

## PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM UTI E CONTEXTO DE SAÚDE

*Cilene Aparecida Costardi Ide\**

IDE, C.A.C. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 23(1): — , abr. 1989.

*A inserção da UTI no sistema nacional de saúde, as contradições implícitas na sua prática bem como algumas possibilidades de mudança foram os conteúdos abordados pela autora.*

UNITERMOS: *Unidade de terapia intensiva. Prática de enfermagem.*

A avaliação da prática de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), enquanto segmento de uma política assistencial, pressupõe a delimitação de diferentes referenciais analíticos.

Implica, preliminarmente, na tentativa de identificar sua trajetória cronológica como também os objetivos, implícitos e explícitos, que induziram sua criação e expansão, correlacionando-os ao impacto epidemiológico decorrente dessa implementação.

A análise complementar desse desempenho abrangeria, ainda, a sua articulação com os demais níveis de atenção à saúde bem como a sua adequação, tanto às necessidades da população a quem se propõe assistir quanto às diretrizes da política nacional de saúde.

Numa segunda fase seria possível localizar o desempenho da Enfermagem nesse contexto, tentando identificar tanto os fatores limitantes quanto as perspectivas dessa prática.

Dando início à proposta deste estudo e recompondo o processo evolutivo dessas unidades, verifica-se que estas surgiram na década de 1960, inicialmente nos Estados Unidos e tendo como prioridade a assistência coronariana, com o objetivo de “antecipar e reduzir os transtornos precoces do ritmo do coração e conseqüentemente a necessidade de ressuscitar o paciente” (WAITZKIN<sup>12</sup>).

Outros estudos identificam as unidades pós-anestésicas e pós-operatórias como precursoras das unidades coronarianas (UCos) e de choque e, a partir delas,

---

\* Enfermeira, Profª Assistente da EEUSP – Disciplina Enfermagem Médico-Cirúrgica.

a criação sucessiva e segmentada das unidades respiratórias, de diálise renal, de outras modalidades cirúrgicas, as pediátricas, dentre outras, sempre perpetuando um cunho divisionista<sup>9,10</sup>.

Analisando a expansão específica das UCos, WAITZKIN<sup>12</sup> afirma que, apesar da falta de estudos controlados que demonstrassem sua eficácia, existiram muitas pressões para a sua proliferação, inclusive com o apoio governamental e de fundações privadas norte-americanas.

Contudo, estudos posteriores iniciados somente na década de 1970 e que compararam a evolução de pacientes com infarto do miocárdio, assistidos em unidades não especializadas ou com atendimento domiciliário, com outros que tiveram atendimento em unidades coronarianas, não detectaram diferenças significantes no índice de mortalidade entre os diferentes grupos.

Finalizando, o autor refuta a teoria que correlaciona a expansão desse segmento assistencial ao êxito terapêutico, uma vez que este não se evidenciou. Para ele, a origem desse desenvolvimento teria como mecanismo propulsor a sua articulação às estruturas econômico-políticas que fomentaram seu crescimento. Afirma que as grandes corporações participaram ativamente de cada fase de investigação, desenvolvimento, promoção e proliferação dessas unidades. Exemplifica a situação, traçando a expansão dos conglomerados empresariais (por exemplo, a Hewlett – Packard Company), que até 1960 teriam vendas ociosas e que, com o advento das UCos passam a expandir suas vendas, abrangendo o mercado de monitores, marca-passos, ressuscitadores, entre outros artefatos, multiplicando exponencialmente seus lucros a partir desses investimentos.

Entretanto, esse processo de crescimento econômico às custas desta tecnologia teve como barreira a saturação do mercado norte-americano e conseqüentemente, a transposição do modelo assistencial e da infra-estrutura específica para os mercados internacionais, inclusive os do terceiro mundo.

Assim, apesar da especificidade do nosso contexto sócio-econômico-político, as UTIs surgem no Brasil, atrasadas, já que têm como marco cronológico a década de 1970, porém com o mesmo ímpeto e com a mesma finalidade de uma assistência vinculada à tecnologia de ponta, ou seja: “centralizar recursos materiais e humanos numa área hospitalar destinada a receber pacientes graves recuperáveis, que necessitassem de observação constante e de cuidados específicos e de alta complexidade.” (CARNEIRO<sup>1</sup>).

