

O CUIDADO INTENSIVO OFERECIDO AO PACIENTE NO AMBIENTE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA^a

Intensive care provided to patients in the environment of intensive care units

El cuidado intensivo ofrecido al paciente en el ambiente de la unidad de cuidados intensivos

Marli Terezinha Stein Backes¹

Alacoque Lorenzini Erdmann²

Andreas Büscher³

Dirce Stein Backes⁴

RESUMO

Estudo qualitativo, partiu da questão: como se dá o cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva? Teve como objetivo compreender o cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Adulto. O método utilizado foi a Grounded Theory. Realizou-se 39 entrevistas com 47 sujeitos diferenciados (pacientes, profissionais da saúde, gestores, profissionais dos serviços de apoio, familiares) de três Unidades de Terapia Intensiva Adulto, em Florianópolis/SC, Santa Maria/RS e Pelotas/RS, Brasil, entre junho de 2009 a setembro de 2010. A teoria "Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva", foi delimitada por oito categorias, das quais será focalizada neste artigo a categoria "Cuidando e monitorando o paciente continuamente". Conclui-se que o cuidado intensivo requer um cuidado integral com os pacientes, que vai além do cuidado técnico e inclui as dimensões física, emocional, espiritual e social do ser humano.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Cuidados intensivos. Humanização da assistência. Relações profissional-paciente. Unidades de terapia intensiva.

Abstract

This qualitative study was based on the question: How is the intensive care provided to patients in the environment of Intensive Care Units? The study's objective was to understand how intensive care is provided to patients in the environment of Adult Intensive Care Units. Grounded Theory was the method used. A total of 39 interviews were held with 47 different subjects (patients, health professionals, managers, supporting service professionals, family members) from three Adult Intensive Care Units in Florianópolis/SC, Santa Maria/RS and Pelotas/RS, Brazil, between June 2009 and September 2010. The theory "Sustaining life in the complex care environment of intensive care units" was defined by eight categories, of which one will be focused on in this paper: "Continuously caring for and monitoring the patient". We conclude that intensive care requires integral care, which goes beyond technical care and comprises the physical, emotional, spiritual and social dimensions of the human being.

Keywords: Nursing care. Intensive care. Humanization of assistance. Professional-patient relations. Intensive care units.

Resumen

Este estudio cualitativo se basó en la pregunta: ¿Cómo funciona el cuidado intensivo ofrecido al paciente en el ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos? El artículo tuvo como objetivo comprender el cuidado intensivo ofrecido al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos. El método utilizado fue la Grounded Theory. Se llevó a cabo 39 entrevistas con 47 personas de tres diferentes unidades de cuidados intensivos para adultos en Florianópolis/SC, Santa Maria/RS y Pelotas/RS, desde junio 2009 a septiembre de 2010. La teoría "Sosteniendo la vida en el complejo ambiente de cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos", fue delimitada por ocho categorías. En este artículo se centrará la categoría "Asistir y monitorear el paciente continuamente". Se concluye que el cuidado intensivo requiere una atención integral a los pacientes, más allá de la atención técnica e incluye la dimensión física, emocional, espiritual y social del humano.

Palabras clave: Cuidado de enfermería. Cuidados intensivos. Humanización de la asistencia. Relaciones profesional-paciente. Unidad de terapia intensiva.

¹ Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital-Escola da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS. Brasil. E-mail: marli.backes@bol.com.br; ² Doutora em Filosofia da Enfermagem. Enfermeira, Professora Titular do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisador 1A do CNPq. Florianópolis-SC. Brasil. E-mail: alacoque@newsite.com.br; ³ Doutor em Enfermagem. Enfermeiro, Professor na Hochschule Osnabrück - Fakultät Wirtschafts und Sozialwissenschaften, Osnabrück/Alemanha. E-mail: A.Bucher@hs-osnabrueck.de; ⁴ Doutora em Enfermagem. Enfermeira, Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Franciscana – UNIFRA, Santa Maria-RS. Brasil. E-mail: backesdirce@ig.com.br

INTRODUÇÃO

O cuidado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) está fundamentado nos princípios do pensamento cartesiano/mecanicista, baseado no conhecimento racional e positivista, que concebe o corpo em partes fragmentadas, em que a racionalidade parece superar a subjetividade^{1,2}.

Embora o paradigma cartesiano seja importante e necessário perante as práticas de cuidar em UTI, é preciso adotar hoje novos referenciais que concebam a saúde e a doença como algo que transcende a dimensão biológica, indo além do órgão afetado, para cuidar do paciente como um todo¹, com o objetivo de oferecer-lhe um cuidado humanizado, contextualizado e integral.

Diferentemente do pensamento cartesiano, o pensamento sistêmico/complexo requer que sejam restabelecidas as articulações entre o que foi separado, para se tentar compreender a multidimensionalidade e se pensar na singularidade, sem esquecer as totalidades integradoras³. Significa dizer que é preciso transcender explicações lineares e compreender o ser humano como um ser singular e complexo, dotado de múltiplas dimensões que precisam ser consideradas no ambiente de cuidados em UTI para que esse seja promotor da vida e capaz de favorecer a recuperação dos pacientes.

