



UTI: ENFERMAGEM x TECNOLOGIA É Possível a Humanização do Cuidado de Enfermagem?

*Alda A. Mastelaro Hayashi

*Andréia Bendine Gastaldi

RESUMO

Este artigo faz uma retrospectiva histórica da UTI. Considera também a atuação da enfermagem nesta unidade e se existe a possibilidade de exercer o cuidado de enfermagem humanizado em um local dominado pela tecnologia.

ABSTRACT

This article presents a historical retrospective of the Intensive Care (ICU). It also considers the nursing performance in that unit and whether there is the possibility of carrying out a humanized nursing care in a place dominated by technology.

UNITERMOS: UTI, Retrospectiva Histórica, Enfermagem, Tecnologia, Humanização.

KEY-WORDS: Intensive Care Unit; Historical Retrospective; Nursing; Technology; Humanization.

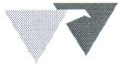
INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva - UTI, é a área hospitalar destinada ao tratamento dos doentes graves, porém recuperáveis, local este, que concentra recursos humanos e materiais especializados e, através de uma assistência contínua, promove o restabelecimento das funções vitais do organismo (BENDIXEN e KINNEY, 1989; GOMES, 1988; FONSECA e ANJOS, 1983).

Alguns fatores tem contribuído para o desenvolvimento de métodos especiais no atendimento ao paciente hospitalizado, como a procura do melhor meio do cuidado a ser dispensado ao paciente crítico. Não só para a sua sobrevivência, mas para a seu retorno a existência normal com o mínimo de desconforto possível.

*Docente do Departamento de Enfermagem do CESULON.

Mestranda em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).



Apesar de ser o local ideal para o atendimento de pacientes agudos graves recuperáveis, a UTI parece oferecer ao paciente um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital (LOPEZ, 1972; REICHLE, 1975; SWEETLAND, 1971, VEELAND & ELLIS, 1989). Além de aí se desenvolver o tratamento intensivo, agressivo pela própria natureza, existem ainda outros fatores altamente prejudiciais à estrutura psicológica do paciente. É o caso da falta de condições favoráveis ao sono; da ocorrência de cenas dramáticas de atendimento, como por exemplo, a reanimação cardíaco-respiratória; do contato com pacientes graves; do isolamento; da suposição da gravidade da doença e do risco que os pacientes correm.

RETROSPECTIVA HISTÓRICA

Antes de discorrer sobre a tecnologia, humanização e a atuação da enfermagem na unidade de terapia intensiva, faz-se necessário uma revisão histórica, na tentativa de verificar por que esta unidade é denominada por muitos como "um campo de batalha". Talvez esta conotação advenha, por ter sido inventada a partir da necessidade criada pela guerra.

Assim, um caminhar pela história nos permite compreender como se deu a criação e evolução da UTI através dos tempos.

A preocupação em manter uma observação efetiva e dirigida à pacientes mais graves, já fora apresentada por FLORENCE NIGHTINGALE na guerra da Criméia, que buscou um método para observar continuamente muitos pacientes, com poucas enfermeiras. Florence e sua equipe dispunham os pacientes de maneira que os mais graves ficassem junto à área de trabalho do grupo, que estabelecia observação e atendimento contínuos. Conforme GOMES (1988, p.3), "*O critério assim estabelecido e baseado no grau de dependência do paciente é conhecido como - vigilância Nightingale - e persiste ainda hoje, com algumas modificações*".

Esta necessidade de colocar em determinado local do hospital pacientes gravemente enfermos, com a mesma patologia ou com patologias diversas, veio ao encontro do objetivo de atender rápida e eficazmente aos pacientes graves, e de acordo com SANTO (1989, p. 63), "*... minimizando esforços e concentrando recursos que possibilitassem a redução de custos, permitindo maior abrangência no atendimento qualificado de doentes, além de melhorar a assistência individualizada*".

