

ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA CLÍNICA AMPLIADA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Luciana de Freitas CAMPOS^a, Marcia Regina Antonietto da Costa MELO^b

RESUMO

Este artigo tem como objetivo refletir sobre a assistência em enfermagem na perspectiva da clínica ampliada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O estudo caracteriza-se como reflexão. A ampliação da clínica prevê um olhar ao ser humano considerando seu aspecto biológico associado à subjetividade de cada caso em particular por meio de uma abordagem integral, interdisciplinar e compartilhada. Faz-se necessário que ações conjuntas de uma equipe interdisciplinar modifiquem o cenário da UTI, local onde o modelo hegemônico historicamente se perpetua. Na enfermagem a responsabilidade com o indivíduo, seu bem-estar e o ambiente fazem parte de sua prática sendo possível uma participação efetiva e uma mudança da prática hegemônica para uma clínica ampliada.

Descritores: Humanização da assistência. Unidades de terapia intensiva. Equipe de assistência ao paciente. Equipe de enfermagem.

RESUMEN

En este artículo se pretende reflexionar sobre los cuidados de enfermería a la vista de la clínica ampliada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El estudio se caracteriza por la reflexión. La expansión de la clínica ofrece un vistazo a la hora de considerar su aspecto biológico humano de la subjetividad asociada a cada caso particular por un enfoque integral, interdisciplinaria y compartida. Son necesarios los esfuerzos conjuntos de un equipo interdisciplinario para modificar la configuración de la UCI, donde históricamente se perpetúa el modelo hegemónico. En la enfermería la responsabilidad con el individuo, su bienestar y el medio ambiente son parte de su práctica puede ser una participación efectiva y una modificación de la práctica hegemónica de una clínica ampliada.

Descriptor: Humanización de la atención. Unidades de terapia intensiva. Grupo de atención al paciente. Grupo de enfermería.

Título: Atención en enfermería en la perspectiva de clínica ampliada en la Unidad de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

This article aims to reflect on nursing care in view of the expanded clinic in the Intensive Care Unit (ICU). The expansion of the clinic aims to think of human beings considering their biological aspects and subjectivity, which is viewed in the light of each particular case through an integral approach, interdisciplinary and shared. Joint efforts by interdisciplinary teams are necessary to modify the ICU setting, where the hegemonic model is historically perpetuated. Responsibility with the individual, their welfare and environment is part of praxis, a fact that enable a change in hegemonic practice for extended clinic.

Descriptors: Humanization of assistance. Intensive care units. Patient care team. Nursing, team.

Title: Nursing care in the perspective of an expanded clinic in the Intensive Care Unit.

^a Mestre em Enfermagem, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Professora Assistente III do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^b Doutor em Enfermagem, Professor Doutor da EERP-USP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor hospitalar onde permanecem internados pacientes graves, com ou sem instabilidade hemodinâmica, que necessitam de assistência à saúde ininterrupta nas 24h por uma equipe diversificada de profissionais de saúde que, em função do estado deles, tendem a incorporar rapidamente tecnologias, especialmente, relacionadas a equipamentos e medicamentos, necessários e importantes para o desenvolvimento do seu trabalho.

Com a constante evolução dos aparatos tecnológicos, os aspectos voltados ao relacionamento interpessoal e humanização da assistência, não necessariamente, têm sido desenvolvidos no cotidiano. Há uma lógica de mercado que vem determinando a crescente necessidade dos profissionais consumirem esta tecnologia, enquanto o objeto de trabalho da equipe é o ser humano que necessita de atenção que vai além desta, devendo ser considerada sua dimensão humana, seus desejos, sua alegria ou tristeza, suas vitórias ou frustrações.

O cidadão internado pode sentir-se em posição de inferioridade diante dos profissionais, sendo difícil para ele se abrir ou expressar a dor interna, pois o corpo físico e/ou a identidade pessoal podem estar afetadas. O profissional precisa atentar quanto às formas de linguagem utilizadas na transmissão do que está sentindo ou querendo, sendo vigilante com a linguagem corporal para captar os sentimentos deles, assim como se policiar para dizer algo e não passar outra informação com o corpo, mediante expressões faciais, por exemplo⁽¹⁾.

