



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Educação*

ESCOLA ESTADUAL DE  
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL - EEEP  
ENSINO MÉDIO INTEGRADO À EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANUAL DO PROFESSOR

CUIDADOS AO  
PACIENTE CRÍTICO





**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Educação*

**Governador**

Cid Ferreira Gomes

**Vice Governador**

Domingos Gomes de Aguiar Filho

**Secretária da Educação**

Maria Izolda Cella de Arruda Coelho

**Secretário Adjunto**

Maurício Holanda Maia

**Secretário Executivo**

Antônio Idilvan de Lima Alencar

**Assessora Institucional do Gabinete da Seduc**

Cristiane Carvalho Holanda

**Coordenadora da Educação Profissional – SEDUC**

Andréa Araújo Rocha



ESCOLA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL  
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

## **Cuidados ao Paciente Crítico**

DISCIPLINA 23

MANUAL DO (A) PROFESSOR (A)

FORTALEZA - CEARÁ  
2013

---

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial.

---

**Elaboração e Formatação:**

Alisson Salatiek Ferreira de Freitas

**Revisão:**

Anna Margarida Vicente Santiago

Esta obra foi produzida sob a coordenação da equipe técnica-pedagógica do Ensino Médio Integrado/Escola Estadual de Educação Profissional da Secretaria de Educação do Estado do Ceará - SEDUC.

CEARÁ. Secretaria de Educação do Ceará. Curso Técnico de Enfermagem Integrado ao Ensino Médio. **Manual de Cuidados ao Paciente Crítico - Manual do Professor**. Colaboração Técnica: Alisson Salatiek Ferreira de Freitas e Anna Margarida Vicente Santiago. Ceará, 2013.

CDD - 610.7361

F866m

Palavras Chave: Enfermagem. Cuidados Críticos. Educação Profissionalizante. Materiais de Ensino.

## Apresentação




---

Caro(a) professor (a),

Este é o vigésimo terceiro Manual Pedagógico correspondente à disciplina, *Cuidados ao Paciente Crítico*, com carga horária de 80 horas/aula do terceiro ciclo do curso, que é o ciclo avançado. Este é o terceiro manual do terceiro ano do Curso Técnico de Enfermagem e contempla os temas específicos da formação do profissional técnico de enfermagem.

O manual contém os objetivos de aprendizagem referentes ao tema acompanhado do conteúdo no intuito de deixar claro para o(a) professor(a) o que é esperado do aluno ao final da disciplina.

Disponibilizamos uma bibliografia para o(a) professor(a), subsidiando-o(a) para aprofundar os debates em sala de aula, bem como, uma bibliografia de referência do manual. Também, encontrará espaços com respectivos ícones que indicará orientações ou atividades para complementar os conhecimentos adquiridos em sala de aula. Veja os significados dos ícones abaixo:

Ícone	Significados
	Este símbolo significa que a caixa de informação terá informação exclusiva para o(a) professor(a), na qual, encontrará respostas de atividades, orientações das atividades propostas e indicações de literaturas complementar.
	Este símbolo significa que a caixa de informação terá informação direcionada para o(a) aluno(a), referente a atividade de equipe ou individual que deverá realizar seguindo as orientações do(a) professor(a).
	Este símbolo significa que a caixa de informação terá informação direcionada para o(a) aluno(a) e/ou professor(a). Indica referências complementares para favorecer a compreensão do assunto trabalhado.

Elaborado no intuito de qualificar o processo de ensino-aprendizagem, este manual é um instrumento pedagógico que se constitui como um mediador para facilitar o processo de ensino-aprendizagem em sala de aula.

Embasado em métodos dinâmicos e em situações problema que aborda os conteúdos de forma participativa desenvolvendo no aluno o senso crítico e facilitando seu aprendizado através de metodologia ativa.

É importante que o(a) professor(a) compreenda o propósito do método do curso, e assim, se aproprie do conteúdo e da metodologia proposta por meio das atividades pedagógicas, fazendo um estudo cuidadoso deste manual e buscando aperfeiçoar sua didática para conduzir com sucesso as atividades propostas.

Esperamos contribuir para a consolidação do compromisso e envolvimento de todos (professores e alunos) para a formação de Técnicos em Enfermagem qualificados para exercer sua prática profissional orientada pelo saber técnico fundado no conhecimento científico consolidado e capaz de acompanhar os avanços das pesquisas na área da saúde.