Nessa direção, o ser humano não pode ser compreendido apenas como um ser biológico. Sua natureza é, por excelência, singular e multidimensional. É membro de uma família e faz parte da sociedade, com identidade e função definida. Ou seja, há algo mais do que “a singularidade ou a diferença de indivíduo para indivíduo, é o fato de que cada indivíduo é um sujeito”^{4,7,8}.

Dessa maneira, questiona-se: Como se dá o cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva?

O presente estudo teve como objetivo compreender o cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e trata-se de um recorte da tese de doutorado intitulada “A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”⁵, que se encontra fundamentada na seguinte questão de pesquisa: Qual o significado do ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, vivenciado pelos profissionais que atuam nessa unidade, gestores, pacientes, familiares e profissionais dos serviços de apoio?

Portanto, para responder à questão: Como se dá o cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva, este artigo concentrou-se na categoria “Cuidando e monitorando o paciente continuamente”, determinada como uma das condições causais que integra a teoria construída na referida tese.

MÉTODO

O método utilizado foi a Grounded Theory, ou Teoria Fundamentada em Dados (TFD). Caracterizada como variante do Interacionismo Simbólico, enquanto pesquisa qualitativa, a Grounded Theory busca compreender o significado das relações

e interações entre os fenômenos sociais, o entendimento da realidade, bem como da vida e da ação humana no mundo real^{6,7}.

Assim, esse estudo de abordagem qualitativa foi conduzido com base nos princípios da amostragem teórica, e a coleta e a análise dos dados foram realizadas em sequências alternativas e compreenderam quatro etapas consecutivas. No total, a amostra teórica foi composta por 39 entrevistas em profundidade, realizadas com 47 sujeitos diferenciados, tais como profissionais da saúde, gestores e outros profissionais que atuavam em UTI Adulto, pacientes que estavam internados na UTI Adulto ou que já haviam vivenciado essa experiência e familiares que acompanharam um membro da família internado na UTI Adulto no momento da entrevista, ou em momentos anteriores.

As entrevistas foram realizadas em três UTIs Adulto, localizadas em Florianópolis/SC, Santa Maria/RS e Pelotas/RS, com a finalidade de maximizar a variação entre os conceitos e realizar comparações. Também foi realizada observação participante nas UTIs Adulto de dois hospitais: 50 horas no referido hospital de Florianópolis/SC e 55 horas e 30 minutos em um hospital de Bielefeld/Alemanha.

O processo de codificação foi realizado por meio da codificação aberta, axial e seletiva, fases distintas, mas complementares e integradas. Na análise dos dados utilizou-se o mecanismo analítico denominado paradigma ou modelo paradigmático, como instrumento facilitador, que envolve um esquema organizacional que ajuda a reunir e a ordenar sistematicamente os dados e a classificar as conexões emergentes, conforme preconizado por Strauss e Corbin⁷.

Esse modelo paradigmático tem por finalidade integrar as condições estruturais com o processo. As condições estruturais são constituídas pelas condições causais, o contexto e as condições intervenientes que formam o conjunto de circunstâncias nas quais os fenômenos acontecem, e respondem às perguntas do tipo: por que, onde, de que forma e quando. Já o processo refere-se às estratégias e às consequências, que demandam ações e interações no tempo, no espaço, com pessoas, organizações e com a sociedade, em resposta a certos problemas e assuntos.

Durante a realização do estudo foram elaborados inúmeros memorandos, entre eles: notas de codificação, notas teóricas e notas operacionais, que se referem aos registros escritos de análise⁷. Além disso, também foram elaborados vários diagramas que são mecanismos visuais que ilustram as relações entre os conceitos.

Para atender aos critérios éticos da pesquisa foram consideradas as recomendações da Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos⁸, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Processo Nº 130/09, a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas/RS, sob o

parecer s/n de 08 de setembro de 2010. Além disso, também foi considerada a autorização das respectivas Direções e Chefias de Enfermagem dos Hospitais e das Chefias de Enfermagem das referidas UTIs, a fim de validar a proposta de trabalho e poder divulgar as informações.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e o método proposto, e todos os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As falas dos profissionais e gestores entrevistados serão identificadas nesse estudo com codinomes que fazem referência às qualidades ou características positivas, importantes no ambiente de cuidados em UTI. Já as falas dos pacientes serão identificadas com o nome Paciente, seguido do número correspondente à ordem em que foram entrevistados. As falas dos familiares, por sua vez, serão identificadas com o termo Familiar, seguido do número correspondente à ordem em que foram entrevistados, e ainda, acompanhado do grau de parentesco em relação ao paciente.

RESULTADOS

Foram realizadas cinco entrevistas envolvendo pacientes internados na UTI ou que já haviam sido pacientes de UTI em outros momentos. Além disso, houve dois familiares que também já foram pacientes de UTI e que também relataram as suas experiências como tal. Entretanto, vale lembrar que o total de participantes do estudo foram 47 sujeitos diferenciados, conforme descrito no método.

Este artigo tem como foco a categoria “Cuidando e monitorando o paciente continuamente”, que foi determinada nesse estudo como uma das condições causais, porque diz respeito à necessidade de suporte e cuidados intensivos ao paciente grave, que necessita de uma assistência qualificada.

