

Artigo
Original

O Significado da Tecnologia na Assistência de Enfermagem em Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Cardíaca

2

The Meaning of Technology for Nursing During the Immediate Post-Operative Stage of Cardiac Surgery

Roberto Carlos Lyra da Silva¹, Caroline da Costa Kaczmarkiewicz², Juliana Jenifer da Silva Araújo Cunha², Isis Cruz Meira², Nélia Maria Almeida de Figueiredo¹, Isaura Setenta Porto³

Resumo

Fundamentos: Nos dias atuais, os avanços da tecnologia e a sua incorporação no cotidiano da assistência de enfermagem, sobretudo na monitorização e no suporte avançado de vida, tem sido objeto de discussão, tanto do ponto de vista técnico-científico quanto das relações entre o profissional e o cliente. Este artigo se fundamenta no princípio de que as novas tecnologias reconfiguram o organismo humano e o corpo do cuidado, exigindo dos profissionais de saúde novos conhecimentos, comportamentos, atitudes e práticas.

Objetivos: Identificar o significado da tecnologia no cuidado de enfermagem a clientes críticos dependentes de tecnologias duras no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca; e analisar como esses significados influenciam o cuidado de enfermagem.

Métodos: Estudo quantitativo-qualitativo, do qual participaram 84 profissionais. A análise e discussão se deram à luz da multirreferencialidade.

Resultados: Enfermeiros e técnicos parecem pensar de modo bem parecido com relação às situações que poderão contribuir para a ideia de desumanização na terapia intensiva. Existem disparidades em relação a algumas situações, como a falta de privacidade do cliente, a supervalorização da tecnologia e a escassez de diálogo entre o profissional e o cliente.

Conclusões: O estudo mostrou que embora o uso de tecnologias em UTI possa ser associado à ideia de desumanização, são as situações relacionadas ao descuido, como o barulho constante e os comentários inoportunos à beira dos leitos, o que mais preocupa esses profissionais.

Palavras-chave: Cuidados intensivos, Cuidados de enfermagem, Cirurgia cardíaca

Abstract

Background: Modern technological advances and their inclusion into regular nursing practices, especially monitoring and advanced life support, have come under discussion from the technical and scientific standpoints, as well as relationships between practitioner and client. This paper is based on the principle that new technologies reconfigure the human organism and nursing techniques, forcing healthcare practitioners to acquire new knowledge, behaviors, attitudes and practices.

Objectives: To identify the meaning of technology for in nursing care for critical clients dependent on hard technologies during the immediate postoperative period after cardiac surgery, examining how these meanings influence nursing care.

Methods: Quantitative and qualitative study involving 84 practitioners, with the analysis and discussion conducted on a multireferenced basis.

Results: Nurses and technicians seem to think similarly about situations that might contribute to the idea of dehumanization in intensive care. There are disparities in some situations, such as the lack of privacy for the client, overvaluation of technology and the lack of dialog between practitioners and clients.

Conclusions: The study showed that although the use of technology in ICUs may be associated with the idea of dehumanization, the situations of the most concern to these practitioners are related thoughtlessness, such as constant noise and inappropriate bedside comments.

Keywords: Intensive care, Nursing, Cardiac surgery

¹ Departamento de Enfermagem Fundamental - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

² Curso de Graduação em Enfermagem - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

³ Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Introdução

Na tentativa de conceituar o cuidado, deve-se considerar, entre outras coisas, que ele sempre esteve vinculado historicamente com a enfermagem. Entretanto, pode-se constatar que, nas últimas duas décadas, o cuidado tem merecido atenção de um número significativo de estudiosos, pesquisadores e teóricos de outras áreas do conhecimento. Cada um deles procura trazer sua contribuição no sentido de possibilitar uma melhor compreensão dos seus diferentes conceitos e significados, considerando os diferentes ambientes nos quais o cuidado acontece.

Mesmo admitindo que a essência do cuidado esteja presente nas diferentes formas de cuidar, independentemente das variáveis - condição do cliente e ambiente do cuidado -, acredita-se que os significados a ele atribuídos possam ser fortemente influenciados por essas variáveis.