Localizada a sua origem pode-se, agora, analisar tanto a sua inserção ao sistema de saúde quanto as conseqüências dessa prática, correlacionando-as à realidade brasileira na década de 1970.

Reconstruindo essa trajetória, identifica-se um país no auge do “milagre econômico”, com uma política que teria como característica primordial a busca da modernização e desenvolvimento, inclusive no setor de saúde.

Esse crescimento aconteceria a partir da expansão da base industrial, dos ei-

nos tecnológicos que subsidiaram essa expansão e das transformações nas formas de organização do capital, efetivando uma dependência crescente dos interesses nacionais aos multinacionais e gerando consequências nefastas

De um lado, a modernização e sofisticação tecnológica, algumas com prioridades questionáveis, e por outro lado, o ônus social do progresso, ou seja, a concentração ainda mais acentuada da renda, a exacerbação da migração rumo aos grandes centros deteriorando ainda mais as condições de vida e saúde locais e, conseqüentemente, a pauperização e marginalização cada vez maior das camadas populares.

O perfil do sistema de saúde a partir desse período se caracteriza pela absorção dos avanços tecnológicos, pelo aprimoramento dos métodos diagnósticos e terapêuticos, pela absorção dos recursos farmacêuticos e de equipamentos, enfim, pela priorização dos níveis de atenção secundário e terciário, sobrepujando a atenção primária.

Essa fase coincide com a expansão do campo de atuação dos serviços de saúde chamados, segundo SINGER<sup>et alii</sup> 11, a prevenir, suprimir ou manipular as contradições produzidas pela dinâmica social reconhecidas como problemas pelo consenso dos grupos dominantes.

Nesse sentido, o desafio assistencial se deslocaria, segundo os referidos autores, das enfermidades contagiosas para as crônicas e paralelamente, do agente para o hospedeiro e fatores do meio ambiente social, considerado capaz de gerar tensões manifestas como crises (de valores, de relacionamento, de cunho político) e, concomitantemente, aumentando a incidência dessas doenças.

À medida em que se modifica o perfil nosológico, multiplicam-se as atividades dos serviços de saúde, em decorrência de inúmeros fatores, dentre os quais salientam-se: a maior procura dos serviços de saúde pelos clientes em busca de atendimentos, veiculados como tendo possibilidades ilimitadas; a iatrogênese inerente aos diferentes procedimentos utilizados para satisfazer essa demanda; a invasão pela Medicina de um número cada vez maior de áreas da vida individual tais como, o controle da alimentação, da atividade física, do lazer, e pela própria incapacidade do sistema em oferecer soluções para as diferentes doenças decorrentes de conflitos no plano interpessoal e social. Tais fatores dariam origem e alimentariam o dinamismo que provoca, tanto a expansão ilimitada do campo de atuação dos serviços de saúde quanto à sua inoperância frente às expectativas dos clientes e dos profissionais do setor.

Esse crescimento teria finalidades óbvias, ou seja: a sintonia e subordinação aos interesses empresariais das multinacionais vinculadas à saúde; a necessidade de solucionar desvios agudos e diminuir seqüelas capazes de limitar a atividade física do trabalhador, minimizando as perdas na produção e no consumo e a satisfação, inclusive dos interesses de segmentos profissionais que viam na sofisticação a

solução para todos os males independente do custo, da especificidade e dos resultados questionáveis do seu perfil de atendimento, caracterizando a vinculação da política assistencial aos interesses econômicos predominantes.

Nesse contexto surgem e se desenvolvem as UTIs, cabendo agora identificar as incoerências implícitas nessa prática. Não se trata aqui de negar a validade da atenção terciária enquanto parte do sistema de saúde. O que parece questionável é a prioridade a ela atribuída na medida em que esse nível assistencial traz implícito em seu bojo a seguinte contradição: de um lado o que há de mais atualizado e especializado, ou seja, a tecnologia de ponta, e de outro lado a falência de todo o sistema de saúde na proporção em que retrata de forma patente, a compartimentalização, a inacessibilidade e a ineficiência dos diferentes níveis de atenção à saúde. A medida em que fatores diversos induzem e perpetuam a incapacidade da assistência primária, só resta ao cliente o recurso hospitalar, com uma prática economicamente onerosa, auto-limitada, invasiva e, quase sempre, não resolutiva, na medida em que interfere somente com terapias sintomáticas.

