Entendemos a relevância de o profissional enfermeiro se dedicar à formação de sua equipe, de ter um cuidar humanizado, pois parte de sua formação foi dedicada ao estudo das ciências humanas e sociais (psicologia, sociologia e antropologia) tão significantes para a compreensão do ser humano na sua essência e totalidade.

Causa tristeza ouvir a revelação de Esmeralda:

As meninas mais simples (referindo-se às técnicas de enfermagem) brincavam muito comigo, diziam que eu era sarada. Mas, as superiores não (referindo-se às enfermeiras), porque são mais importantes.

Apreendemos desse depoimento que a postura adotada pelo enfermeiro pode sugerir situação de aproximação ou distanciamento. Corroboramos o pensamento de que a maneira pela qual o enfermeiro posiciona seu corpo revela sua acessibilidade ao contato e, também, o grau de interesse pelo outro; sendo assim, é um canal valioso de transporte de informações verbais e não verbais.²⁵

O dia-a-dia agitado da UTI faz com que o cuidar em enfermagem, muitas vezes, seja atropelado por várias tarefas a serem cumpridas. Todas as atividades parecem ser essenciais na terapia intensiva, em que o cuidado de enfermagem não é somente aquele prestado diretamente ao paciente mas também uma gama de atividades que, de maneira indireta, acabam favorecendo o cuidar.

Outra perspectiva visualizada refere-se ao envolvimento da equipe com o paciente, pois a enfermagem da UTI convive, diariamente, com situações envolvendo urgências, sofrimento e, não raras vezes, com a perda de pacientes. Essas situações acabam levando o profissional ao sofrimento e à frustração, considerando que, em alguns casos, por mais que seja feito, o desfecho é a morte.

O sentimento de perda leva à frustração, pois a dedicação e o esforço, muitas vezes, não são suficientes para manter o paciente vivo. As enfermeiras deixam transparecer o medo de sofrer com a dor alheia quando se envolvem com pacientes e familiares. A sua aproximação com eles proporciona a criação de vínculos e o conhecimento de experiências e sentimentos. Quanto maior o tempo de internação do paciente, maior parece ser o vínculo e o sofrimento pelo que pode acontecer.²⁶

Diante do exposto, nos parece imprescindível que, um apoio psicológico à equipe de saúde que atua na UTI, seja oferecido pela instituição. Um profissional que

compreende melhor a si próprio consegue perceber no outro um reflexo da sua alma tornando-se mais sensível, mais solidário e, conseqüentemente, mais humano.

CONCLUSÃO

A temática humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a ética, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão e reavaliação das práticas cotidianas. Isso implica mais ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes, que valorizem a dignidade do trabalhador e, principalmente, do usuário.²⁷

Os avanços científicos e tecnológicos que aconteceram na saúde têm contribuído para a redução do número de morbimortalidade, aumento da expectativa de vida e otimização das atividades técnicas dentro de uma UTI, mas apesar da importância desse fato, esse progresso não tem assegurado uma assistência voltada aos valores humanos.

Considerado como um dos fatores desencadeantes para a desvalorização do cuidado centrado nos valores humanos, a formação médica tem priorizado a especialização destes e, com isso, o melhor preparo de profissionais cada vez mais capacitados e habilitados a oferecer o melhor tratamento e conseqüente recuperação ou cura do paciente. No entanto, tal formação tem deixado a singularidade do paciente (seus valores, crenças, sentimentos e emoções) em segundo plano, em detrimento do “fígado doente” ou da “função renal prejudicada”, o que tem comprometido significativamente o atendimento humanizado e de boa qualidade nas instituições de saúde.

O aspecto humano do cuidado é um dos mais difíceis de ser implementado, principalmente quando se trata de UTIs, onde a rotina diária e a complexidade do ambiente, tanto físico quanto funcional, fazem com que os membros da equipe se esqueçam da importância do toque e da comunicação com o ser humano que está sua frente.²⁸ Devemos lembrar que o objeto de trabalho da enfermagem é o cuidar, sendo a humanização um fator intrínseco.

Sabemos, por sua vez, que algumas características são peculiares de uma UTI: o ambiente permeado por tecnologia de ponta, situações iminentes de emergência e necessidade constante de agilidade e habilidade no atendimento ao cliente, o que, por vezes, dificulta esse cuidar.

A humanização do atendimento depende das condições de trabalho do profissional dessa área, bem como de sua competência e habilidades técnicas, inclusive no âmbito das relações humanas. Portanto, a humanização no cuidar em enfermagem é indispensável para estabelecer a interação e o relacionamento com os usuários dos serviços de saúde, incluindo os seus familiares e os profissionais de saúde.²⁹ Nesse sentido, a humanização torna-se um processo que envolve todos os membros e as ações da equipe na UTI. A responsabilidade da equipe se estende à avaliação das necessidades da família, ao grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados, além da preservação da integridade do cliente como ser humano.³⁰

A humanização em ambientes considerados hostis e agressivos, como as UTIs e serviços de emergência, tem sido preocupação dos profissionais que vivem nesses cenários cotidianamente. Considerando que, em sua maioria, as pessoas não estão preparadas para enfrentar a internação nessas unidades, os profissionais devem se empenhar em ajudar na aceitação e adaptação do paciente, além de apoiar a família.

