

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTE DE UTI

HUMANIZATION NURSING CARE OF PATIENTS IN UTI

¹MANFRÉ, J. S.; ²JOVANACI, J. C.

¹Discente do curso de enfermagem das Faculdades Integradas de Ourinhos.

²Docente do curso de enfermagem das Faculdades Integradas de Ourinhos.

Resumo

O objetivo deste estudo é conhecer, através de referências bibliográficas, sobre a humanização da assistência de enfermagem em pacientes que se encontram internados em Unidades de Terapia Intensiva-UTI. Foram selecionados alguns artigos e, em seguida, depois de analisados estão descritos alguns aspectos da enfermagem direcionada à humanização, a necessidade de humanizar frente aos avanços da tecnologia e da tecnociência. Conclui-se que há um desafio muito grande a ser cumprido, quando se trata da humanização da assistência de enfermagem em pacientes de UTI, porém, não é impossível e deve se constituir numa prática essencial da área de enfermagem e dos profissionais que atuam nesta área, especialmente quando se tratar deste tipo de paciente que requer ininterrupta atenção e cuidados diferenciados.

Palavras-chave: Humanização, Enfermagem, Assistência.

Abstract

The aim of this study was to determine, through references on the humanization of nursing care in patients who are admitted to the Intensive Care Unit-ICU. We selected a few items and then, after analysis, are described some aspects of academic directed at humanizing the need to humanize forward to advances in technology and scientific technology. We conclude that there is a big challenge to be met when it comes to the humanization of nursing care in ICU patients, however, is not impossible and should be an essential practice of nursing and the professionals working in this area, especially when dealing with this type of patient who requires continuous attention and special care.

Keywords: Humanization, Nursing, Care

INTRODUÇÃO

Atualmente se vive numa sociedade fascinada pela tecnologia e as facilidades que ela é capaz de proporcionar, permitindo muitas vezes que o lado humano seja deixado de lado e que as pessoas passem a ser consideradas mais um número num rol de convívios e contatos.

Para Zen e Brutscher (1986), não se pode ficar atrás ou as margens desse processo. É dever de todos acompanhar o desenvolvimento das ciências humanas, científicas, culturais e tecnológicas dos tempos atuais o que vem implicar não só na necessidade da aquisição de novos conhecimentos como também na atualização dos mesmos”.

Dada a necessidade de superar essa situação, torna-se imprescindível que o ser humano passe a ser valorizado em sua dignidade a fim de não ser transformado num meio para determinado fim, fazendo-se urgente a necessidade da humanização e que, cada um de nós, adote uma postura humanizadora, cultivando o diálogo especialmente nos momentos de sofrimento e dor das pessoas.

Para Pessini (2006), entre as diversas formas de amenizar a dureza dessa situação, é primordial “voltar a descobrir que somos gente e que não vivemos sozinhos, que precisamos dos outros como os outros precisam de nós: redescobrir a humanização e o diálogo”, especialmente nas situações de sofrimento.

No campo da saúde, a humanização representa a consideração que se deve ter pela essência do ser, o respeito à sua individualidade e a necessidade da construção de um espaço nas instituições de saúde, capazes de legitimar o lado humano das pessoas envolvidas.

Por outro lado, o cuidado humanizado representa, por parte de quem cuida, a compreensão do significado da vida, a capacidade que se deve ter para perceber e compreender a si mesmo e ao outro, como sujeito da história da humanidade.

Nesse sentido, Pessini (2006, p. 3) afirma que “a humanização no atendimento exige dos profissionais da saúde, essencialmente, compartilhar com seu paciente experiências e vivências que resultem na ampliação do foco de suas ações, via de regra restritas ao cuidar como sinônimo de ajuda às possibilidades de sobrevivência”. Neste momento deve ser destacado, não apenas o conhecimento técnico do profissional, mas sua presença solidária com habilidade humana e científica.