A fragilidade dos níveis de atenção secundária e terciária se torna patente no documento elaborado pelo Ministério da Saúde<sup>4</sup> em 1986.

Esse estudo evidencia, a partir das últimas décadas, a queda na mortalidade proporcional por doenças infecto-contagiosas e o progressivo aumento desse índice em decorrência das doenças cardiovasculares e câncer, passando de 15 para 40% de todas as causas de óbito. Ainda segundo o referido documento, "os avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas no Brasil, incorporando novos e poderosos recursos de diagnóstico e tratamento, não modificaram a mortalidade dessas doenças. Cateterismo cardíaco, medicina nuclear, radioterapia, ultra-som, tomografia, novas drogas, cirurgias e transplantes, UTIs, etc, não foram suficientes para reduzir a mortalidade por doenças não transmissíveis.

Evidencia-se, portanto, a necessidade de reavaliar prioridades e estratégias assistenciais, combinando ações preventivas, evitando o aparecimento precoce dessas doenças, incorporando definitivamente a necessidade da implementação de um sistema de saúde hierarquizado, regionalizado e apto a interferir no processo saúde-doença nos três âmbitos de prevenção, todos necessários desde que, articulados e coerentemente utilizados. Assim, caberia ao nível terciário a tentativa de reverter processos mórbidos pertinentes e não os decorrentes da ausência ou inadequação de assistência anterior, bem como a implementação de medidas de reabilitação cabíveis.

Contudo, se é inquestionável a necessidade dos diferentes níveis de atenção e prevenção, torna-se indispensável a análise efetiva da assistência prestada nas UTIs, tentando identificar as contradições implícitas nessa prática, principalmente no âmbito da Enfermagem.

Analisando a situação concreta da enfermagem e dos enfermeiros nas UTIs,

podemos identificar diferentes aspectos a merecerem questionamentos.

A primeira questão a ser colocada relaciona-se a estratificação do trabalho, ou seja, quem efetivamente presta assistência de enfermagem nas UTIs.

Nesse sentido, é possível transpor para essas unidades, os dados do documento do CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM<sup>3</sup> que, retratando a situação da força de trabalho em enfermagem, enfatiza a problemática dos recursos humanos, com o predomínio de auxiliares, técnicos e atendentes sobre o contingente de enfermeiros cabendo, portanto, algumas indagações. Se nesse setor deve ser prestada uma assistência intensiva e complexa, esse perfil é compatível com a estratificação vigente na equipe de enfermagem? Ainda levando em consideração a característica de alto risco do paciente e a complexidade dos procedimentos, como justificar o número reduzido de enfermeiros nesse setor? Nesse mesmo contexto, qual a prioridade no desempenho desse profissional: a manipulação de aparelhos dissociados do atendimento direto como um todo? O planejamento da assistência delegando a sua prestação aos auxiliares? A priorização de alguns procedimentos em detrimento do todo ou ainda, a coordenação das atividades, inclusive as burocrático-administrativas, substituindo o compromisso com o atendimento direto?

Poder-se-ia extrapolar para a UTI os resultados da pesquisa de JOUCLAS<sup>6</sup>, cuja temática foi a análise da compatibilidade entre a função da circulante de sala de centro cirúrgico e o seu perfil de formação profissionalizante. Essa compatibilidade foi mensurada tendo como parâmetros as seguintes variáveis: as funcionais (possibilidade de interagir com os dados, pessoas e coisas); a responsabilidade (poder de decisão implícito nas atividades inerentes à função e a consequência do erro) e, ainda, as educacionais (raciocínio, matemática e linguagem). Dentre os resultados obtidos, a conclusão que merece destaque é a que explicita a incompatibilidade entre a função de circulante de sala e o nível de formação dos auxiliares de enfermagem.

A partir dessa conclusão não seria altamente questionável a perpetuação dessa estratificação no âmbito das UTIs, cujo perfil de prática é tão ou mais complexo que o de centro cirúrgico?