Na UTI, quanto mais à saúde do cidadão se agrava, o diálogo com ele torna-se escasso, encontrando, como possível justificativa, sua condição de saúde, a exemplo do estado de coma ou pela preocupação dos profissionais com a prescrição médica, exames bioquímicos e, até mesmo, o banho de leito.

A inversão de valores se perpetua pelo modelo de atenção hegemônico e seus preceitos também encontram força na formação dos profissionais de saúde.

Uma vez preocupados com as tecnologias e manejo das técnicas, os profissionais vão se deixando formar e vão formando pessoas incoerentes, muitas vezes, com os seus discursos, promovendo cada vez mais o distanciamento da dicotomia teoria-prática, furtando-se a discussões de modelos que

compreendam o cidadão com toda a sua riqueza de existência.

A clínica tradicional, com sua busca de verdade no interior do sujeito, nos traumas e nas triangulações infantis, contrasta com um modelo que concebe o cidadão como verdade precária e que toma o conjunto de suas práticas, como contingentes e historicamente situadas⁽²⁾.

Há serviços hospitalares que vem fazendo essas discussões, entretanto, a de se atentar para que os seus princípios e diretrizes não estejam apenas no papel e nos discursos, não havendo incorporação da essência das teorias que permeiam os modelos propostos.

Uma proposta de reformulação nas práticas em saúde é a clínica ampliada (CA) que se destina a ser um instrumento para que os profissionais de saúde e gestores, atuando como equipe interdisciplinar, possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial dos saberes até então instituídos, considerando a complexidade do sujeito e o processo de adoecimento em cada caso⁽³⁾.

Para implementação de uma clínica ampliada será necessário encarar os riscos subjetivos e sociais, criar possibilidades para construir vínculos consistentes com os cidadãos sendo que estes dispositivos são uma condição para o incremento da eficácia das intervenções clínicas. É possível construí-la partindo do modelo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando-se a característica singular de cada caso⁽⁴⁾.

Assim, sugere-se uma re(olhar) para a atenção em UTI onde se contemple o processo saúde-doença do cidadão integralmente, dotado de direitos e deveres, sendo este chamado à responsabilidade, a participar do estabelecimento do seu destino, tendo autonomia para tomar decisão, considerando seu contexto de vida e que se dê de forma planejada entre o serviço, profissional e cidadão.

A mudança no trabalho multidisciplinar na UTI voltada a considerar o cidadão em sua plenitude e em seu contexto de vida o beneficia, minimizando os aspectos negativos da internação, como o distanciamento da família, o “fantasma” da morte – mesmo ser facilitador no processo da morte e o morrer – permite o envolvimento do cidadão e familiar no estabelecimento da terapêutica; para os profissionais, possibilita o estreitamento das relações interpessoais com o cidadão e entre seus pares, promove um ambiente menos hostil, permite

maior flexibilidade nas decisões e resolução de problemas, favorece o crescimento individual e coletivo, pode restringir o uso de tecnologias pesadas e; para a instituição, pode diminuir o tempo de internação, otimizando o atendimento das demandas, bem como minimizar a possibilidade de reinternações oriundas de iatrogenias, reduzir os custos por internação devido o estabelecimento de terapêuticas equivocadas e, até mesmo, minimizar o risco de óbito.

Será necessária a constituição de uma equipe interdisciplinar que realize atividades como o acolhimento, vínculo, a escuta, atenção, exercite a autonomia do cidadão e do profissional, desenvolva habilidades de comunicação, enfrentamento de conflitos, decisão compartilhada, como medidas importantes para ampliar a resolução de problemas e promover a CA, sendo que algumas destas medidas vêm sendo discutidas pelo Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) – Humaniza SUS⁽³⁾.