Destarte, quando a essência do cuidar e do humanizar está presente nas ações dos profissionais, o paciente percebe que os sentimentos de satisfação superam os de insatisfação no enfrentamento da doença e dos mecanismos empregados para derrotá-la. A humanização em Terapia Intensiva surge na tentativa de melhorar a assistência prestada a pacientes críticos e seus familiares e, também, as condições de trabalho da equipe multidisciplinar atuante em UTI.

Para a implementação do cuidado com ações humanizadoras, precisamos valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão de instituições que oferecem serviços na área de saúde como os hospitais. Consideramos importante fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentar a construção de autonomia e participação dos sujeitos, fortalecer o controle social, democratizar as relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde.

Ressaltamos que essa equipe multidisciplinar está unida por um objetivo e que, para alcançá-lo, é necessário trabalhar em sintonia, complementando suas ações, discutindo e alcançando, sempre que possível, um consenso entre os pares.

REFERÊNCIAS

1. Knobel E. Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
2. Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev bras enferm [Internet]. 2007 [cited 2011 Mar 16]; 60(5): 546-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500012&lng=en&nrm=iso.
3. Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
4. Vilar RLA. A política de humanização e a estratégia de saúde da família: visões e vivências [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Pós-graduação em Ciências Sociais, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes; 2009.
5. Valença CN, Pereira MMM, Monteiro AI, Germano RM. Family support in the intensive care unit: a look of the humanization in nursing. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 [cited 2011 Mar 16]; 4(3): 1261-9. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/951/pdf_68.
6. Souza RP. Manual: rotinas de humanização em medicina intensiva. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2010.
7. Pinho LB, Santos SMA. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP line [Internet]. 2008 [cited 2011 Mar 16];42(1):66-72. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/09.pdf>.
8. Backes DS, Lunardi VL, Lunardi WD Jr. A humanização hospitalar como expressão da ética. Rev latinoam enferm [Internet]. 2006 [cited 2011 Dec 23];14(1):132-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18.pdf>
9. Morin E, Cyrulnik B. Diálogo sobre a natureza humana. Lisboa: Instituto Piaget; 2004.
10. Comte-Sponville A. A vida humana. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
11. Mendes HWB, Caldas JAL. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. Rev latinoam enferm [Internet]. 2001 [cited 2012 Jan 21];9(3):20-6. Available from:
12. Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. Interface comun. Saúde educ [Internet]. 2009 [cited 2011 Mar 16];13(1):571-80. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500009&script=sci_arttext
13. Pauli MC, Bousso RS. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev latinoam enferm [Internet]. 2003 [cited 2011 Mar 20]; 11(3): 280-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000400012&lng=en&nrm=iso.
14. Pessini L, Pereira LL, Zaher VL, Silva MJP. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. Mundo Saúde [Internet]. 2003 [cited 2011 Mar 20];27(2): 203-205. Available from: <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=366450&indexSearch=ID&lang=p>.
15. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
16. Deslandes FS. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2004 [cited 2011 Mar 20];9(1):7-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819>
17. Souza LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). Interf comun Saúde educ [Internet]. 2009 [cited 2011 Mar 20];13(1):681-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500014&script=sci_arttext.
18. Amorin RC, Silvério IPS. Perspectiva do paciente na UTI na admissão e alta. Rev paul enferm [Internet]. 2003 [cited 2011 Mar 20];22(2):209-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000100005.
19. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3rd ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 2001.
20. Thelan LA, Lough ME, Davie JK, Urden LD. Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção. 2nd ed. Lisboa: Lusodidacta; 1996.
21. Soares MS, Lima CB. Uma visão humanística da AIDS na perspectiva da

espiritualidade. 1ª ed. João Pessoa: editora universitária/UFPB; 2005.

22. Cesarino CB, Rodrigues AMS, Mendonça RCHR, Corrêa LCL, Amorim RC. Percepções dos pacientes em relação à Unidade de Terapia Intensiva. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2005 June/Sept [cited 2012 Jan 2];3(13):158-61. Available from:

<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racsol/vol-12-3/07%20-%20ID154.pdf>

23. Betinelli LA, Pomatti DM, Brock J. Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais. Rev Bioethicos - Centro Universitário São Camilo. 2010; 1(4): 44-50.

24. Silva LJ, Silva LR, Christoffel MM. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neo-natal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2011 Jan 5];3(43):684-9. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000300026&script=sci_arttext

25. Silva MJP. Qual o tempo do cuidado: humanizando os cuidados de enfermagem. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2004.

26. Lucena AF, Crossetti MGO. Significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. Rev gaúcha enferm [Internet]. 2004 [cited 2011 Jan 6];2(25):243-56. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4511/2448>

27. Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev latinoam enferm [Internet]. 2005 [cited 2011 Jan 10];13(1):105-11. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692005000100017&script=sci_arttext

28. Vila VSC, Rossi LS. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. Rev latinoam enferm [Internet]. 2002 [cited 2011 Dec 23];10(2):37-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200003

29. Silva FS, Santos I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2010 Apr/June [cited 2012 June 2];14(12):230-5. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200004

30. Bergamini ACAG. Humanização em uma UTI adulto no Distrito Federal [dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2008.

Submissão: 24/08/2013

Aceito: 10/01/2014

Publicado: 01/03/2014

Correspondência

Mabel Maria Marques Pereira
Condomínio Terezinha Galvão
Av. Petra Kelly, 161 / Casa 35
CEP: 59152-330 – Parnamirim (RN), Brasil