Segundo Figueiredo (2002), os profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico são geralmente os responsáveis pela recepção do cliente na sua respectiva unidade, (que deve ser) personalizada, respeitando sempre suas individualidades; o profissional deve ser cortês, educado e compreensivo, buscando entender e considerar as condições do cliente que normalmente já se encontra sob efeito dos medicamentos pré-anestésicos.

Observa-se, pois, que dentre as atividades, o profissional de enfermagem, especialmente em unidade de terapia intensiva, deve desempenhar além de suas atividades habituais, outras que demonstrem carinho e atenção ao paciente que se encontra sob seu controle. Deve o profissional abandonar aquela postura de simples administrador das dependências da unidade de terapia intensiva com a manutenção

dos equipamentos, arrumação de mesas, bandejas, papéis, entre outras responsabilidades, para dispensar assistência direta ao paciente nas diversas etapas do processo de restabelecimento da saúde do enfermo, possibilitando inclusive o restabelecimento do paciente, justamente pela atenção que dispensar ao mesmo.

Humanizar por Oliveira (2001) caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano.

Vê-se que, mais importante que a mesa arrumada e os equipamentos em ordem, algumas ações e gestos do profissional diante do paciente e de seus familiares serão capazes de permitir que se amenize a dor que uma pessoa está sentindo e pela qual todos estão passando.

Ensinam Vila e Rossi (2002) que o ato de humanizar deve se tornar uma filosofia de enfermagem, capaz do paciente sentir que é mais importante que o ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos que estão ao seu redor.

Esta realidade, onde a ansiedade dos profissionais para o alcance de resultados satisfatórios e a dor e a angústia do paciente parecem florescer ainda mais, possibilitam a realização de um estudo sobre a importância da humanização da assistência de enfermagem em paciente de unidade de terapia intensiva, contemplando melhorar a qualidade de vida das pessoas, especialmente daquelas enfermas física ou psiquicamente.

METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo elaborado a partir de revisões bibliográficas disponíveis em livros, revistas e meios eletrônicos focados na humanização da assistência de enfermagem em paciente de unidade de terapia intensiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da realidade do crescimento da tecnologia, faz-se necessário o resgate de uma visão voltada ao cuidado da dor e do sofrimento humanos em suas várias dimensões, isto é: física, social, psíquica, emocional e

espiritual, a fim de minimizar a crise do humanismo, pois é visível o ambiente desumano tecnicamente perfeito, mas sem alma e ternura humanas que pairam em ambiente de tratamento da saúde.

É interessante se conhecer um pouco da história dos hospitais até muito recentemente, que passou por mudanças consideradas radicais ao longo do século XX e, como afirma Pessini (2006, p. 13) “a narrativa de M. Foucault é simplesmente contundente” em relação a essas transformações:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nessa época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer (FOUCAULT, M., 1979, p. 101)

Constata-se pelas informações apresentadas pelo autor o tamanho da discriminação que existia entre as pessoas, especialmente aquelas que eram portadoras de algum distúrbio e, mais ainda, se tratasse de uma pessoa pobre, sem qualquer poder aquisitivo. Parece até que os ricos não ficavam doentes ou não eram cometidos de nenhum mal físico ou psíquico.

Passados muitos anos, em 1997 no Brasil, começam a surgir os primeiros sinais positivos no contexto clínico brasileiro, quando se dá a criação, através do Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para os Profissionais da Saúde. Mesmo assim, Pessini (2006, p. 16) é de opinião que “a dor ainda não recebe a atenção devida na assistência à saúde em nosso país”.

Para o autor faz-se necessário, urgentemente, a criação de programas de educação em relação a este problema para doentes, familiares, médicos, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais. Ainda Pessini (2006, p. 16) esclarece que estes programas de educação deveriam fundamentar-se em alguns princípios como: “visão da dor nas suas diferentes dimensões, valores éticos e a importância da qualidade de vida e a presença de equipe multidisciplinar”.