No cotidiano das unidades de terapia intensiva, acredita-se que mais do que as características dos clientes assistidos nessas unidades, não raramente em estado crítico, o ambiente da terapia intensiva, marcadamente tecnológico e racional, possa ser o principal responsável pelos diferentes significados e conceitos atribuídos ao cuidado de enfermagem nessas unidades.

Nessa perspectiva, entende-se porque, no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca as máquinas, sobretudo aquelas utilizadas para dar suporte avançado de vida, acabam se transformando em um segundo cliente para a enfermagem cuidar, pois tal como os doentes, elas também precisam ser assistidas, tocadas e cuidadas.

Para os profissionais de enfermagem, isso parece ser o “divisor de águas” entre os significados atribuídos ao cuidado de enfermagem prestado na terapia intensiva e aqueles prestados em outras unidades, onde a presença dessas máquinas não é tão marcante.

Mesmo sabendo que muitos teóricos e pesquisadores da enfermagem não concordam com a utilização do termo “cuidado de enfermagem” para se referir aos cuidados dispensados pela equipe de enfermagem às máquinas, insiste-se na sua utilização, considerando-se que ainda não se dispõe de um termo que seja capaz de traduzir com propriedade a maneira pela qual os profissionais de enfermagem se relacionam com essas máquinas e o significado que a elas atribuem.

As inquietações deste estudo emergiram de experiências primeiras, fruto de uma investigação de

Tese de Doutorado, concluída em 2006, e que teve como objeto de investigação, problemas relacionados ao significado do cuidado de enfermagem em terapia intensiva a partir do uso de tecnologias. Nesse estudo, o problema da pesquisa tem a ver não somente com o desenvolvimento de novas habilidades e destrezas para cuidar de clientes críticos em pós-operatório de cirurgia cardíaca, mas em especial, com as novas e desafiadoras perspectivas para o cuidado de enfermagem junto a clientes dependentes de máquinas para viver, e as implicações decorrentes das relações que se estabelecem no cotidiano de cuidar quando se encontram envolvidos máquinas e seres humanos.¹

Contextualizando o Cuidado e a Tecnologia na Terapia Intensiva

Na busca de uma melhor contextualização do cuidado prestado a clientes dependentes de tecnologias em pós-operatório de cirurgia cardíaca em terapia intensiva, buscou-se apoio em alguns teóricos que pensam o cuidado como uma peculiaridade do humano, condição primeira para a sua existência.

Numa perspectiva holística, os valores humanísticos e artísticos, o desenvolvimento e estimulação da fé-esperança, a sensibilidade e a ajuda-confiança são aspectos relevantes no processo de cuidar que precisam ser considerados. Desse modo, em que pese o fato de que para cuidar há necessidade de se apropriar de tecnologias duras, o cuidado ainda assim será humano.

A apropriação de tecnologias, em particular aquelas entendidas como duras,² é considerada como fundamental para cuidar e assistir.³ Na terapia intensiva, as tecnologias de monitorização, por exemplo, contribuem sobremaneira na ampliação da capacidade natural dos sentidos.

Hoje, o cuidado em terapia intensiva, mais do que no passado, tem sido balizado pela incorporação/ utilização de novas tecnologias, abrindo novos horizontes e novas perspectivas para a melhoria não somente da qualidade da assistência e do cuidado de enfermagem, mas também da qualidade de vida dos sujeitos que cuidam.

Mas o entendimento de que tecnologia é sinônimo de técnica e de racionalidade, embora não seja uma unanimidade entre os autores que tratam da temática, pode acabar trazendo algumas dificuldades, sobretudo de ordem conceitual. Pensar a tecnologia e a técnica como coisas distintas, talvez seja o ponto de partida para que se possa compreender por que as unidades de terapia intensiva são tão frequentemente

consideradas pelo senso comum como uma unidade cuja dimensão humana do cuidado de enfermagem se vê ameaçada.