A história das Unidades de Terapia Intensiva mescla-se com a evolução dos avanços tecnológicos alcançados pela medicina moderna. Neste contexto, procuramos verificar se existe alguma razão ou diferença quanto a utilização das denominações Centro de Tratamento Intensivo- CTI e Unidade de Terapia Intensiva - UTI.

No entender de SIMÃO (1983, p. 8) a UTI pode ser distinguida de CTI, de acordo com a modalidade de patologia que assiste. Para o autor, UTI, portanto, é a unidade programada para um atendimento especializado, direcionado a uma determinada patologia (Unidade Renal, Unidade Coronariana) e CTI é a unidade polivalente capaz de atender diversas patologias.



Para TAKITO e TAKITO (1977, p. 28) "*uma UTI poderá ser destinada a pacientes de um hospital geral e receber pacientes com os mais variados diagnósticos, diferindo das UTIs de hospitais que se propõem a atender pessoas com determinada patologia ou faixa etária*". No entanto, reforçam que a admissão dos doentes nesta unidade deve basear-se no nível de assistência que os mesmos requerem e não na especialidade clínica, classificando-as em três tipos: pacientes de cirurgia, de clínica médica e coronarianos, conforme os requisitos especiais de tratamento para cada tipo. Acreditam que estes pacientes podem ser agrupados em áreas próximas, constituindo um CTI e em unidades específicas as UTIs, em áreas completamente separadas.

O fator que determinará a opção pela concentração ou isolamento dependerá do porte do hospital e da disponibilidade financeira, mostrando-se mais favoráveis à concentração em função da centralização de recursos humanos e materiais.

Alguns autores ainda hoje confundem as terminologias UTI/ CTI, sendo mais aceita a definição preconizada por SIMÃO (1983, p. 6) que conceitua a UTI como unidade especializada em determinada patologia e o CTI como unidade polivalente, capaz de atender a diversas patologias.

A história da terapia intensiva, no entanto, demonstra que as UTIs foram as primeiras a surgirem; posteriormente surgiram os CTIs.

Em muitos casos, estas unidades foram criadas para atender a uma necessidade emergencial, a exemplo da unidade para envenenamento com gases, implantada durante a Primeira Guerra Mundial (BENDIXEN e KINNEY, 1989).

A Unidade de Queimados, surgiu em 1942, após o incêndio no Conconut Grove. Iniciaram-se as unidades de assistência intensiva após uma epidemia de poliomielite de 1947 a 1952, na Suíça Dinamarca e França, com o objetivo de atender aos pacientes portadores desta patologia. A partir da experiência com o trauma nos conflitos armados na Segunda Guerra Mundial, na Guerra da Coréia e aperfeiçoada depois no Vietnã, esta experiência é transposta para a vida civil aparecendo, portanto, na década de 50, as unidades de choque, nos hospitais norte-americanos (BENDIXEN e KINNEY, 1989; SIMÃO, 1976).

Conforme nos demonstra a história, situações de calamidades como incêndios, epidemia e guerras, provocaram um elevado número de mortes decorrentes da incapacidade de assistência adequada em tempo hábil. Em resposta a tal fator, surgiram novas pesquisas neste campo e na medicina, como a evolução dos respiradores, a utilização de transfusões sanguíneas e melhor controle do doente em choque.

Ocorreram mudanças nas técnicas anestésicas que levaram à criação e utilização dos monitores, dos tubos orotraqueais, do oxigênio e dos respiradores (BENDIXEN e KINNEY, 1989; FERRARI, 1983; SIMÃO, 1976).

SIMÃO (1976, p. 36) enfatiza que os esboços iniciais dos centros de terapia intensiva surgiram na América do Norte, entre 1946 e 1948, com a implantação das primeiras salas de recuperação pós-anestésica ou pós-operatória. Cita, o começo do uso dos antimicrobianos como rotina na terapêutica. Sendo que para esses lugares eram encaminhados os pacientes traumatizados da Segunda Guerra Mundial e Guerra da Coréia para receberem cuidados clínicos e, em particular, os cuidados respiratórios que passam a ser tomados como de primordial importância para garantir a sobrevivida.