A respeito da equipe multidisciplinar, quer o autor afirmar sobre a experiência da assistência que representa a possível integração dos conceitos que envolvam o estudo da dor e de seu manejo. O treinamento, sob o ponto de vista do autor, deveria incluir o atendimento aos doentes com dor realizado por todos os profissionais de saúde de forma integrada.

Ao tratar sobre essa integração, o autor quer ressaltar o fato de nos hospitais do Brasil haver um atendimento péssimo, desumano, um lugar onde as pessoas se sentem diminuídas, despersonalizadas e isoladas. Buscando pela cura e amenização da dor numa luta constante, os pacientes acabam sendo transformados em mero objeto de cuidados, o conforto e o bem-estar físico e mental são subordinados, muitas vezes, às exigências do funcionamento de máquinas ou das restrições econômicas impostas pela administração hospitalar.

Volta-se à realidade de que se ganha em eficiência e competência científica e técnicas, no entanto, a dimensão humana passou a ser prejudicada. Há novidades que vem quebrando paradigmas, como o da medicina que subjaz à renovada preocupação com a humanização hospitalar e pode ser considerado como benigno-humanitário, já que valoriza fundamentalmente a dignidade do ser humano e o respeito pelos direitos humanos.

Exemplo disso é o Código de Ética Médica, editado em 1988 que declara, em seu Artigo ' que "a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza". Ainda no Artigo 2, do mesmo código consta que "o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor da sua capacidade profissional".

Entende-se que, se o médico deve agir desta maneira, usando da ética em sua profissão, quanto mais não seria o assistente de enfermagem que é o "braço direito do médico" ?

Tendo-se esta visão benigno-humanitária da medicina e do hospital ou clínicas especializadas, torna-se primordial trabalhar a atitude dos profissionais da saúde. O primeiro passo é deixar de pensar e falar do doente como se fosse um mero objeto de cuidados terapêuticos, um número sem nome, um leito, uma enfermidade. No hospital a humanização tem início com o conceito da saúde como bem-estar do indivíduo, da pessoa doente, que é promovido em todas as dimensões: física, mental, social e espiritual.

A fim de que haja realmente essa mudança, o empreendimento deve se dar inicialmente pela equipe, envolvendo muitas pessoas, profissionais e voluntárias, todas com o compromisso de resgate da dignidade humana e a promoção do bem-estar integral daqueles que mais estão precisando.

Em suma, pode-se dizer que, se o princípio de beneficência procura maximizar o bem que se pode e se deve fazer pelo doente, o princípio de não-maleficência sob o ponto de vista de Pessini (2006, p. 45) é aquele que “procura evitar fazer-lhe mal, diminuindo e eliminando quando possível tudo que incomoda, dói, despersonaliza ou desrespeita a dignidade do ser humano e na sua vulnerabilidade de doente”.

Portanto, partindo dos princípios da beneficência ou da não-maleficência, quem acabará ganhando um pouco mais de atenção e carinho é o paciente, que já não tem a saúde que é o bem maior, mas que ainda sente vontade de superar toda essa dor em decorrência de sentir-se importante para as pessoas.

Tal colocação se fundamenta nos ensinamentos de Waldow (1998, p. 30) ao afirmar que “o cuidado pode ser considerado como a conotação de atenção, preocupação para, responsabilidade por, observar com atenção, com afeto, amor ou simpatia. Em geral, o termo implica a idéia de fazer, de ação”. Ensina pois o autor, que o carinho e a atenção são elementos imprescindíveis e atitudes que devem ser rotina por parte dos profissionais de saúde, incluindo-se aí, os médicos e enfermeiros.

Os autores Vila e Rossi (2002, p. 143) ao tratarem dessa rotina, lembram que as conseqüências dessa rotina acabam exigindo um grande esforço físico e psíquico dos profissionais, lembrando os ensinamentos de Guedes *et al* (2001, p. 24) de que “a função burocrática, planejamento, organização e o controle sejam elementos firmemente incorporados ao trabalho diário do enfermeiro de UTI, não restando tempo do seu expediente para dedicar-se aos cuidados com o paciente.