## Sumário

---

<b>Objetivos de Aprendizagem</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>Conteúdos</b>	<b>11</b>	<b>11</b>
<b>Unidade de Terapia Intensiva: Conceito, história e estrutura.</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>Conversando sobre Humanização na UTI</b>	<b>20</b>	<b>18</b>
<b>Admissão e Alta de Pacientes na UTI</b>	<b>22</b>	<b>19</b>
<b>Monitorização Hemodinâmica</b>	<b>30</b>	<b>26</b>
<b>Higiene, Conforto e Segurança do Paciente na UTI</b>	<b>38</b>	<b>32</b>
<b>Alimentação e Eliminação de Paciente Grave</b>	<b>47</b>	<b>40</b>
<b>Desequilíbrio Hidroeletrólítico</b>	<b>53</b>	<b>46</b>
<b>Oxigenoterapia e Ventilação Mecânica</b>	<b>57</b>	<b>50</b>
<b>Diálise em Pacientes Críticos</b>	<b>62</b>	<b>55</b>
<b>Processo da Morte e do Morrer</b>	<b>64</b>	<b>57</b>
<b>Atuação Ética no Cuidado ao Paciente Crítico</b>	<b>67</b>	<b>59</b>
<b>Medicações no Cuidado Intensivo</b>	<b>69</b>	<b>60</b>
<b>Avaliação</b>	<b>71</b>	<b>----</b>
<b>Referências</b>	<b>72</b>	<b>62</b>
<b>Anexo</b>		

## **Objetivos de Aprendizagem**

---

*Ao final da unidade escolar os alunos devem ser capazes de...*

- ✓ Descrever os princípios de enfermagem que devem ser aplicados na prevenção de agravos, complicações e sequelas no atendimento ao paciente grave;
- ✓ Identificar os sinais e sintomas que caracterizam o agravamento do quadro clínico e agonia em paciente grave;
- ✓ Descrever os cuidados de enfermagem que devem ser realizadas diante de um paciente crítico;
- ✓ Descrever a estrutura organizacional da Unidade de Terapia Intensiva;
- ✓ Interpretar as normas e rotinas do trabalho na Unidade de Terapia Intensiva, assim como o funcionamento e utilização de equipamentos e de materiais específicos;
- ✓ Discutir o processo de trabalho da equipe na Unidade de Terapia Intensiva;
- ✓ Descrever as ações de enfermagem no que diz respeito à morte;
- ✓ Discutir a atuação da enfermagem ao paciente grave abordando limites técnicos e atitudes éticas.

## Conteúdos

---

- ✓ Princípios de enfermagem aplicados na prevenção de agravos, complicações e sequelas no atendimento ao paciente grave, na UTI geral e neonatal, Unidades coronarianas, diálise, queimados e outros;
- ✓ Principais agravos, sinais e sintomas que caracterizam o agravamento do quadro clínico e agonia em paciente grave;
- ✓ Assistência de enfermagem a paciente crítico em UTI geral e neonatal, unidade coronariana, Unidade dialítica e queimados;
- ✓ Técnicas de enfermagem em higiene, conforto, segurança, alimentação e eliminação de paciente grave;
- ✓ Técnicas de posicionamento correto no leito, proteção de membros e tronco, mudanças de decúbito, e outras que visem à segurança, o conforto e evitem complicações e sequelas;
- ✓ Estrutura organizacional da Unidade de Terapia Intensiva;
- ✓ Normas, técnicas e rotinas do trabalho na Unidade de Terapia Intensiva;
- ✓ Funcionamento e utilização de equipamentos e de materiais específicos na Unidade de Terapia Intensiva;
- ✓ Processo de trabalho da equipe na Unidade de Terapia Intensiva;
- ✓ Técnicas de enfermagem no preparo do corpo pós-morte;
- ✓ Atuação ética dos profissionais da saúde diante da morte.

## **Unidade de Terapia Intensiva: Conceito, história e estrutura.**

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é conceituada como uma “Unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar” (CREMESP, 1995).

Assim UTI tem como objetivo prestar assistência a pacientes graves e de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados.



Veja o vídeo no You Tube: “A história da UTI” Disponível em: < <http://www.youtube.com/watch?v=KILH40yCoB0> >.