SIMÃO relata ainda que a partir de 1954 estes centros passam a ser utilizados por doentes não cirúrgicos.

Após esses centros, seguiram-se as unidades de choque, em 1958, às quais progressivamente somaram-se as unidades coronarianas, de diálise renal e respiratórias.

No Brasil, apesar da escassa bibliografia a respeito, a origem e evolução histórica das unidades de terapia intensiva é semelhante a ocorrida em outros países, embora com alguns anos de atraso. SIMÃO (1986, p. 5) indica a criação da primeira Sala de Recuperação no Hospital Pronto Socorro do Rio de Janeiro, em 1956. Depois, criaram unidades específicas para o atendimento dos pacientes com problemas coronarianos, respiratórios e renais. E a instalação do primeiro Centro de Tratamento Intensivo no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro deu-se em 1960.

Ocorreu uma configuração político-econômica, a partir da década de 50, que provocou modificações na área da saúde. Nesta época, o desenvolvimento do parque industrial, fez crescer a população urbana, e conseqüentemente, a expansão dos serviços previdenciários. Nos hospitais, ocorreu a incorporação da moderna tecnologia médico científica (COFEN/ABEN, 1985).

Assim, de acordo com IDE (1989, p. 93) "*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*".

Desta forma, segundo a referida autora, esse desenvolvimento tecnológico, teria finalidades óbvias, ou seja: a sintonia e subordinação aos interesses empresariais das multinacionais vinculadas à saúde, vindo na sofisticação da saúde a solução para todos os males independente do custo. Caracterizando a vinculação da política assistencial aos interesses econômicos.

Nesse contexto, no cenário nacional, surgem e se desenvolvem as UTIs. 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 época de sua criação, objetivando atender aos interesses do comércio internacional. A medida que esse nível assistencial traz implícito 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.

Se o nível de atenção primária já estava precário, a fragilidade dos níveis de atenção secundária e terciária se torna patente no documento elaborado em 1986, pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (1986, p. 7). Sendo que a situação da saúde no país cada vez mais precária. Evidencia-se, portanto, a necessidade de reavaliar prioridades no sentido de combinar ações preventivas, evitando o aparecimento precoce de doenças infecto-contagiosas, incorporando a necessidade de implantação 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.



É inquestionável a necessidade dos diferentes níveis de atenção e prevenção, torna-se indispensável a análise efetiva da assistência prestada nas UTIs, principalmente no âmbito da enfermagem.

A ENFERMAGEM E O CUIDADO HUMANIZADO DIANTE DA TECNOLOGIA DA TERAPIA INTENSIVA

Analisando a situação concreta da enfermagem e dos enfermeiros nas UTIs, podemos identificar diferentes aspectos. Mas aqui busca-se evidenciar as questões da equipe de enfermagem quanto aos aspectos de interação e humanização dos cuidados.

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 pelos pacientes e familiares (IDE, 1989, p. 95). Alguns doentes, chegam a referir que preferiam 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 de 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, mantê-lo vivo, justificasse a manipulação, o isolamento, e a automatização da assistência intensiva.

Por esta razão cria-se a necessidade da redefinição do cuidado de enfermagem no sentido de delimitar, ou seja, a análise da inter-relação entre a tecnologia e humanização, uma vez que a tecnologia é o meio e nunca a finalidade da assistência. Uma vez que, assistir a um paciente crítico é muito mais do que manter-lhe a vida, controlar parâmetros hemodinâmicos, manipular eficientemente aparelhos, enfim, seguir condutas técnicas.

Seria primordial, de acordo com IDE (1989, p. 96) "*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*".

A compreensão 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.

A conscientização de que a complexidade do cuidado intensivo pressupõe o compromisso primordial e prioritário do enfermeiro e da equipe de enfermagem para com a prestação dos cuidados humanizados, é requisito imprescindível à qualidade da prática de enfermagem.