Basicamente dois fatores no início do século XVII cooperaram para o surgimento da tecnologia como uma aproximação da técnica com a ciência moderna. Primeiro: na Europa, o aparecimento de uma crença de que tudo poderia ser feito pelo homem a partir do conhecimento científico; e segundo, a ciência experimental passou a exigir para seus experimentos, instrumentos com maior precisão, fabricados por cientistas com dotes artesanais, baseando-se em teorias científicas.⁴

Entretanto, a tecnologia como utilização das teorias científicas para a solução de problemas técnicos, conjugando ciência e tecnologia, foi perseguida durante muitos anos. Já no Renascimento, com o desenvolvimento da ótica de Galileu (século XV), ocorreu a integração entre técnica, tecnologia e ciência.⁴

O fato é que, nos dias de hoje, talvez em função de se viver numa época cujo contexto é marcado pelo avanço tecnológico nas diversas áreas do conhecimento humano, a tecnologia se encontra no foco das discussões e tem sido enfaticamente citada pelos veículos de comunicação, algumas vezes de maneira otimista e, em outras, de maneira extremamente pessimista e ameaçadora da condição humana.

Com frequência e equivocadamente, o termo tecnologia tem sido utilizado para se referir apenas a um produto, geralmente, uma máquina. Na terapia intensiva é assim que se costuma pensar a tecnologia: máquinas que parecem ser a alma, a espinha dorsal dessas unidades.

Essa forma de pensar a tecnologia da terapia intensiva talvez possa estar relacionada às máquinas, como as bombas de infusão, os monitores cardíacos, as camas eletrônicas, os ventiladores mecânicos etc., que parecem estar muito bem integradas nessas unidades e nos cuidados de enfermagem que lá são prestados, como se para eles tivessem nascidas.

As máquinas que parecem dar sentido à terapia intensiva são, atualmente, uma espécie de marco referencial, de tal forma que se tornou impossível pensar nessas unidades sem a sua presença. Nesse sentido, pode-se considerar que o cuidado de enfermagem e as tecnologias de terapia intensiva sofrem influências de um contexto marcado pelo avanço científico e tecnológico que, por mais que se negue, tem sido considerado determinante no comportamento dos profissionais de enfermagem e

no modo como cuidam e se relacionam com seus clientes na terapia intensiva.

Isso direciona para os seguintes questionamentos: a suposta ameaça ao humano em terapia intensiva na assistência ao cliente em pós-operatório de cirurgia cardíaca justifica-se pelo predomínio do uso de tecnologias duras ou pelo uso de técnicas para cuidar em enfermagem nessas unidades? Existe nos conceitos de cuidado de enfermagem ao cliente crítico, o devido espaço para se considerar as novas tecnologias duras? Que implicações elas podem trazer para a prática de cuidar de clientes críticos?

As respostas a essas questões não serão encontradas ao final deste estudo, pois há necessidade de reflexões mais aprofundadas acerca dessa temática a partir do enquadramento teórico e metodológico apropriados. Assim, embora não seja objetivo deste estudo apresentar respostas para todas essas perguntas, espera-se trazer algumas contribuições para novas reflexões.

Tem este estudo os objetivos de identificar, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, o significado da tecnologia no cuidado de enfermagem a clientes críticos dependentes de tecnologias duras no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca em terapia intensiva; e analisar como esses significados poderão influenciar o cuidado de enfermagem.

O estudo se justifica pela urgente necessidade de se identificar, na assistência de enfermagem a clientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca em unidades de terapia intensiva (UTI), situações potencialmente comprometedoras da qualidade da assistência e do cuidado de enfermagem prestados ao cliente crítico dependente de tecnologias duras nessas unidades, de modo que seja possível traçar medidas mais efetivas na melhoria da qualidade da assistência e do cuidado de enfermagem, o que ainda não foi possível ser alcançado, utilizando-se medidas que se autointitulam humanizadoras.

A relevância do estudo reside nas contribuições para o ensino, para a pesquisa e, sobretudo para a prática de cuidar em unidades de terapia intensiva, uma vez que os dados apresentados, dado a sua cientificidade e maior consistência, tronam-se capazes de balizar novas estratégias e políticas assistenciais nessas unidades.