Essa reflexão tem como questão principal: como a enfermagem pode manifestar ações e atitudes que favoreçam a reformulação da assistência considerando a inclusão das necessidades do paciente demonstrando compromisso com o mesmo, o estímulo a diferentes práticas de assistência e a co-responsabilidade entre eles, os demais trabalhadores e os gestores no processo de produção de saúde na UTI? Assim, o estudo tem como objetivo refletir sobre a assistência em enfermagem na perspectiva da CA em UTI. A discussão está fundamentada nos pressupostos da PNH e nos critérios de classificação para UTIs do Ministério da Saúde (MS).

A observação empírica da prática em uma UTI de um hospital durante a supervisão de Estágio da Área Hospitalar suscitou as inquietações que motivaram essa reflexão.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo em que a forma e preparação consiste em “formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo”⁽⁵⁾.

Atentamos que a reflexão enquanto um tipo de estudo não necessita de submissão e consequente aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

DISCUSSÃO

O MS classifica as UTIs de acordo com a incorporação de tecnologias, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível em tipo I, II e III⁽⁶⁾.

Na UTI tipo II a equipe deve ser composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e funcionário exclusivo para o serviço de limpeza. Deve dispor de serviços de apoio, recursos materiais pré-estabelecidos e Humanização (climatização, garantia de visitas diárias dos familiares à beira do leito, informações da evolução diária dos cidadãos aos familiares)⁽⁶⁾.

A humanização pressupõe que se reconheçam as pessoas que buscam os hospitais à resolução de suas necessidades específicas de saúde, como sujeitos de direitos, observando sua individualidade, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia⁽⁷⁾, sendo relevante devido à constituição de um cuidado alicerçado em princípios como a participação social do cidadão, equidade e integralidade da assistência⁽⁸⁾.

Assim, a PNH objetiva efetivar os princípios do SUS nas práticas de atenção e gestão e estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e cidadãos para a produção de saúde e de sujeitos, almejando um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de participação democrática e coletiva. Uma de suas propostas consiste na construção da CA norteada por uma política que visa a autonomia e o protagonismo entre os sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculo solidário, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão⁽³⁾.

É uma clínica que se abre para perceber e auxiliar o enfermo a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento. Para tal, essa clínica tem que se reconhecer como instrumento de uma instituição médica forte, manipulando saberes e classificações diagnósticas de grande repercussão para quem se submete a ela. Ainda, ela deve desenvolver a competência de usar os poderes que possui e desenvolve na relação terapêutica em favor da autonomia dos cidadãos⁽⁹⁾.

Os profissionais necessitam comprometer-se em seu papel de cuidador e educador valorizando o ser humano conforme suas potencialidades e vivências, transformando a prática em processos dinâmicos, participativos e solidários⁽¹⁰⁾.

Logo, o desafio consiste em transpor o campo de certezas, de regularidades mais ou menos seguras, ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana, o que implica a decisão pelo saber seguro e preso às estruturas ou pela imprevisibilidade caótica das situações sempre distintas. Assim, uma possibilidade que favorece a CA é o reconhecimento explícito dos limites de qualquer saber estruturado, o que levaria a todo especialista a sempre reconsiderar seus saberes quando diante de qualquer caso concreto, ressaltando a importância em aprender com a variação, a exemplo de valorizar a escuta e saber também perscrutar o caso singular, a fim de decidir ponderando, ouvindo outros profissionais, expondo incertezas e compartilhando dúvidas⁽¹¹⁾, numa relação dialógica, ética e solidária voltada a um atendimento integral⁽⁸⁾.

A CA remete a reflexão sobre a integralidade que é o próprio caminho que vai transformando os cidadãos e construindo melhorias, buscando uma assistência ampliada, transformadora, centrada no sujeito envolvendo o acolhimento, o atendimento integral e a valorização da assistência⁽¹²⁾.

A assistência de enfermagem tem dimensões biológicas, psicológicas, espirituais, políticas, sociais e econômicas. Florence Nightingale já trabalhava em prol de melhores condições de atendimento nos hospitais baseando-se em conhecimentos científicos, recebendo apoio de pessoas favoráveis a suas idéias e enfrentando àqueles contrários a elas, imprimindo suas reformas na organização do hospital, nas questões sanitárias e no treinamento e posterior formação da equipe de enfermagem. Atitudes simples fizeram a diferença, a exemplo de lavar a roupa de cama e a valorização do diálogo/atenção com os desvalidos que não aconteciam.