A categoria “Cuidando e monitorando o paciente continuamente” tem como subcategorias: Considerando as condições de internação dos pacientes; Descrevendo as condições dos pacientes na UTI; Associando o ambiente de cuidados à assistência de enfermagem/saúde; Necessitando considerar o paciente como um ser vivo e humano; Interagindo com os pacientes e Observando os profissionais. Essas subcategorias são descritas a seguir.

Considerando as condições de internação dos pacientes

Antes de serem internados na UTI, os pacientes acabam sendo atendidos por algum serviço de saúde no próprio hospital ou em outras instituições de saúde fora do hospital, e até mesmo em outras UTIs. Dessa maneira, o paciente é internado na UTI já com diagnóstico, e a internação é priorizada pelo quadro do paciente, independentemente da idade. Há internações de pacientes adultos e idosos e também de pessoas jovens e adolescentes. Ocorrem internações por diagnósticos variados, dependendo da UTI, como problemas respiratórios (principalmente pneumonia), leptospirose, gripe A (H1N1), câncer, acidente vascular cerebral (AVC), acidentes, pancreatite, pós-operatórios, cardiopatias, hepatopatias, doenças renais, sepsis, entre outros.

No entanto, também são encaminhados para a UTI pacientes terminais que ficariam melhor em uma unidade de internação e são internados na UTI para “aguardar a morte”, seja pela dificuldade de manejá-los em outros ambientes, seja por pressão da família e/ou do médico assistente, e/ou pela dificuldade do médico assistente no manejo com os familiares para não internar um paciente terminal na UTI, como ilustra a fala a seguir

... o paciente vai ficar longe da família. Cria-se uma expectativa que não têm, cheio de tubos. Uma pessoa eu acho que tem que morrer dignamente num lugar. Para que trazer para uma UTI? Às vezes, é inevitável, tem pressão que não tem como. Acho que em tudo que é UTI. Ai acaba trazendo paciente que tu acha que não tem indicação de estar aqui (Exemplo).

Essa fala faz referência à própria complexidade da vida do ser humano que precisa ser vista como um todo, de forma interconectada, e que envolve um ciclo que compreende o nascer, crescer, desenvolver-se e o morrer, embora esse ciclo nem sempre se completa ou se processa inteiramente na vida de todas as pessoas.

Entretanto, a morte é um aspecto muito negligenciado, de modo geral, o que reflete a dificuldade em aceitar a finitude da vida humana, seja na relação médico-paciente, seja na relação familiar-paciente, além de sugerir uma dificuldade por parte da equipe médica em determinar até que ponto se deve continuar investindo na recuperação da saúde dos pacientes e em que momento se deve optar em manter apenas cuidados paliativos.

Apesar disso tudo, os pacientes que internam na UTI deveriam ser pacientes que realmente precisam estar na UTI e por um menor tempo possível e necessário.

Descrevendo as condições dos pacientes na UTI

Os pacientes internados na UTI encontram-se em uma situação difícil e delicada, em grande sofrimento e ansiedade. Estão mais graves e instáveis, às vezes, pioram rápido e precisam de uma intervenção rápida. São doentes críticos, com disfunções orgânicas, precisando de cuidados específicos. Na maioria das vezes, os pacientes são muito vulneráveis, especialmente a qualquer tipo de contaminação.

Encontram-se acamados, debilitados, em um ambiente estranho, com pessoas que não conhecem e sem a presença constante da família. Muitas vezes, estão sedados, e mesmo assim podem ouvir. Muitos pacientes estão entubados e a maioria deles necessita de aparelhos especiais. Geralmente estão pesados e edemaciados, quase sempre evacuam no leito, e recebem estímulos externos. Alguns ficam muito tempo na UTI (meses). Ficam desprovidos do contato com o ambiente externo e, dependendo da UTI, ficam isolados no próprio meio

de UTI. Muitas vezes, não têm noção do espaço e do tempo, e recebem informações fragmentadas.

O paciente fica sozinho, com pessoas estranhas. Porque nós somos estranhos para ele. Então, acho que eles precisam de mais atenção. Eles estão se sentindo mais fragilizados, longe da família. E a UTI já gera um medo maior. Eu estou aqui na UTI, vou morrer, eles pensam (Prontidão).

Às vezes, os pacientes se tornam um objeto e perdem a sua identidade como pessoa, porque, muitas vezes, não falam, não abrem os olhos, não têm uma expressão, não comem, não bebem, não têm privacidade. Geralmente estão em jejum, mas sentem fome e sede e, frequentemente, também sentem dor, embora isso não seja experienciado por todos os pacientes da mesma maneira.

Fiquei acordado nos primeiros dias, uns três, quatro dias. Depois só gritando de dor, não via mais nada de tanta dor que tinha. 32 dias eu não vi nada. Só gritava de dor, mas não enxergava nada [...] Dor é terrível. Dor né, porque a pancreatite é uma doença, uma dor que dói mais que câncer (Paciente 2).

Os pacientes dormem, sonham e deliram e, geralmente, não se lembram de muitas coisas. Ficam frágeis e fracos, perdem as forças, e, na maioria das vezes, não conseguem se movimentar sozinhos e nem se ajudar. São dependentes dos profissionais, recebem cuidados intensivos, visitas e orações. Têm a presença da família em horários bem restritos. Veem e reconhecem os familiares, mas nem sempre conseguem distingui-los, como também nem sempre conseguem conversar com eles, embora queiram fazê-lo.