Com relação à pesquisa, o estudo pode contribuir para o preenchimento da lacuna e da enorme escassez de trabalhos que tratam com propriedade da temática: humanização dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva.

Metodologia

O método utilizado foi o quantitativo-qualitativo. Essa abordagem permitiu uma melhor compreensão do objeto estudado, além de facilitar a maneira pela qual os dados encontrados foram interpretados à luz do referencial teórico proposto.

A opção por esse método se deveu à busca da complementação entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana.⁵

Nesse sentido, torna-se oportuna neste estudo a valiosa associação entre o método quantitativo, que se apropriou da análise estatística para o tratamento dos dados, e o método qualitativo, direcionado para a investigação dos significados das relações humanas no cuidado de enfermagem em UTI, na busca do que é humano e desumano, e como a ideia de desumanização se confunde com o descuidado.

Quanto às abordagens metodológicas entendidas como quantitativa e qualitativa, sua contribuição refere-se ao fato de que as duas possibilitam um “diálogo” entre as diferenças.⁶ Desse modo, foi fundamental a escolha da multirreferencialidade como referencial teórico, que permitiu buscar apoio de diferentes disciplinas para a construção do escopo desta pesquisa.

A esse respeito, mais rica do que qualquer teoria e pensamento, a multirreferencialidade permitiu analisar o significado do cuidado em unidade de terapia intensiva e buscar o que havia além do visível e do morfológico na realidade social dos profissionais de enfermagem que atuam nessas unidades.

A multirreferencialidade é um trabalho que objetiva reunir todos os meios suscetíveis de suprimir, ou mais modestamente, de diminuir a indeterminação de uma situação e sua incoerência existencial.⁷

Ela é uma pluralidade de olhares e de pontos de vistas que supõem, por sua vez, diferentes linguagens descritivas, que não devem ser reduzidas ou confundidas umas com as outras, porque com frequência procedem de paradigmas bem distintos.⁸

Como se optou por essa estratégia metodológica, as informações dos questionários foram separadas em dois momentos, a fim de serem contemplados os dados qualitativos e os quantitativos. Da mesma forma, utilizou-se uma técnica específica para análise dos dados qualitativos, e outra para a análise

dos dados quantitativos. Para a organização, o tratamento e a análise dos dados qualitativos, optou-se pela análise de conteúdo, modalidade análise temática. Para os dados quantitativos, utilizou-se a estatística a fim de identificar apenas a frequência simples.

Sobre a estatística, ressalte-se que ela se baseia na premissa de que, ao se observar o resultado de uma pesquisa, existem duas explicações possíveis para os resultados encontrados: um motivo, que é a causa da diferença entre os grupos para os quais foi planejada a pesquisa; e o acaso, que é a ausência de uma causa para explicar a diferença, sendo esta devida à casualidade ou azar. Assim, sempre que uma aumenta, a outra diminui.⁶

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado.⁶

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Ao se utilizar esse tipo de análise, objetivou-se, entre outros aspectos, tratar as informações oriundas de discursos/falas de sujeitos previamente investigados acerca do objeto proposto, onde foi possível o nucleamento de ideias afins que apontaram para a categorização dos temas.

A análise de conteúdo deseja compreender o que se encerra no discurso, isto é, o sentido da fala dos sujeitos. Aquilo que está “subentendido” e/ou “oculto” pelo discurso, buscando-se sua decodificação em unidades de compreensão e posteriores categorias.⁹

A estratégia utilizada para a produção de dados foi a aplicação de um questionário, para que os profissionais apontassem as situações as quais consideravam ameaçadoras da condição humana na assistência de enfermagem a clientes dependentes de tecnologias no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca em UTI.

Embora o objeto de investigação tivesse relação com prática de cuidar junto a clientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, os cenários escolhidos para este estudo, além das unidades de pós-operatório (UPO), consideraram-se também o centro de tratamento intensivo (CTI) e a unidade coronariana (UC), pois além de serem unidades cujas presenças de tecnologias utilizadas para dar suporte avançado de vida é marcante, são também unidades que recebem clientes críticos em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Os sujeitos e a amostra do estudo

Na determinação dos sujeitos que participaram deste estudo, destacam-se alguns aspectos que envolvem a escolha e seleção, considerando que o estudo investigou questões inerentes ao cuidado em unidades de pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Os 84 sujeitos que compuseram a amostra deste estudo são enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em unidades de terapia intensiva que assistem clientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.

