

CUIDADO HUMANIZADO EM TERAPIA INTENSIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Enfermagem Assistencial

Bruna Oliveira Gonzaga¹; Anna Karla Araújo de Souza²; Maruska Tatiany Urtiga³.

¹ Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG),
bruninhagonzagabog@hotmail.com

² Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG),
souzaakarla23@gmail.com

³ Enfermeira, docente e preceptora de estágio no Hospital de Trauma de Campina Grande-PB,
maruska_tatiany@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia¹⁰. É tida como o setor hospitalar que mais desperta medo e angústia, tanto no usuário quanto nos seus familiares, tais sentimentos podem estar relacionados à própria doença e/ou tratamento necessários. Nela, o usuário, pela gravidade da doença, é constantemente submetido a procedimentos de alta complexidade o que, pela rotina, acaba tornando o trabalho mecanizado e comprometendo sua autonomia^{3,8}. Nesse ambiente de fragilidades, desafios, complexidade, de atendimento a pacientes graves ou potencialmente graves, o que acaba sendo levado em conta pode ser somente o bom manejo dos recursos tecnológicos e o domínio científico³. Essa visão tão tecnicista leva os profissionais a tratar a pessoa de forma superficial e objetiva, sem afetividade, empatia, por achar que ele não ouve e não sente nada e que necessita somente de intervenções. Todavia, devemos lembrar que ele não é um mero objeto do cuidar⁷, e se faz necessário que a equipe de enfermagem interaja, com ênfase em um cuidado humanizado. Nessa perspectiva, visando um atendimento mais humanizado à população, surgiu a Política Nacional de Humanização (PNH), com ideais de implementação de um cuidado que englobasse os recursos tecnológicos dos quais os sujeitos necessitam para a sobrevivência, e a empatia. Destarte, nossa motivação para redigir o presente relato surgiu da observância de determinadas práticas realizadas pela equipe de Enfermagem, que desenvolveram inquietações e instigaram momentos de reflexão para a prática humanizada. Logo, o objetivo do estudo é relatar a vivência de acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado humanizado em terapia intensiva. Enquanto acadêmicos percebemos, desde já, quão necessária é a assistência humanizada e quão necessário se faz a implementação dela na UTI.

MATERIAIS E MÉTODOS: Este estudo consiste em um relato de experiência que é uma ferramenta da pesquisa descritiva, que visa trazer ao conhecimento, em forma de reflexão, vivências que contribuam para a comunidade acadêmica¹. O estágio curricular que resultou na redação deste relato foi realizado no período entre 11 de fevereiro a três de março de 2017, na UTI adulto do Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande-PB, através da disciplina de Atenção ao Paciente Crítico em seu componente prático, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e representou para os discentes um momento de inquietação, reflexão e redescobrimto do conceito de cuidado e a prática humanizada na terapia intensiva. As situações observadas para a construção deste estudo envolveram os procedimentos, invasivos ou não, que a equipe de Enfermagem realiza nesse ambiente, onde se pode notar que muitos profissionais, no decorrer das técnicas, não mantinham uma relação com os sujeitos atendidos, sequer mencionavam ou explicavam-os, mesmo