Diante dessa realidade, a fim de humanizar o atendimento de enfermagem, é prioritário que a equipe esteja consciente e preparada para fazer a diferença no cuidado, procurando entender o paciente de forma humana, tornando-se o enfermeiro ou assistente de enfermagem, responsável por orientar, sanar possíveis dúvidas relacionadas aos procedimentos hospitalares, proporcionando maior tranqüilidade e segurança, lembrando que também precisa de um ambiente adequado para elaborar todas suas tarefas.

A respeito dos pacientes internados em UTIs, em decorrência de cirurgias, por exemplo, Santos *et al* (2002, p. 26) afirmam que “a importância da qualidade da assistência de enfermagem nesse momento é capaz de contribuir para avaliar a tensão, ao transmitir para o cliente informações que lhe permitam enfrentar a situação em que se encontra com menos temor”.

Ainda sobre esse medo e tensão, incerteza e angústia, D’Assumpção *apud* CRUZ e VARELA (2002, p. 52) descrevem trechos de entrevistas feitas com pacientes que afirmam “ao me levarem para a sala de cirurgia, por favor não me deixem sozinho e sem qualquer informação sobre o que irá acontecer [...] para mim, tudo é novidade, tudo é assustador. Porém, se alguém que eu já conheça, estiver junto de mim, estarei seguro e me será mais fácil enfrentar tudo aquilo que virá em seguida”.

Vê-se pela citação dos autores, que o paciente que recebe orientações em relação aos procedimentos pelos quais se submeterá, acaba se tornando menos ansioso, inseguro e com menos medo, do que aquele que é simplesmente encaminhado e manipulado como se fosse apenas mais um doente.

Para Jouclas *et al* (1998, p 47), no momento de chegada ao centro cirúrgico é necessário que o enfermeiro ou assistente de enfermagem acolha o paciente de forma calorosa, fazendo-o se sentir muito importante e que todos estarão à sua volta para cuidar da recuperação de sua saúde.

Confirmando os ensinamentos dos autores, Silva *et al* (2001, p. 587) afirmam:

[...] importância do enfermeiro pensar ao dispensar cuidados aos seus seres cuidados, mediados pela preocupação e desvelo pelo outro, considerando este momento de comunhão que se dá entre aquele que, cientificamente e humanamente, aprendeu os meios de ajudar o outro nas suas necessidades de saúde e de doença, e o outro que necessita receber tais cuidados.

Vê-se pois, o quanto é fundamental a presença do assistente de enfermagem ao lado do paciente, que precisa sentir-se que está realmente sendo cuidado durante todo o tempo e, principalmente, o quanto é importante para aquele profissional que está ao seu lado, buscando ajudá-lo nesse momento de sofrimento e de dor.

Por Santos (2002), livrar-se de seu papel puramente técnico e integrar-se no cuidado total daquele cliente que está a sua frente. Em tão poucas ocasiões, o indivíduo está tão dependente de outra pessoa com relação a sua segurança e bem estar quanto no período pré, trans e pós-operatório, ocasião em que precisa integrar-se ao desconhecido (ambiente e pessoas).

Portanto, a partir da entrada do paciente nas dependências de uma unidade de terapia intensiva, deve o assistente de enfermagem considerar como a chegada de um grande amigo, de alguém que está precisando de atenção, conforto, carinho e afeto redobrados já que a sua própria dor está fragilizando-o.

Conclui Rodrigues (2000, p. 20) que, humanizar o atendimento de enfermagem em UTI, tem se constituído num “desafio constante, pois encontramos resistência de alguns funcionários e de vários profissionais de outras áreas, porém, acreditamos que o cuidado humanizado é essencial para a prática de enfermagem”.