Eu não lembro de nada, né? [...] Eu não sei. Não lembro. Não consigo (Paciente 4).

Há pacientes na UTI que não conseguem falar ou falam pouco. Conseguem se comunicar, mas nem todos conseguem entendê-los. Na maioria das vezes, começam a conversar com a equipe e até com outros pacientes, quando ficam lado a lado, quando estão acordados e/ou semiacordados e melhores. Os pacientes saem da sedação gradativamente e começam a escutar algumas coisas e a se dar conta dos acontecimentos.

Fiquei entubado. Daí eu não conseguia falar, só por gestos. Então, daí a gente sofre bastante por isso, porque não pode falar, não pode pedir nada. Aí é difícil! Só por sinal, é triste né? [...] a gente queria água, queria comer, queria pedir, não dava nada, não tinha condições de falar, e daí não entendiam né? Não podia mexer as mãos, mais ou menos a gente botava as mãos na cabeça (Paciente 2).

Na UTI, há pacientes conscientes, e nem todos estão sedados. Às vezes, estão acordados, gesticulam, falam, escrevem e choram. Reclamam do barulho e perguntam a hora. Quando estão mais acordados, estão atentos, angustiam-se muito com o barulho, com o que está acontecendo e com quem está do lado. Assustam-se com um movimento agitado na UTI e ficam amedrontados com alguns termos que ouvem, como por exemplo, o termo “bomba”. Entretanto, ao verem os profissionais brincando e conversando. Alguns pacientes são mais tranquilos, outros mais ansiosos.

Os pacientes preferem estar lúcidos, orientados e acordados e não desejam estar na UTI. Às vezes, têm muitos pacientes acordados e que estão bem. Há momentos em que é difícil os pacientes conseguirem sair da ventilação mecânica, mesmo estando lúcidos, orientados e acordados. Os profissionais querem que os pacientes permaneçam acordados (não sedados) para poderem ajudar a equipe a se recuperar para poder sair da UTI.

Às vezes, os pacientes se sentem muito sozinhos e com medo. Nem sempre entendem o que está acontecendo com eles. Ficam ansiosos ao verem um paciente mais grave do que eles e se chocam com a situação de urgência na volta e com pacientes morrendo ao lado. Há momentos em que se encontram desorientados, podendo até entrar em surto, ou seja, apresentar transtornos mentais.

...eles ficam ansiosos, eles veem o paciente que está do lado. Mas a gente se preocupa com essas coisas. Às vezes, eles estão bem lúcidos, aí eles conversam, têm altos papos. A gente abre a cortina e eles conversam entre eles. Passa até o tempo para eles. Que não têm outra coisa para fazer aqui dentro [...] Muitas vezes, eles têm desorientação até por estar nesse ambiente, estão longe da família, estão num local onde eles nunca estiveram, estão vendo pacientes, às vezes, piores do que eles (Humanização).

Um dos pacientes e um dos familiares entrevistados, que também já foi paciente de UTI, referiram que a experiência de estar na UTI enquanto paciente foi negativa, e que nem sempre foram bem atendidos. Sentiram a falta da família, desejavam ter um acompanhante na UTI e consideram que, para um paciente acordado na UTI, é muito ruim ver os outros pacientes que se encontram mais graves. As falas a seguir ilustram a experiência desses entrevistados enquanto estiveram internados na UTI.

A UTI é horrível, porque é o pior lugar do hospital. Aonde tem lugar pior que a UTI dentro do hospital? Tu não come, tu não bebe, tu não fala, não se lembra de nada, não se lembra o que passou. Fiquei três a quatro dias aqui sem me lembrar de nada. Estou falando isso porque eu já estive internado numa outra UTI. Meu irmão também esteve internado naquela UTI onde eu já estive. Parecia um morto! É horrível, horrível, horrível. Deus ajude que nunca ninguém caia lá. [...] E na UTI, quando a gente tá lá, a gente tá

naqueles aparelhos, a gente não come, não dorme quase, só delira... (Paciente 3).

Eu achei péssimo! Péssimo mesmo foi que eu, sei lá, fui até assim maltratada. Que a gente pede as coisas e eles não dão bola né? Quando eles viam que eu estava com a boca seca, ah isso é normal, eu não sei o quê. [...] E eu já disse, se eu adoecer de novo, não me levem para a UTI, por favor! Passar o que eu passei, eu não quero mais (Familiar 13 – esposa – falou aqui da sua experiência enquanto paciente).

Os pacientes não estão na UTI porque vão morrer; no entanto, na maioria das vezes, encontram-se muito mal e correm o risco de morrer. Há muitos pacientes viáveis na UTI que são tratados, melhoram e recebem alta. Há pacientes que sobrevivem, mesmo estando mal, e outros enfrentam a terapêutica da UTI sem sucesso. Às vezes, os pacientes estabilizam, não melhoram e nem pioram. Alguns se esforçam bastante para continuar vivendo.