Os cenários utilizados no estudo foram UTI de dois hospitais de grande porte, um da rede pública e outro da rede privada de saúde, ambos localizados na cidade do Rio de Janeiro.

Durante a definição da população a ser estudada, procurou-se buscar uma representatividade numérica que possibilitasse a generalização dos resultados que foram encontrados.⁶

Diferentemente, com relação à abordagem qualitativa, a preocupação com a generalização foi menos importante. Nesse momento de produção de dados, a preocupação maior foi com o aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno investigado. Assim, em se tratando de uma pesquisa que abordou um fenômeno inerente ao dia a dia da enfermagem em unidades de terapia intensiva, foi imprescindível a determinação de uma amostra capaz de dar conta da necessária representatividade numérica e qualitativa.

Na escolha dos sujeitos que participaram deste estudo, atentou-se também para os aspectos éticos. A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos, como por exemplo, o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), além das disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e das legislações brasileiras correlatas, tais como Código de Direitos do Consumidor, Código Civil e Código Penal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19/09/90 entre outros.

Isso incluiu a elaboração de instrumentos específicos para a produção de dados e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, dos indivíduos-alvo; a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência),

comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; a garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); e a relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis (justiça e equidade).

Todos os entrevistados neste estudo, em seu cotidiano profissional, assistem e cuidam de clientes críticos em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Resultados e Discussão

O perfil dos entrevistados ficou assim caracterizado: os técnicos de enfermagem compuseram 47% da amostra, enquanto que os enfermeiros representaram 46%. Não informaram sua categoria profissional, 9% dos entrevistados.

Quanto à unidade de atuação, 35 profissionais atuavam no CTI, 26 na unidade de pós-operatório (UPO) e 10 na unidade coronariana (UC). Não informaram a unidade de atuação, 3 profissionais de enfermagem que compuseram a amostra estudada.

No que diz respeito ao tempo de experiência profissional em terapia intensiva, 16% dos profissionais tinham menos de um ano de experiência, 18%, entre 6 anos e 10 anos, e 23%, mais de 10 anos. Entretanto, 43% da amostra foi composta por profissionais entre um e cinco anos de experiência em terapia intensiva. A maior concentração de enfermeiros foi observada no centro de terapia intensiva (n=17), seguido da unidade de pós-operatório (n=12) e a unidade coronariana (n=6).

A amostra de técnicos de enfermagem teve maior concentração, a exemplo dos enfermeiros, no CTI e no UPO, ambos com 15 profissionais em cada unidade, seguido da UC, com apenas 3 técnicos.

Quanto ao vínculo empregatício, 30% da amostra compreendeu profissionais que trabalham em unidades privadas, 56% por profissionais que trabalham em unidades públicas, e 14% não quiseram informar o seu vínculo empregatício.

Das variáveis utilizadas para caracterizar a desumanização em terapia intensiva, 14% dos entrevistados apontaram o barulho constante dentro das unidades; outros 14%, os comentários inoportunos à beira do leito, como as principais situações consideradas como ameaçadoras da condição humana em unidades de terapia intensiva, durante o pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.

A falta de privacidade e o fato de os profissionais se referirem aos clientes pelo número do leito ou do prontuário, também foram apontados como situações ameaçadoras, por 12% dos participantes da pesquisa.

Enfermeiros e técnicos parecem pensar de modo bem próximo em relação às situações que poderão contribuir para a ideia de desumanização na terapia intensiva. Entretanto, proporcionalmente, mostram grandes disparidades em relação a algumas situações, como por exemplo, falta de privacidade do cliente, supervalorização da tecnologia e escassez de diálogo entre o profissional e o cliente, que foram apontadas como situações desumanizadoras por um número bem maior de enfermeiros do que de técnicos.