sabendo que a audição é o último sentido a ser perdido, ou que estes não estão completamente inconscientes, e acima de tudo trata-se de seres humanos e que devem ser enxergados em sua totalidade, não apenas pela patologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Tratar vai além de atenuar ou eliminar sintomas, é mais do que administrar medicações ou ofertar toda a tecnologia que a pessoa precisa para sua recuperação. Em se tratando do paciente crítico, sujeito que cuja sobrevivência depende de métodos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica⁷, o cuidado tende a tornar-se mais mecanizado e subjetivo. Isso pode ocorrer pelo fato de a maioria dos sujeitos assistidos em UTI estarem com nível neurológico rebaixado ou inconscientes/sedados^{5,7}, o que leva aos profissionais a entenderem que ele não percebe o que acontece ao seu redor. Além do mais, diante das tecnologias cada vez mais avançadas e procedimentos tão complexos, o profissional prioriza o bom e correto manejo dos equipamentos, tão cruciais para a manutenção da vida dos usuários^{3,5,8}. Assim, a assistência fica mecanizada, subjetiva e o profissional deixa de olhar o sujeito holisticamente³. Pela preocupação com essas questões relacionadas ao atendimento à população e objetivando aperfeiçoá-lo, em termos de humanização, foi lançada, em 2003, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) que propõe um cuidado mais voltado à qualidade de vida, articulando a utilização dos recursos tecnológicos ao acolhimento e olhar humanizado⁸, com respeito, empatia, solicitude e que não esquece que, apesar de estar em estado crítico o sujeito não perdeu sua humanidade^{3,5}. A PNH mostra que “o cuidado humanizado pressupõe acolhimento, como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão”⁹. É colocar-se tão somente no lugar do próximo, ressaltando, no contexto hospitalar, características humanas que são inseparáveis⁵. Outro fator defendido pela PNH é a ambiência. Estão inclusos aqui aspectos como preservação da imagem e intimidade do usuário, o chamar pelo seu nome, o cuidado com o barulho excessivo e baixas temperaturas no setor, além de deixar de considerar suas vontades e desejos⁵. Diante de todas essas exposições, a vivência que nós, enquanto acadêmicos, pudemos ter nos incomodou sobremaneira. Ao abordar os usuários, muitos profissionais os tratavam como meras extensões da tecnologia, considerando que não podiam ouvir ou sentir qualquer coisa. Não os chamavam pelos seus devidos nomes, e durante procedimento não invasivo, como o banho no leito, a intimidade não era preservada, quebrando o princípio da ambiência defendido pela PNH. Mesmo sabendo, obviamente, da disposição de cortinas na unidade os profissionais não fechavam enquanto davam o banho. Ou ainda, quando iam realizar procedimentos invasivos, como a punção arterial e troca de acesso venoso periférico, não buscavam minimizar a dor explicando-os. Entendendo isto, no tempo pré-procedimento, consultávamos o prontuário para saber mais sobre eles, e quando íamos realizar, informávamos e explicávamos, fazendo questão de chamá-los pelos nomes, tocá-los, percebendo o estado debilitado, vulnerável e necessitado de cuidados. Isso nos faz refletir cada vez mais sobre o “colocar-se no lugar do outro”, e sobre como podemos promover uma assistência mais humanizada. Isso nos faz repensar, também, que a construção de um cuidado respeitoso e humanizado inicia na própria formação profissional, no desenvolver de um olhar sensível à singularidade do outro, na alteridade, vendo-os além dos aparatos tecnológicos que necessitam⁵.

CONCLUSÕES: Esta experiência proporcionou-nos um momento ímpar para reflexão sobre o conceito e prática real dos princípios humanísticos, recordando-nos da importância do ato de solidariedade frente ao paciente em estado crítico, evidenciando, indubitavelmente, que no futuro nos orientará durante o exercício profissional. Podemos, assim, analisar que a assistência que o enfermeiro presta pode e deve ser desenvolvida sob os preceitos humanísticos expostos na PNH, mesmo que o usuário esteja em condições críticas de saúde e que este, na maioria das vezes, não

perceba, com exatidão, o que se passa ao seu redor. Antes de tudo, o paciente crítico é um sujeito singular, que necessita de cuidados complexos, mas que necessita também de um olhar com empatia, que entenda ele como humano.

Palavras-Chave: Humanização; Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. CAVALCANTE, B.L.L.; DE LIMA, U.T. S. Relato de experiência de uma estudante de enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **Journal of Nursing and Health**, v. 2, n. 1, p. 94-103, 2012.
2. OLIVEIRA, Nara Elizia Souza et al. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 334-43, 2013.
3. ROSEIRO, Cláudia Paresqui; PAULA, Kely Maria Pereira de. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Estud. psicol.(Campinas)**, p. 109-119, 2015.
4. RODRIGUES, Amanda Cunha; CALEGARI, Tatiany. Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016.
5. REIS, Camila Calhau Andrade; DA SILVA SENA, Edite Lago; FERNANDES, Marcos Henrique. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4212-4222, 2016.
6. HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David. **Wong's Fundamentos Enfermagem Pediátrica**. Elsevier Brasil, 2014.
7. NUNES, Lucília. Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 187-199, abr. 2015.
8. SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira et al. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 48-54, 2016.
9. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: **RESOLUÇÃO-RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010. Nº 37** – DOU de 25/02/10 – seção 1 – p. 48. Brasília, 2010.