Agora, depois de ter visto o filme e discutido com os colegas, faça uma síntese da história da UTI, relatando a contribuição dos seguintes personagens Florence Nightingale, Walter Edward Dandy e Peter Safar.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

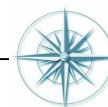
---

---

---

---

---



### **Atividade – História da UTI**

Nessa atividade é importante deixar o material preparado ou reservado com antecedência para passar o vídeo “**A história da UTI.**” O vídeo pode ser encontrado no You Tube, Disponível em: < <http://www.youtube.com/watch?v=KILH40yCoB0> > ou no CD de vídeos dessa disciplina disponibilizado na sua escola.

Após passar o vídeo, o professor deve estimular um debate entre os alunos, para saber que conceitos eles tiraram do vídeo, que fatos lhe chamaram mais atenção e ajuda-los a contextualizar esse processo com a evolução da UTI para os tempos atuais. É importante mencionar a contribuições das personagens Florence Nightingale, Walter Edward Dandy e Peter Safar .

Ao final da discussão, o professor deve solicitar que individualmente o aluno faça uma síntese sobre a história da UTI e as contribuições das personalidades. Veja um pequeno resumo sobre as personalidades:

Florence Nightingale idealiza a UTI como uma unidade de monitoração de paciente grave na Guerra da Criméia que consegue reduzir com suas ações uma mortalidade 40% para 2%.

Walter Edward Dandy, uma das mais importantes contribuições para neurocirurgia foi o método de ar na ventriculografia, no qual o fluido cerebrospinal é substituído por ar para dar forma a imagem ao raio X do espaço ventricular no cérebro.

Peter Safar foi o primeiro médico intensivista, estimulou e preconizou o atendimento de urgência e emergência, formulou o ABC primário. Na cidade de Baltimore estabeleceu a primeira UTI cirúrgica em 1962, criou a primeira disciplina de “medicina de apoio crítico”.

As Unidades de Tratamento Intensivo deve assegurar um funcionamento que atenda a um parâmetro de qualidade assegurando a cada paciente o direito à sobrevivência, assim como a garantia, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da manutenção da estabilidade de seus parâmetros vitais; o direito a uma assistência humanizada; uma exposição mínima aos riscos decorrentes dos métodos terapêuticos e do próprio tratamento em relação aos benefícios obtidos e o monitoramento permanente da evolução do tratamento assim como de seus efeitos adversos.

São várias doenças que podem levar a UTI e isso torna muito difícil a compreensão de todas elas, porém, os mecanismos de morte são poucos e comuns a todas as doenças. É atuando diretamente nos ditos mecanismos de morte que a equipe intensivista proporciona a saída do paciente de um estado crítico de saúde com perigo iminente de morte, para uma condição que possibilite a continuidade do tratamento da doença que o levou a tal estado.

#### Diagrama 1: Atividade e diferença na UTI, Semi-Intensiva e Intensivo Móvel

Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), que constitui-se de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados.

Unidade de Tratamento Semi-Intensivo (Unidade Semi-Intensiva), que constitui-se de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes, preferencialmente oriundos da UTI, que requeiram cuidados de enfermagem intensivos e observação contínua, sob supervisão e acompanhamento médico, este último não necessariamente contínuo, porém linear.

Tratamento Intensivo Móvel, que constitui-se de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados e uma frota de veículos devidamente projetados e equipados, destinados a garantir *suporte avançado de vida* durante o transporte de *pacientes graves ou de risco*, no atendimento de emergência pré-hospitalar e no transporte inter-hospitalar. Este Serviço pode ser parte integrante do serviço do hospital ou constituir-se em um prestador autônomo de Serviço de Tratamento Intensivo Móvel.

As UTI's podem ser classificadas da seguinte forma:

- ✓ **Neonatal** - atendem pacientes de 0 a 28 dias;
- ✓ **Pediátrico** - atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;
- ✓ **Adulto** - atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;
- ✓ **Especializada** - voltada para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupo específico de doenças.

Pacientes na faixa etária de 14 a 18 anos incompletos podem ser atendidos nos Serviços de Tratamento Intensivo Adulto ou Pediátrico, de acordo com o manual de rotinas do Serviço.

A estrutura física da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é dividida em três tipos de recursos:

**Diagrama 2: Recursos para estruturar uma UTI**



✓ **Recursos Físicos (Planta física):** Que traz informações de como deve ser a estrutura física da UTI;

✓ **Recursos materiais:** São materiais utilizados para assegurar a assistência prestada ao paciente;

✓ **Recursos Humanos:** São os profissionais que tem por responsabilidade presta uma assistência ao paciente seja de maneira direta ou indiretamente;

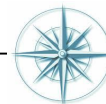


### **Estrutura da UTI – Construindo uma Maquete**

Em equipe irão pesquisar em livros, manuais e internet, sobre a estrutura da UTI. Sugiro a leitura da portaria Nº 466, DE 04 DE JUNHO DE 1998 do Ministério da Saúde do Brasil.