O maior exemplo dessa disparidade ficou evidente na preocupação dos profissionais quanto à restrição dos clientes ao leito na terapia intensiva. Enquanto 16 enfermeiros disseram estar preocupados com essa situação, apenas 6 técnicos de enfermagem citaram essa situação como capaz de contribuir para a desumanização na terapia intensiva.

Também houve semelhança no modo como pensam os profissionais de enfermagem quando se considera o tempo de experiência profissional. Tanto os mais quanto os menos experientes mostraram-se mais preocupados com os comentários inoportunos junto ao leito dos clientes. Essa situação foi lembrada por 13 dos 20 profissionais com mais de 10 anos de experiência em terapia intensiva, e por 9 dos 13 profissionais com menos de um ano de experiência. O barulho constante foi a preocupação de 26 dos 36 profissionais com tempo de experiência entre um e cinco anos.

Os comentários inoportunos à beira do leito do cliente e o barulho constante na terapia intensiva foram as maiores preocupações dos entrevistados, independentemente da categoria profissional e da unidade mantenedora. Nesse sentido, o barulho constante foi preocupação de 39 dos 40 profissionais que atuam na rede pública de saúde, e de 12 dos 12 que atuam na rede privada. Proporcionalmente, os profissionais da rede privada de saúde são unanimidade em apontar os comentários inoportunos como principal responsável pela desumanização nas unidades de terapia intensiva pertencentes à rede privada.

Entretanto, os profissionais de saúde da rede privada se mostraram pouco preocupados com a falta de diálogo entre os profissionais de enfermagem e o cliente durante a assistência de enfermagem em UTI. Proporcionalmente, apenas 16% dos entrevistados que

atuam na rede privada mostraram-se preocupados com essa situação.

O acesso de familiares para a realização de visitas na terapia intensiva foi uma situação lembrada por pouquíssimos profissionais de enfermagem, tanto da rede pública como da rede privada. Essa situação foi lembrada por apenas 27% dos entrevistados que atuam na rede pública de saúde, e 25% dos profissionais que atuam na rede privada.

Ao analisar as falas dos sujeitos, a partir das respostas dadas às questões discursivas, 51 entrevistados (aproximadamente 60% da amostra) acreditam que o uso de tecnologias, como mediadora do cuidado na terapia intensiva poderá ser associado a situações que poderão ser consideradas como descuidado nas unidades de terapia intensiva. Essa pergunta não foi respondida por 23% da amostra, enquanto que 13 entrevistados disseram não acreditar que seja possível estabelecer este tipo de associação ou correlação.

A supervalorização do uso da tecnologia foi citada por 39 entrevistados (46% da amostra), como sendo uma situação capaz de levar à desumanização na terapia intensiva. Assim, enquanto aproximadamente 60% da amostra acredita que é possível associar a supervalorização do uso de tecnologias ao descuidado em terapia intensiva, aproximadamente 47% dessa mesma amostra apontam a supervalorização da tecnologia como capaz de levar à desumanização nessas unidades, numa clara demonstração de que a ideia de desumanização se confunde com a ideia de descuidado.

Esse dado é muito interessante, pois permite questionar até que ponto as situações apontadas como desumanizadoras na terapia intensiva poderiam ser consideradas como descuidado. Proporcionalmente, o percentual de entrevistados que considera como descuidado a supervalorização da tecnologia na assistência ao cliente crítico em terapia intensiva é apenas 13% maior do que aqueles que a apontam como desumanizadora (60% e 47%, respectivamente).

Mesmo entendendo que o cuidado de enfermagem não é sinônimo de procedimentos técnicos e que a sua essência não muda, independentemente do cliente que é cuidado e do ambiente onde se cuida, acredita-se que o modo como se cuida possa ser influenciado por essas variáveis (cliente e ambiente).¹⁰

Para esses profissionais, o cuidado de enfermagem para clientes dependentes de tecnologia em terapia intensiva significa uma prática racional, pautada em

conhecimentos científicos, o que pode ser observado nas falas dos profissionais de enfermagem, que seguem identificadas por letras e números, de modo a garantir o anonimato:

E11 - "Prestar atendimento técnico/científico ao cliente, visando o máximo de bem-estar."