Essa análise possibilita afirmar que a atual composição da equipe de enfermagem, com o predomínio de pessoal com formação de nível médio, ainda é uma realidade que satisfaz interesses e prioridades outras que não a busca da qualidade no cuidado ao doente crítico. Mais uma vez, parece evidenciar-se a convivência da prática a fatores extrínsecos às diretrizes assistenciais, que devem ser identificados e refutados pelos enfermeiros.

O segundo aspecto a ser levantado refere-se à qualidade dessa prática. Vários são os estudos que detectam tanto a insatisfação da clientela quanto aos cuidados de enfermagem recebidos nas UTIs, quanto à incompatibilidade entre os problemas considerados como prioritários por enfermeiros e pelos pacien-

tes<sup>1,2,5,7,8</sup>. Alguns doentes chegam a referir que prefeririam morrer a terem que retornar a essa unidade.

Percepções de pacientes retratadas nesses estudos parecem caracterizar esse atendimento como impessoal e pouco humanizado, voltado muito mais para o arsenal tecnológico do que para o doente que recebe essa assistência. Tem-se a impressão, a partir desses depoimentos, que o ser humano por estar gravemente enfermo, ficaria reduzido a alguma coisa sem sentimentos, sem pudor, sem o direito de ter sua individualidade e intimidade respeitados. É como se, o mantê-lo vivo, justificasse a manipulação, o isolamento, e a automatização da assistência intensiva.

Por esse motivo mais um âmbito de redefinição da prática da enfermagem e dos enfermeiros parece se delimitar ou seja, a análise da interrelação entre tecnologia e humanização, uma vez que a primeira é o meio e nunca a finalidade da assistência, uma vez que assistir a um paciente crítico é muito mais do que mantê-lo a vida, controlar parâmetros hemodinâmicos, manipular eficientemente aparelhos, enfim, seguir condutas técnicas. Seria, primordialmente, amparar alguém que pela doença teve uma ruptura e uma ameaça a um projeto existencial que o tornou vulnerável perante a morte e dependente de outros para a satisfação de necessidades básicas, que não podem ser menosprezadas pela equipe de saúde.

O último aspecto a ser analisado relaciona-se ao como assistimos em UTI, e mais uma vez, identifica-se a compartimentalização dos diferentes níveis de atenção extra e inter-institucionais.

Pacientes chegam aos hospitais e às UTIs, na maioria das vezes sem história pregressa, sem informação ou realização de exames anteriores que auxiliassem no direcionamento da assistência intensiva. São atendidos nessas unidades e dentre os que sobrevivem, muitos recebem alta sem estarem atrelados a um segmento assistencial posterior, independente das seqüelas já existentes ou adquiridas em decorrência do atendimento intensivo, caracterizando um ciclo vicioso e não resolutivo dos agravos à saúde. Essa situação perpetuaria tanto o caráter imediatista quanto a não resolutividade dessa prática, enquanto isolada de um contexto assistencial mais amplo.

Esse isolamento do todo seria mantido, também, no âmbito da própria instituição hospitalar, na medida em que unidade ambulatorial, de internação e de tratamento intensivo representam instâncias não articuladas e com barreiras não somente estruturais como também pessoais.

É como se cada uma delas representasse instâncias desvinculadas entre si embora exercidas inclusive por profissionais com a mesma formação, apesar de integrarem um sistema assistencial que deveria ser unificado, ideológica e estruturalmente, para ser eficiente.

Finalizando, caberia agora, tentar identificar perspectivas para a prática da assistência de enfermagem ao paciente crítico. Muitas poderiam ser as propostas,

contudo todas teriam como preâmbulo a conscientização.

Conscientização de que todos os enfermeiros, independente do local de atuação, são igualmente indispensáveis às transformações que se fazem prementes na assistência à saúde da população brasileira eliminando, assim, barreiras e preconceitos corporativistas.

Conscientização de que a assistência em UTI, mesmo quando necessária e bem indicada, ainda se constitui numa prática onerosa e por isso, inacessível à maioria dos brasileiros cabendo, portanto, aos profissionais a ela engajados pelo menos o compromisso na dimensão singular, no aprimoramento da assistência intensiva, minimizando custos e iatrogenias inerentes a essa prática.