Associando o ambiente de cuidados à assistência de enfermagem/saúde

A assistência aos pacientes na UTI está relacionada ao cuidado direto e intensivo, com monitoramento permanente, proporcionando uma assistência humanizada, de qualidade e livre de riscos. Assim, o cuidado na UTI requer não só um cuidado técnico, voltado apenas para a dimensão biológica, mas um cuidado integral com os pacientes, tratando-os como seres humanos, com respeito, afetividade e dedicação, conversando com eles, consolando-os quando necessário, cuidando para que o paciente que se encontra acordado e lúcido não veja outros pacientes que se encontram em situação mais grave, vendo sempre o que é melhor para os pacientes e fazendo com que eles se sintam bem cuidados em todos os sentidos, mesmo estando em coma, sedados ou inconscientes.

...pacientes graves que necessitam de cuidados permanentes, tanto médico quanto de enfermagem. Por isso, a necessidade de uma assistência qualificada, tendo em vista que, na maioria dos casos, existe a necessidade de aparelhos especiais (Dedicação).

Os profissionais da UTI trocam opiniões entre si e discutem sobre a situação em que os pacientes se encontram e as condutas a serem tomadas; planejam a cadeia de eventos necessários a partir do diagnóstico médico, conduzindo cada paciente de modo singular; avaliam os pacientes constantemente, analisam os prontuários, verificam os exames laboratoriais e pensam no que pode ser feito por eles; investigam a situação de saúde dos pacientes, a fim de otimizar o tratamento; acompanham o desmame e a extubação, entre outros. Buscam evitar a infecção cruzada por meio do cuidado e da higiene constante das mãos, ao lidar com cada paciente, e de paciente para paciente.

Esses profissionais mantêm os pacientes higienizados, proporcionando-lhes conforto e bem-estar. Ajudam os pacientes e fazem com que eles concentrem as suas energias para se recuperar da doença, e não para sanar estresse de estimulação. Procuram expor

os pacientes ao sol quando possível e estimulá-los a comer quando for o caso. Na maioria das vezes, os profissionais precisam estar sempre atentos, principalmente às alterações dos pacientes, ficando próximo deles, com atenção redobrada quanto aos cuidados. Alguns pacientes recebem cuidados paliativos na UTI.

O cuidado, então, seria aquele cuidado intensivo, que a gente deve ter, digamos assim, um cuidado bem mais detalhado com o paciente, voltado a um atendimento global, sempre trabalhando junto com toda a equipe. Então, visando otimizar a saúde do paciente ou, pelo menos, proporcionar um melhor conforto (Participação).

Os procedimentos realizados nos pacientes são bastante frequentes e invasivos e, às vezes, até agressivos, tais como a intubação endotraqueal, a drenagem de tórax, a passagem de cateteres venosos centrais, a pericardiocentese, a passagem de marcapasso, a hemodiálise, as cirurgias e, principalmente, a traqueostomia, entre outros. Geralmente, há o envolvimento de diversos profissionais no preparo e na realização desses procedimentos e no lidar com o paciente, e, muitas vezes, os procedimentos precisam ser realizados rapidamente.

Necessitando considerar o paciente como um ser vivo e humano

Os profissionais da UTI criam um mecanismo de adaptação ao trabalho e acabam, muitas vezes, não se sensibilizando mais com o sofrimento e a condição de saúde dos pacientes. Além disso, podem começar a cuidar dos pacientes de modo rotineiro, mecanizado e muito técnico, priorizando a dimensão biológica e esquecendo das demais dimensões do ser humano.

Dessa maneira, o paciente na UTI às vezes é visto e tratado como um objeto de trabalho por parte dos profissionais que, frequentemente, se preocupam mais com o fazer técnico do que com o próprio paciente que está ali, seja pelo acúmulo de serviço, seja pela falta de organização, má vontade e/ou falta de ética, conforme a fala a seguir.

...acho que a gente têm que ter mais carinho, mais atenção com eles aqui [...] A gente fica muito rotineiro assim. A gente fica como se fosse uma máquina. A gente faz todos os dias a mesma coisa. E, às vezes, a gente esquece que ali têm uma pessoa, que ele tem uma história, que ele está passando por uma dificuldade e a gente vai levando tudo assim, tem que ser tudo muito rápido, não dá tempo de conversar, não dá tempo de dar atenção para a pessoa que, às vezes, está precisando mais da escuta do que de um medicamento. Acho que é isso que falta um pouco [...] Às vezes, trabalham em dois serviços, já vêm cansados, o salário é baixo. Tudo isso interfere (Prontidão).

Além disso, os profissionais procuram, na maioria das vezes, não se envolver com os pacientes, e há momentos em que oferecem

pequenas coisas a eles. Cometem erros com os pacientes, quando não se apresentam a eles, quando não os chamam pelo nome, quando não os situam no tempo e no espaço, quando não respeitam a sua privacidade, quando há descuidos em relação ao barulho e à segurança do paciente e quando não comunicam aos pacientes previamente os procedimentos a serem realizados. No entanto, os pacientes precisam ser comunicados sobre o que vai ser realizado, independente do nível de consciência. Às vezes, os profissionais não procuram nem saber o nome dos pacientes.

Há momentos em que os profissionais acabam indo muito para alguns leitos, descuidando de outros. Outras vezes, desviam a atenção dos pacientes, assistindo televisão, lendo jornais e revistas, ou tendo conversas desnecessárias sobre diversos assuntos, e acabam esquecendo que o paciente precisa e depende deles.