O cuidado da enfermagem deverá considerar os aspectos da subjetividade para além dos aspectos técnicos, identificando problemas e buscando possíveis soluções:

E44 - "Cuidado e tecnologia são um binômio. Estes juntos e harmoniosamente caminham para uma recuperação plena do cliente."

Embora alguns possam apontar que o uso de tecnologias no cuidado em terapia intensiva pode se relacionar com a ideia de desumanização ou de descuidado, ela é apontada por muitos como algo que veio para facilitar o trabalho da enfermagem, e não como algo que possa substituir o cuidado de enfermagem, o que poderia se caracterizar como descuidado.¹¹

E7 - "A tecnologia nos permite uma monitorização mais precisa, mas não dispensa o olhar e a percepção que só nós temos."

Nesse sentido, para não se tornar descuidado, o cuidado de enfermagem em terapia intensiva não deverá se utilizar apenas das informações proporcionadas pelas tecnologias de monitorização, por exemplo, mas também no que os sentidos do profissional podem observar durante a assistência. As tecnologias apenas ampliam a capacidade de monitorização dos profissionais de enfermagem.

Esses dados reforçam o entendimento dos autores de que a tecnologia utilizada em terapia intensiva não pode ser entendida como algo ameaçador da condição humana e, portanto, desumanizadora, mesmo que para muitos a ideia de desumanização possa ter alguma relação com o seu ou com a maneira como se relaciona com elas, quando se cuida dos clientes. Prova disso é que muito embora possa haver tal preocupação, são o barulho constante e os comentários inoportunos, as situações vivenciadas por esses profissionais que mais se relacionam com a ideia de desumanização, o que para estes autores seria descuidado.¹²

O nível de ruídos nas unidades de terapia intensiva é um problema que tem sido abordado por muitos autores. No pós-operatório de cirurgia cardíaca, por exemplo, ele é apontado como gerador de estresse e importante aspecto a ser considerado no alívio não

medicamentoso da dor no pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas.¹³

Mesmo sabendo que, durante o funcionamento normal de muitos equipamentos na terapia intensiva, os alarmes são importantes geradores de ruídos, principalmente aqueles gerados por equipamentos de monitorização, não se pode deixar de considerar que a dinâmica da assistência de enfermagem e o próprio fluxo de profissionais dentro dessas unidades concorrem para a geração de ruídos.

Com relação aos comentários inoportunos junto ao leito dos clientes, uma preocupação proporcionalmente maior entre os profissionais da rede privada e entre os profissionais com mais ou com menos tempo de experiência em terapia intensiva, acredita-se que, dependendo do seu teor, poderão ser iatrogênicos.

Não raramente, na terapia intensiva, os doentes apresentam com algum nível de rebaixamento do nível de consciência, o que não obrigatoriamente irá abolir a sua percepção auditiva. Exemplo disso são os diversos relatos de doentes que se encontravam em coma e, ao deixarem esse estado, disseram se lembrar de muitas coisas que ouviram enquanto se encontravam em coma.

As iatrogenias poderão acontecer durante a assistência e prestação de cuidados de enfermagem, tendo forte relação com imperícia, imprudência e negligência, inclusive quando provocadas por comentários inoportunos acerca do estado de saúde do cliente que, pela preocupação dos sujeitos deste estudo, não são raros na terapia intensiva, o que poderá ser perfeitamente considerado como uma iatrogenia relacionado à assistência e ao cuidado de enfermagem. No entendimento dos autores, configura-se, também, não como um ato de desumanização, mas de descuidado.¹⁴

Por outro lado, na contramão de muitas propostas que se autointitulam humanizadoras, a dificuldade de acesso dos familiares para visitas na terapia intensiva não se configura tão ameaçadora da condição humana, portanto, desumanizadoras, para os sujeitos deste estudo.

Curioso foi constatar que, proporcionalmente, para os profissionais da rede pública, o acesso dos familiares para visitas na terapia intensiva, parece ter sido o aspecto que menos se relaciona com a ideia de desumanização na terapia intensiva. Já profissionais da rede privada apontaram a falta de diálogo entre a equipe e o cliente.