Após a pesquisa, devem juntos debaterem e compreenderem os aspectos importantes da estrutura da Unidade de Terapia Intensiva e posteriormente a esse processo a equipe deve construir uma maquete de uma UTI que segue as recomendações necessárias para o funcionamento da mesma.





## **Atividade – Estrutura Física: Construção de uma Maquete**

### **Objetivo:**

Facilitar a compreensão da estrutura da Unidade de Terapia Intensiva.

### **Material necessário:**

- ✓ Cartolina ou papel madeira;
- ✓ Pincéis para cartolina ou canetinha;
- ✓ Lápis de cor;
- ✓ Revistas;
- ✓ Tesoura sem ponta;
- ✓ Cola;
- ✓ Material reciclado (Caixa de medicação, garrafa pet, dentre outros);
- ✓ Fita adesiva;
- ✓ Laboratório de informática.

### **Aplicação da dinâmica:**

Separar a turma em equipes de cinco a seis alunos, a escolha pode seguir as orientações de separação de grupo sugerido em manuais anteriores;

O professor deve conduzir o aluno no processo da pesquisa e compreensão da estrutura. Sugiro a leitura da portaria Nº 466, DE 04 DE JUNHO DE 1998 do Ministério da Saúde do Brasil;

Orientar que cada equipe deverá construir uma maquete que representará a UTI, na visão da equipe, com as recomendações estruturais do setor;

Após a construção da planta física a equipe deve apresentar a maquete em plenário para uma rápida discussão em grupo;

O fechamento do assunto, a síntese e a identificar algumas fragilidades do conhecimento fica na responsabilidade do professor, para sanar qualquer dúvida que ainda possa existir nos alunos.

### ➤ Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar

Os profissionais que prestam assistências na Unidade de Terapia Intensiva são nomeados como intensivistas. A equipe de atendimento é multiprofissional e interdisciplinar, constituída por diversas profissões: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem, dentre outros.

<b>Médico Intensivista</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cabe a este profissional evoluir e medicar diariamente os pacientes internados nos aspectos nutricionais, cardiológicos, pulmonares, neurológicos entre outros.</li></ul>
<b>Enfermeiro Intensivista</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Formação para o atendimento de pacientes de alta complexidade com grande dependência no leito. Supervisiona a ação do grupo de técnicos e auxiliares de enfermagem, como a higienização, controle das medicações e prescrições, tendo papel assistencial fundamental.</li></ul>
<b>Fisioterapeuta Intensivista</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atua na manutenção e prevenção de vários aspectos da fisiologia em virtude da dependência total ou parcial do paciente que pode culminar na chamada síndrome do imobilismo.</li></ul>
<b>Nutricionista</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Efetua diagnósticos e evoluções dietéticas específicas, coordenando, organizando e acompanhando as prescrições nutricionais.</li></ul>
<b>Psicólogo Intensivista</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Todos os aspectos emocionais, seja do paciente, da família ou da equipe, são constantemente avaliados e observados através da psicologia intensiva.</li></ul>
<b>Assistente Social</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• atua no apoio a família e paciente em situações externas ou internas que possam impor dificuldades não relacionadas ao andamento terapêutico direto, seja no âmbito familiar, do trabalho ou pessoais.</li></ul>

É fundamental tanto para o paciente como para a família compreender a UTI como etapa essencial para a superação da doença,

porém, tão importante é aliviar e proporcionar conforto independente do prognóstico. A equipe está orientada no respeito à dignidade e autodeterminação de cada pessoa internada, estabelecendo e divulgando a humanização nos seus trabalhos, buscando amenizar os momentos vivenciados através do paciente e família.



Veja o vídeo no You Tube: “Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva” Disponível em: < <http://www.youtube.com/watch?v=3Wseo4DbPQo> >.

Agora, após ter visto o vídeo, debata com os colegas, alguns aspectos da atuação da enfermagem na UTI. Caso queira fazer alguma anotação esse espaço está resevado para você.

---

---

---

---

---

---



O professor deve separar com antecedência o material necessário para passar o vídeo, recomendo que assista antes dos alunos. O vídeo fala da atuação do enfermeiro, contudo traz vários apontamentos de dimensão estrutural, material e pessoal necessários na UTI.