Interagindo com os pacientes

A interação da equipe com os pacientes é considerada positiva, e, com alguns pacientes, a equipe se envolve mais e acaba criando um vínculo quando eles não estão mais sedados, saem da respiração mecânica e estão conscientes.

...E a gente brinca, às vezes, com esses pacientes que estão acordados, conversa: e daí, como é que está? E aí é pra tentar fazer ele esquecer um pouquinho também do sofrimento. Eu acho isso legal! (Harmonia).

Os pacientes que estão mais acordados interagem mais com a equipe e acabam entrando na brincadeira junto com os profissionais e começam a saber os seus nomes. O pessoal da enfermagem acaba tendo um elo maior e um vínculo maior com os pacientes, criando laços de confiança, o que é considerado terapêutico e por meio do qual também a enfermagem se sente importante, procurando, também, visitar os pacientes nas unidades de internação após receberem alta da UTI.

Observando os profissionais

Os familiares costumam observar o ambiente da UTI de um modo geral, considerando a apresentação, a organização, a harmonia e a limpeza, mas, principalmente, os profissionais. E isso eles fazem na hora em que o paciente interna na UTI, durante os horários de visita e nos casos em que o familiar fica ao lado do paciente.

...Então, quando a gente chega e vê o ambiente harmonizado, organizado, limpo, arejado, isso já é uma coisa que nos deixa mais confortáveis, mais seguros e mais confiantes. Bom, ele está sendo bem cuidado! (Familiar 7—filha).

Os familiares procuram observar tudo nos profissionais, desde a expressão facial, a postura, o equilíbrio emocional, as reações, o humor, a paciência, a educação, a simpatia, a relação interpessoal com os demais profissionais, porque acreditam que tudo isso refletirá no cuidado prestado aos pacientes. Eles observam não apenas a técnica em si, mas, principalmente, a maneira como esta é realizada, de acordo com a fala a seguir.

...lá na UTI onde meu pai estava internado, eu gostava de ficar observando as enfermeiras conversarem, se

existia amizade entre elas, se elas eram pessoas simpáticas, educadas, porque isso vai refletir no serviço. Então, se tinham problemas... A gente consegue perceber na expressão facial se elas estão tendo um desconforto, de um suspiro, por exemplo. Então, a gente consegue perceber. Quem tem um pouco mais de habilidade humana, a gente consegue perceber isso. Então, pra quem é familiar isso é muito importante, conseguir ver que a pessoa está equilibrada emocionalmente para atuar no serviço de saúde (Familiar 7—filha).

Os familiares sentem um conforto maior e acreditam que o paciente possa evoluir quando, na visita, conseguem enxergar os profissionais cuidando do paciente e também dando atenção e se importando com a sua família, e, principalmente, ao verem que o paciente está limpo, confortável, bem posicionado e com prevenção de úlceras de pressão.

DISCUSSÃO

Dos cinco pacientes entrevistados, dois haviam sido submetidos à cirurgia eletiva e, por esse motivo, estiveram inicialmente anestesiados durante a sua internação na UTI. Os outros três pacientes, além da gravidade da doença, ficaram sedados por vários dias na UTI.

Dessa maneira, os pacientes, de um modo geral, apresentaram limitações para relatar as suas experiências enquanto pacientes internados na UTI, bem como para falar sobre o significado do ambiente de cuidados em UTI, pois lembravam pouco ou nada sobre o ambiente da UTI e sobre os cuidados que receberam; para eles o mais importante foi a satisfação das necessidades humanas básicas, que nem sempre foram satisfeitas. Por isso, falaram do jejum, da fome, da sede, do frio, da dor que sentiram, do barulho que ouviram, e o fato de nem sempre terem conseguido dormir.

Em relação às condições de internação dos pacientes na UTI, embora a prioridade da UTI seja atender pacientes recuperáveis, há situações em que ocorrem internações de pacientes não recuperáveis, principalmente de pacientes terminais, sem indicação para UTI, que são internados nesses ambientes para morrer, o que contribui para o aumento da estatística de mortalidade nessas unidades.

Segundo o Ministério da Saúde, a oferta de leitos de UTI precisa ser ampliada a fim de possibilitar o acesso àqueles que não alcançam a terapia intensiva; sobretudo, considera fundamental otimizar o uso dos leitos existentes, com o devido controle e regulamentação, com base nas reais necessidades, com a finalidade de aumentar a chance de salvar e preservar a vida com qualidade, que é o interesse e objetivo final da terapia intensiva⁹.

Salienta-se aqui a situação de internação de pacientes com morte encefálica, que são internados na UTI para manter os órgãos vitais funcionando enquanto aguardam pela doação de órgãos para transplante. Essa situação não ocorre para recuperar a saúde desses pacientes, mas para salvar a vida de outros pacientes que aguardam pela doação de órgãos.