Diante das adaptações a que as sofisticadas técnicas conduziram a assistência à saúde, é relevante a retrospectiva histórica para a compreensão de que todos os avanços



foram absorvidos atendendo a demanda do mercado, com vistas a proporcionar a garantia ou a valorização da vida. Todavia, nos últimos anos, a abordagem humanística nos relacionamentos interpessoais da equipe de enfermagem com os pacientes e familiares nas UTIs, é evidente, embora ainda insuficiente. Mas revelando a preocupação de diversos autores em impedir o completo domínio do homem pela máquina.

"O relacionamento faz crescer". Com estas palavras, pode-se exprimir uma das mais comuns e eficientes formas de fazer o bem em qualquer lugar, mas especialmente no hospital. Se o paciente tiver um cuidado mais humanizado, poderá ter a sua recuperação acelerada e se a enfermagem estiver consciente deste fato, poderá prestar um cuidado humanizado ao paciente.

CONCLUSÕES

A tecnologia e as medidas terapêuticas oferecidas nos CTIs são necessárias e indispensáveis para que sejam atingidos os objetivos destas unidades. Entretanto, tais medidas são insuficientes para tornar realmente efetivo o cuidado ao indivíduo, considerando que o paciente é um ser bio-psico-sócio-espiritual. Ele não pode deixar de ser visto como tal, pois, seu estado emocional pode muitas vezes, estar tão afetado quanto o físico.

Portanto, faz-se necessário que os membros da equipe de enfermagem que atuam nas UTIs, demonstrem não somente aprimoramento técnico, como atitude humana, habilidade e sensibilidade nas situações de sobrecarga emocional; neste relacionamento com os pacientes e familiares internados nestas unidades. Como forma de reduzir a má impressão da memória de quem já fez uma jornada pela UTI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENDIXEN, J. & KINNEY, H. História do Tratamento Intensivo. In: American College Surgeons - **Assistência Cirúrgica Intensiva**. Trad. André L.de S. Melgaço et. al., Rio de Janeiro: Interamericana, p. 1-9, 1989.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde**. Brasília, 1986. 19p.
- COFEN/ABEN. **O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. COFEN/ABEN, v. 1, cap. 2, p.12-44, 1985.
- GOMES, A. M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 2º ed. São Paulo: EPU, 1988. 217p.



- FERRARI, B. T. A terapia intensiva - um passo adiante na recuperação do doente. **Rev. Brasileira Terapia Intensiva**. n.XII, v.11-12, p.454-60, nov./dez. 1983.
- FONSECA, M. A. Q. & ANJOS, M. V. **O Centro Tratamento Intensivo**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1983.
- IDE, C. A. C. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 23. nº.1, p.91-98, abr. 1989.
- LOPEZ, M. **Manual de Terapia Intensiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1972.
- REICHLE, M. J. Psychological stress in the intensive care unit. **Nurs. Digest**, Wakefield, v.3, n.3, p. 12- 15, may/june, 1975.
- SANTO, T. J. M. E. **Segurança Emocional como Necessidade Humana Básica - Atuação do Enfermeiro junto ao Doente em unidade de Terapia Intensiva**. (Dissertação de Mestrado), Universidade do Rio de Janeiro. 107p. 1989.
- SIMÃO, A. T. **Terapia Intensiva**. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 3-25, 1976.
- _____ CTI No Brasil: origem, desenvolvimento e perspectivas. **Rev. Diálogo Médico**, Rio de Janeiro, nº. 9, v. 2, p. 3-9, 1983.
- SWEETLAND JUNIOR, J. Planning for an intensive care unit. **Med. Clin. N. Americana**, Philadelphia, v.55, nº.5, p. 1083-93, sept. 1971.
- TAKITO, C. & TAKITO, F. Organização do espaço físico. In: CUTAIT, D.E. et al., **Temas de terapia intensiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1-40, 1977.
- VREELAND, R. & ELLIS, G. L. Stress on the nurse in an intensive care unit. **J. Amer. Med. Ass.**, Chicago, v. 208, nº.2, p.332-334, Apr. 1989.