A enfermagem é uma profissão que nasceu vislumbrando o bem-estar do indivíduo na condição da individualidade de cada cidadão em seu modo de andar a vida e o conhecimento científico dessa profissão acompanha essa premissa. Pensar a CA na enfermagem seria resgatar e aplicar por meio de atitudes concretas, o que esta profissão tem a oferecer, posicionando-se cientificamente frente aos demais profissionais, trabalhando para uma assistência efetivamente interdisciplinar, que pressupõe o compromisso e o compartilhamento.

A CA promove uma mudança cultural e de valores sanitários sendo que a enfermagem necessita assumir de fato o seu papel, trabalhando as di-

vergências cotidianas entre os saberes e os poderes inerentes ao setor saúde, bem como aos interesses econômicos mercantilistas na área, resgatando e/ou auxiliando no direcionamento para a participação social, a equidade e a integralidade da assistência.

A UTI é um local que favorece o consumo de tecnologias permeadas pelo modelo biomédico hospitalocêntrico. É um local que por manter uma equipe constante pode possibilitar ensaios da CA, com suporte teórico no Humaniza SUS aprimorando aspectos da assistência focadas no cidadão, no profissional e no ambiente, podendo-se utilizar inicialmente das abordagens teóricas dos critérios estabelecidos para classificação das UTIs e da PNH articuladas aos princípios do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante o exposto, entendemos que a assistência de enfermagem na perspectiva da CA em UTI é possível. Os enfermeiros têm muitos desafios pela frente, mas para enfrentá-los, precisamos retomar a perseverança, a determinação e a atitude que fizeram com que a enfermagem fosse reconhecida.

Consideramos que o tema vem sendo debatido entre profissionais e que há esforços para a amplitude de reflexão e consolidação do conceito e princípios da CA, o que requer mudança na maneira de organização do trabalho vigente e nas relações humanas. Assim, esperamos que esse estudo possa promover reflexões e discussão no âmbito da UTI para que mecanismos que recomponham a relação singular entre os profissionais e a prática de assistência à saúde baseada na humanização seja a cada dia uma realidade construída e consolidada.

Doravante, o ambiente de respeito e flexibilidade, de diálogo e compartilhamento de saberes pela equipe interdisciplinar é fundamental no alcance dos resultados.

REFERÊNCIAS

- 1 Godoi AF. Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais: pensando e fazendo. São Paulo: Ícone; 2004.
- 2 Fonseca TMG, Kirst PG. O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. *Psicol Soc.* 2004;16(3):29-34.

- 3 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: clínica ampliada e compartilhada [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 2011 fev 11]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf.
- 4 Campos GWS. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(4): 477-83.
- 5 Revista Gaúcha de Enfermagem. Instruções aos autores. Porto Alegre; 2010 [citado 2011 fev 11]. Disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/rgenf/pinstruc.htm>.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3432/GM, de 12 de agosto de 1998: estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo - UTI [Internet]. Brasília (DF); 1998 [citado 2010 jun 10]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/12837-3432.html>.
- 7 Fortes PAC, Martins CL. A ética, a humanização e a saúde da família. Rev Bras Enferm. 2000;53(n esp):31-9.
- 8 Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(1):105-11.
- 9 Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
- 10 Pereira AD, Freitas HMB, Ferreira CLL, Marchiori MRCT, Souza MHT, Backes DS. Atentando para singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. Rev Gaúcha Enferm. 2010; 31(1):55-61.
- 11 Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada, a gestão democrática e redes de atenção como referências teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc Saúde Colet. 2007;12(4):849-59.
- 12 Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Rev Bras Enferm. 2006;59(4):532-7.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Luciana de Freitas Campos
Rua Isaías José Ferreira, 1380, Jardim Palmares
14092-453, Ribeirão Preto, SP
E-mail: camposlf@gmail.com

Recebido em: 13/09/2010
Aprovado em: 05/02/2011