Quanto às condições dos pacientes internados na UTI, estes

encontram-se em um ambiente estranho, em grande sofrimento e ansiedade. A permanência do paciente em boxe individual acaba isolando o paciente na UTI, como também o priva do contato com o mundo externo. Além disso, esse isolamento é agravado pela presença restrita da família (apenas durante os horários de visita), e pelos “fatores que interferem na comunicação, como a sedação, a intubação orotraqueal e a ausência de rádio ou televisão como fontes de informação”^{10:506}. Dessa maneira, não é de se estranhar que os pacientes que já passaram pela experiência de internação na UTI caracterizaram esse período como difícil, triste e desumano^{10,11}.

A falta de informação do paciente pode originar nele conflitos e instabilidade psicológica, considerando que “o fato de vivenciar o que ocorre ao seu redor e com os demais pacientes, inclusive a morte, pode chocar e estressar o paciente e exacerbar sua fragilidade e impotência”^{10:505}.

Os pacientes internados na UTI sofrem tanto fisicamente como emocionalmente. Diversos fatores podem causar abalos emocionais nos pacientes internados na UTI, como a perda do controle sobre o próprio corpo, sobre a sua vida e o seu bem-estar. Embora os profissionais assistam os pacientes bem fisicamente, geralmente, eles direcionam as suas ações sem levar em conta o sofrimento emocional dos pacientes¹⁰.

Um estudo realizado com 11 pacientes após a alta da UTI, que estiveram conscientes e orientados pelo menos dois dias na UTI, apresentou a sua percepção satisfatória e insatisfatória em relação ao período da internação¹⁰.

As percepções satisfatórias dizem respeito aos aspectos favoráveis durante a internação, como a atenção e dedicação dos profissionais, o tratamento diferenciado, a possibilidade de vida e cura e a importância da religiosidade. Já as percepções insatisfatórias estão relacionadas a sensações desagradáveis ou desfavoráveis, tais como: a solidão e a saudade da família, a sensibilidade emocional, o receio de procedimentos e da dor, a vergonha de expor o corpo, a falta de autonomia, a contenção física no leito, a desorientação no tempo, a dificuldade para comunicar-se, o barulho, o fato de presenciar o sofrimento dos outros pacientes, a insegurança e o medo da morte.

Nessa mesma direção, um outro estudo realizado com pacientes de UTI, com o objetivo de desenvolver uma base de conhecimentos do que significa ser paciente crítico e ser atendido em um ambiente de alta tecnologia, mostra que o processo de cuidado na UTI é caracterizado pela ambivalência e contradição, sendo que as experiências dos pacientes perpassam por quatro componentes inter-relacionados, como: o confronto com a morte, a dependência forçada, em um ambiente incompreensível, e a ambiguidade de ser um objeto de vigilância clínica, mas invisível a nível pessoal¹².

De acordo com os autores, o estudo desafia o atual modelo de atenção à saúde, no sentido de desenvolver tanto a competência clínica como um cuidado mais abrangente, a partir de uma abordagem integrada, que leve em conta a subjetividade e a objetividade.

No que se refere à assistência de enfermagem/saúde, essa requer um cuidado direto e intensivo, com o monitoramento permanente dos pacientes, por meio de uma assistência que leve em conta não apenas o cuidado técnico em relação à dimensão física e

biológica, mas um cuidado integral, que considere também a dimensão emocional, espiritual e social, tratando os pacientes como seres humanos e vendo sempre o que é melhor para eles.

É fundamental que os profissionais de saúde valorizem a assistência integrada na UTI, tendo uma visão mais ampla do paciente, reconhecendo os aspectos biopsicossocioculturais de cada indivíduo, como parte do processo de humanização nas UTIs, e melhoria da qualidade da assistência à saúde, uma vez que a equipe de saúde da UTI desempenha um papel muito importante, não apenas em relação ao cuidado com o corpo físico do paciente, mas também em relação ao cuidado emocional e espiritual, bem como com o cuidado social, atuando como intermediária no contato com a família com o ambiente externo¹⁰.

No que diz respeito à necessidade de considerar o paciente como um ser vivo e humano, há momentos em que os pacientes são vistos e tratados como um objeto por parte dos profissionais que, às vezes, cuidam dos pacientes de modo rotineiro e mecanizado, preocupando-se mais com o fazer técnico e com o funcionamento dos aparelhos do que com o próprio paciente e as suas reais necessidades, como, por exemplo, a necessidade de conversar e ser ouvido por alguém.

Por isso, os profissionais precisam se conscientizar e se dar conta da maneira como tratam e relacionam com os pacientes, atentando para a necessidade de conversar com eles, situá-los e tratá-los com respeito, e comunicando sempre o que vai ser realizado neles, independente do seu nível de consciência.

A humanização, muito discutida na atualidade, especialmente em relação às UTIs, diz respeito à valorização das dimensões subjetiva e social no atendimento em saúde, e é um dos aspectos que deve fazer parte da assistência aos pacientes na UTI, em todas as práticas de cuidado¹³.

Quanto à interação dos profissionais com os pacientes, esta é considerada positiva, sendo que a equipe se envolve mais com alguns pacientes do que com outros. Quando os profissionais conseguem representar uma estimulação visual aos pacientes, isso pode proporcionar uma interação maior com eles, especialmente com aqueles pacientes que não se comunicam verbalmente; por exemplo, quando seguram uma foto do paciente para mostrar a ele, ao mesmo tempo em que dão um sorriso ao paciente e pedem para ele olhar, isso pode fazer o paciente reagir pelo movimento com os olhos e até mesmo interagir com o profissional¹⁴.