Estes dados carecem de mais investigações e análise mais profunda de modo que se possa encontrar explicações para eles. Desse modo, qualquer análise, ainda que preliminar, estaria pautada apenas em meras opiniões e especulações. Entretanto, acredita-se na hipótese de que a explicação para esses achados poderá está nas normas e rotinas institucionais, diferentes nas unidades de terapia intensiva das duas redes.

Não obstante, cada um desses aspectos, independentemente de terem sido mais ou menos citados pelos sujeitos deste estudo, revelam de diferentes formas, a necessidade de se pensar e refletir sobre as práticas de cuidar e assistir em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.

Conclusões

As condições ideais para a realização do cuidado de enfermagem a clientes críticos não dependem somente de uma categoria profissional ou outra, mas de uma série de variáveis, entre as quais, a condição do cliente e o ambiente no qual ele será cuidado.

A qualificação desses profissionais, embora neste estudo não tivesse sido objeto de investigação, assim como a busca por um modelo de gestão participativa e trabalho em equipe, são aspectos que precisam ser pensados como estratégias para se melhorar a qualidade da assistência em terapia intensiva.¹⁵

O impacto que a tecnologia traz para o cuidado faz com que a enfermagem projete novas perspectivas para cuidar e assistir clientes críticos em UTI. Criar, conhecer, dominar e refletir sobre o uso de novas tecnologias em UTI sem dúvida irá contribuir para que os cuidados de enfermagem possam ser prestados de forma segura, otimizando assim a assistência de enfermagem.

A partir dos resultados apresentados neste estudo, foi possível constatar que ao se prestar cuidados de enfermagem, sobretudo em unidades de terapia intensiva, há que se considerar o conhecimento científico e todas as outras formas de tecnologia como fundamentais para que se possa oferecer um cuidado livre de iatrogenias, embora se tenha a plena convicção que o ser humano precisa ser entendido em todas as suas dimensões, independentemente da unidade onde ele estiver sendo cuidado.

A tecnologia não pode mais ser vista como algo que possa comprometer o cuidado de enfermagem e nem ameaçar a condição humana, também. Ela é importante ferramenta que veio para se somar aos cuidados de enfermagem, complementando-o.

O fato de a equipe de enfermagem concentrar suas atenções muito mais nas situações críticas, muitas delas exigindo a utilização de máquina e equipamentos para cuidar e assistir, pode realmente dificultar o controle de outras situações e fatores que atingem e expõem os clientes a condições vistas como desumanas. Talvez por essa razão, frequentemente, associa-se a ideia de impessoalidade, insensibilidade, automatização, mecanização ao entendimento de desumanização nessas unidades.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

O presente estudo não está vinculado a qualquer programa de pós-graduação.

Referências

1. Sibilia P. O homem pós-orgânico: a reformatação dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais. [Dissertação de mestrado]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2002.
2. Merhy EE. Em busca da qualidade serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Oliveira LC. (org). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994:117-60.
3. Coelho MJ. O socorro, o socorrido e o socorrer: cuidar / cuidados em enfermagem de emergência. Rio de Janeiro: Anna Nery; 1999.
4. Vargas M. História da técnica e da tecnologia. São Paulo: UNESP; 1994.
5. Polit DF; Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2a. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1995.

7. Ardoino J. Pratiques de formation (analyses) l'approche multiférentielle. Paris: Université de Paris; 1993;III(25-26):15-34.
8. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):7-14.
9. Castro AA. *Medicina Baseada em Evidências*. São Paulo: Lemos; 1998.
10. Badin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Setenta; 1988.
11. Silva RCL. O significado do cuidado em unidades de terapia intensiva e a (des)construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
12. Silva RCL, Figueiredo NMA, Porto IS, et al. Challenges in the in the assistance of nursing to the aged in the postoperative of cardiac surgery. *Rev de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (Recife)*. 2009;3(1):76-79.
13. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília; 2000.
14. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-Americana de Enfermagem (São Paulo)*. 2005;13(1):105-11.