Partilha-se da conclusão do autor acima, sobretudo em relação à burocracia com que são geridos os trabalhos de unidades hospitalares, a qual acaba muitas vezes espelhando a realidade onde o paciente terá que conviver com pessoas que apenas ditam regras, obrigando-o a se submeter a tantos procedimentos que, na maioria das vezes nem seriam necessários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após essa explanação sobre a humanização da assistência de enfermagem em paciente de unidade de terapia intensiva, afirma-se que é muito importante a preparação e formação desses profissionais, também de forma humanitária.

Acredita-se mais ainda, que a preparação desse profissional deve ocorrer já nos bancos escolares, para que no futuro exercício de suas funções ele saiba desempenhá-la com eficiência, sobretudo com atitudes que irão além do preparo dos equipamentos e do ambiente onde se receberá uma pessoa que está fragilizada pela dor física ou psíquica. E, como tal, exige maior esforço e empenho de quem está ao seu lado e, neste caso, o seu acompanhante só é o assistente de enfermagem e o médico que o acompanham.

É primordial a mudança de atitudes. Não se pode contar apenas com a tecnologia e os equipamentos de última geração, mas essencialmente com pessoas, que depois de conhecerem a teoria, passem a praticar também o amor ao próximo,

a atenção, o afeto, que muitas vezes ajudam no restabelecimento do paciente que precisa se sentir importante e não ser considerado apenas mais um número, ou seja o número de seu leito, da sua roupa ou de seu prontuário.

Conveniente se faz que, especialmente para os estudantes de enfermagem, sejam feitos testes vocacionais seguidos de treinamentos motivacionais e também que seus trabalhos sejam reconhecidos e por isso remunerados adequadamente. Todos esses procedimentos direcionados aos assistentes de enfermagem levarão a este profissional a satisfação naquilo que faz e, conseqüentemente, passarão para o paciente a satisfação que sentem em tê-lo ao seu lado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CRUZ, E. A. da; VARELA, Z. M. de. **Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado**. Revista Eletrônica de Enfermagem (on line), v. 04, n. 01, p. 51-58. Disponível em <http://www.boes.org/um/porhr-b.html>. Acesso em 15-08-2009.
- FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2002.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro; Graal, 1979.
- GUEDES, M. V.C.; FELX, V. de C.S.; SILVIA, L. de F. da. **O trabalho no centro cirúrgico: representações sociais de enfermeiros**. São Paulo: Revista *Nursing*, n. 34, p. 20-24, 2001.
- JOUCLAS, V. M. G.; TENCANTTI, G.T.; OIVEIRA, V.M. **Qualidade do cuidado de enfermagem trans-operatório e de recuperação anestésica de acordo com a satisfação do cliente**. Curitiba: Revista *Cogitare* de Enfermagem, v. 03. n. 01, p. 43-49, 1998.
- OLIVEIRA, M. E. **Mais uma nota para a melodia da humanização**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.
- PESSINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2006.
- RODRIGUES, A. L. **Sensibilizando e humanizando o cuidado**. Monografia de especialização apresentada a UFP-PR, Curitiba, p. 22, 2000.
- SANTOS, A. L. G. S.; BACKES, V. M. N.; VANCONCELOS, M. A. **A assistência humanizada ao cliente no centro cirúrgico: uma experiência apoiada na teoria humanística de Paterson & Zdera**. São Paulo: Revista *Nursing*, n. 48, p. 25-30, 2002.
- SILVA, L. F. de F. da; DAMASCENO, M. M. L; CARVALHO, C. M. de L.; SOUZA, P. D. S. de. **Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes**. Brasília: Revista de Enfermagem, v. 54, n. 04, p. 578-588, out./dez., 2001.
- VILA, V. da S. C.; ROSSI, L. A. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido**. São Paulo: Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 10, n. 02, p. 137-144, 2002.
- WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
- ZEN, O. O.; BRUTSHER, S. M. **Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia**. São Paulo: Revista Enfoque, v. 14, n. 01, p. 4-6, 1986.