Conscientização de que a tecnologia, se necessária, é um meio e nunca um fim em si mesma não se justificando, nem a sua hipervalorização nem a sua utilização como substituta do contato e da presença do profissional junto ao paciente.

Conscientização de que, se é válido salvar vidas não é cabível negligenciar a qualidade dessa vida e nem a percepção que cada paciente tem dessa vivência. Nesse sentido, mais do que nunca, se evidencia a validade do relacionamento humano, do respeito à situação de dependência e carência desenvolvidas pelo doente gravemente enfermo, mesmo num contexto de UTI.

Conscientização de que a complexidade da assistência intensiva pressupõe o compromisso primordial e prioritário do enfermeiro para com a prestação dos cuidados diretos ao doente, como requisito imprescindível à qualidade dessa prática.

Conscientização de que competência profissional abrange uma visão integrada e articulada dos aspectos relevantes da sua prática, o equilíbrio entre desempenho técnico, cientificamente fundamentado, e a compreensão das relações entre saúde e a estrutura social profundamente distorcida e injusta na qual atuamos. Desempenho técnico entendido como condição necessária porém não suficiente para garantir o engajamento dos enfermeiros na luta conjunta pelo aprimoramento do atendimento à saúde.

Conscientização de que essa luta seria compromisso de todos os profissionais de saúde que, para isso, deveriam atuar em equipe. Contudo, trabalho em equipe pressupõe um desempenho conjunto e coordenado e não o assumir, por exemplo, de atividades médico delegadas em detrimento das funções específicas do enfermeiro.

Finalizando, conscientização como subsídio para uma prática reflexiva e capaz de identificar seus limites, estruturais e ideológicos, vencer obstáculos e participar ativamente na reformulação da assistência intensiva prestada no âmbito das UTIs.

IDE, C.A.C. Nursing practice in ICU and National Health system. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 23(1): - , Apr. 1989.

*The insertion of Intensive Care Unit in the National Health System, the contradictions with its practice as well as the possibilities of its change were the topics discussed by the author.*

UNITERMS: *Intensive care unit. Nursing practice.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARNEIRO, A.M. Comunicação enfermeiro-paciente na UTI. Estudo interativo do processo de comunicação. Rio de Janeiro, 1982. 127 p. (Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem Ana Neri da UFRJ).
2. CARVALHO, D.V. Intrusão física e visual do paciente hospitalizado acamado. São Paulo, 1977. 98 p. (Dissertação de Mestrado Escola de Enfermagem da USP)
3. CONSELHO DEFERAL DE ENFERMAGEM. O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil: 1982/1983: força de trabalho em enfermagem. Rio de Janeiro, 1985. v.1.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria nacional de Programas Especiais de Saúde. Departamento Nacional de Doença Crônico-Degenerativas. Bases estratégicas e operacionais. Brasília, 1986. 19 p.
5. IDE, C.A.C. O paciente de UTI e a percepção dos cuidados de higiene corporal. São Paulo, 1984. 60 p. (Dissertação de mestrado – Escola de Enfermagem da USP).
6. JOUCLAS, V.M.G. Análise da função do circulante de sala de operações de acordo com a metodologia sistêmica de organização de recursos humanos. São Paulo, 1987. 202 p. (Tese de doutorado – Escola de Enfermagem da USP).
7. KIMURA, M. Problemas dos pacientes de Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo, 1984. 99 p. (Dissertação de mestrado – Escola de Enfermagem da USP).
8. MUKHEIBIR, S.C. Man's inhumanity to man. *Curations*, Pretória, 1:9-11, setp. 1978.
9. ROBERTS, K.D. et alii. *Terapia Intensiva em pediatria*. Buenos Aires, Bernardes, 1973.
10. SIMÃO, A.T. *Terapia Intensiva*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1976.
11. SINGER, P. et alii. *Prevenir é curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Forensc, 1981. 166 p.
12. WAITZKIN, H. Unidad de cuidado coronarios: crecimiento y desarrollo de su tecnologia. *Cuad. Médico Social.*, México, 16:31, 1981.