Finalmente, a observação dos profissionais por parte dos familiares torna-se algo importante na UTI, pois quando os familiares conseguem ver os profissionais cuidando dos pacientes e dando também atenção para as famílias, bem como, quando percebem a competência, o equilíbrio e a dedicação profissionais, vendo que o paciente está sendo bem cuidado, limpo e confortável, acabam criando confiança e segurança nos profissionais e acreditam que o paciente possa melhorar.

Portanto, “sustentar a vida no ambiente de UTI significa investir intensivamente no cuidado à saúde dos pacientes ali internados e que se encontram em uma situação instável, com o auxílio de tecnologias diferenciadas e profissionais capacitados”^{15:774}, considerando o paciente em sua totalidade e proporcionando a ele um cuidado intensivo integral que leve em conta as dimensões física, biológica, emocional, espiritual e social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado intensivo oferecido aos pacientes no ambiente de UTI é um cuidado altamente técnico e objetivo, que visa ao monitoramento e à assistência médica e de enfermagem contínua, com o objetivo de recuperar a saúde dos pacientes.

No entanto, ter um ambiente de UTI adequado para a assistência, que comporta tecnologia diferenciada e profissionais capacitados e atuantes, no qual se oferece um cuidado técnico de alta qualidade, a partir de um modelo de assistência biologicista, linear, pontual, fragmentado e mecanizado, sem cuidar das demais dimensões que integram o ser humano, já não basta, pois ele já não consegue mais dar conta da complexidade dos cuidados que um paciente internado em uma UTI requer.

Torna-se necessário olhar para cada paciente como um ser singular e multidimensional, com problemas e necessidades, e ter mais carinho e atenção com eles, chamando-os pelo nome e importando-se com eles, a partir da adoção de novos referenciais que vão além do modelo biomédico vigente.

O estudo aponta que os profissionais de enfermagem acabam criando laços de confiança com os pacientes, um vínculo maior do que entre estes e os demais profissionais da UTI. No entanto, os profissionais da UTI, de modo geral, precisam se conscientizar e se dar conta sobre a maneira de se referirem e de se relacionarem com os pacientes, e é preciso que todos os envolvidos conversem com os pacientes e procurem escutá-los e estar atentos às suas necessidades, sejam elas fisiológicas, espirituais, sociais ou emocionais, a fim de tratá-los, não como objetos, mas como seres humanos que necessitam ser assistidos e receber cuidado de modo integral.

É preciso ter mais humanidade no cuidado com o paciente, o que não depende apenas de tempo. Com um pouco de boa vontade da parte de todos os profissionais, pode-se tentar melhorar e dar uma assistência mais qualificada aos pacientes no ambiente de UTI.

REFERÊNCIAS

1. Porto IS, Figueiredo NMA, Silva RCL, Rocha R. Cuidado em UTI: repensando um paradigma. In: Figueiredo NMA, Silva RCL, Silva RCL, organizadores. CTI: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. 2ª ed. São Caetano do Sul: Yendis; 2009. p.75-95.
2. Porto IS, Silva RCL, Silva RCL, Silva VRF, Meireles IB, Januário VF. Técnicas e tecnologias para cuidar em terapia intensiva. In: Figueiredo NMA, Silva RCL, Silva RCL, organizadores. CTI: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. 2ª ed. São Caetano do Sul: Yendis; 2009. p.123-95.
3. Morin E. Ciência com consciência. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.
4. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Lisboa: Instituto Piaget; 1991.
5. Backes MTS. A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.

6. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2002.

7. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Tradução de Luciane de Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Artmed; 2008.

8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Inf Epidemiol SUS 1996; 5(2): 14-41.

9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.071, de 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 jul 2005.

10. Pina RZ, Lapchinsk LF, Pupulim JSL. Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. Cienc Cuid Saude. 2008 out/dez; 7(4): 503-08.

11. Moreira ML, Castro ME. Percepção dos pacientes em unidades de terapia intensiva frente à internação. Rev Rene. 2006 jan/abr; 7(1): 75-83.

12. Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. Of vigilance and invisibility: being a patient in technologically intense environments. Nurs Crit Care. 2007 May/Jun; 12(3): 151-58.

13. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/ANVISA: nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências. [citado 2010 dez 15]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 fev 2010.

14. Nydahl P. Raumgestaltung und visuelle Stimulation auf intensive-stationen. In: Meyer G, Friesocher H, Lange R. Handbuch der Intensivpflege. 2004 jun; 16: 1-8.

15. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Backes DS. Desenvolvimento e validação de teoria fundamentada em dados sobre o ambiente de unidade de terapia intensiva. Esc Anna Nery. 2011; 15(4): 769-75.

NOTAS

^aEste artigo é um recorte da Tese de Doutorado intitulada: "A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva" de Marli Terezinha Stein Backes, defendida em 17/02/2011, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

^b"Bomba", nesse contexto, refere-se ao equipamento denominado bomba de infusão, utilizado para controlar as infusões administradas nos pacientes, e que os profissionais de saúde, às vezes, costumam chamar apenas de "Bomba"

Recebido em 20/06/2012
Reapresentado em 21/08/2012
Aprovado em 10/09/2012