Torna-se importante explicar para os alunos alguns aspectos administrativos e organizacionais como, por exemplo, dimensionamento de pessoas o que significa e quem tem a responsabilidade para fazer.

## Conversando sobre Humanização na UTI

A Humanização na UTI é compreendida no processo de cuidar do paciente como um todo, envolvendo o contexto familiar e social. Essa prática deve incorporar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um, ou seja, uma assistência que considera o indivíduo como um todo biopsicossocioespiritual. Para que isso ocorra é necessário um conjunto de medidas que englobam o ambiente físico, o cuidado dos pacientes e seus familiares e as relações entre as equipes de saúde.



Individualmente ou em pequenos grupos faça a leitura dos artigos: **“Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI.”** ou **“Promoção do Cuidado Humanizado à Família pela Equipe de Enfermagem na Unidade Neonatal.”** ou **“O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido”** ou **“Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva”**. Agora siga as orientações do seu professor, para realização de uma atividade de fixação.



## Leitura do Artigo

### Material Necessário:

- ✓ Folhas de papel madeira ou ofício;
- ✓ Pinceis para cartolina ou canetinha;

### Aplicação da dinâmica:

- Organizar a sala em formato de semicírculo, para que todos os alunos possam se sentir convidados a dialogar sobre a temática discutida e tenham um campo de visão livre para o local de apresentação dos colegas;
- Deve separar os alunos em pequenas equipes, exemplo: Turma que possuir quarenta alunos ficará com dez equipes contendo quatro alunos em cada. Após a separação dos alunos sortear um dos quatro artigos para que leiam e discutam sobre o artigo lido;
- Devem construir uma síntese sobre humanização relatada no artigo lido;
- Caso deseje, a síntese geral pode ser construída em união dos grupos pequenos que leram o mesmo texto e fizeram os apontamentos iniciais, ao reunir-se devem em consenso criar um painel do artigo estudado;
- O painel deve ser apresentado e discutido em plenário;
- É fundamental que o professor faça anotações da discussão em plenário e faça um fechamento, identificando quais problemas os artigos trouxeram para que a humanização seja fragilizada e quais sugestões para minimizar ou resolver esses problemas;
- No fechamento passe o seguinte vídeo do You Tube: “Depoimentos de Pacientes na UTI” Disponível em: < [http://www.youtube.com/watch?v=OSZkghs\\_Rdk](http://www.youtube.com/watch?v=OSZkghs_Rdk) > ou no cd de apoio pedagógico.

## **Admissão e Alta de Pacientes na UTI**

O Estado do Ceará, por meio da Portaria SESA Nº 879/2003, cria uma Comissão Técnica em Terapia Intensiva com objetivos de acompanhar a utilização adequada dos leitos de UTI no Estado do Ceará.

Então para organizar o processo de admissão e alta a comissão, após avaliação dos fatores nacionais e regionais, propõe as seguintes medidas:

- ✓ Níveis de priorização para indicação apropriada dos leitos de UTI;
- ✓ Condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão à UTI;
- ✓ Critérios de alta da UTI; e
- ✓ Outras recomendações, incluindo o papel da Central de Regulação, do Médico Regulador e do Auditor.

### ➤ **Critérios de priorização**

Os critérios de priorização na Regulação Médica das solicitações de internação em UTI são:

**Quadro 1: critérios de prioridade para admissão na UTI**

<b>Nível</b>	<b>Conceito</b>
<b>PRIORIDADE 1</b>	<p>Pacientes criticamente enfermos e instáveis que necessitam de cuidados de terapia intensiva e monitoração que não pode ser provida fora de ambiente de UTI. Usualmente esses tratamentos incluem suporte ventilatório, drogas vasoativas contínuas, etc..</p> <p>Nesses pacientes não há limites em se iniciar ou introduzir terapêutica necessária. Exemplos desses doentes incluem choque ou pacientes com instabilidade hemodinâmica, pacientes em insuficiência respiratória aguda necessitando suporte ventilatório.</p>

<b>PRIORIDADE 2</b>	Pacientes que necessitam de monitoração intensiva e podem potencialmente necessitar intervenção imediata. Geralmente não existe terapêutica estipulada para estes pacientes. Exemplos incluem pacientes com condições comórbidas crônicas que desenvolvem doenças agudas graves clínicas ou cirúrgicas.
<b>PRIORIDADE 3</b>	Pacientes criticamente doentes, mas que têm uma probabilidade reduzida de sobrevida pela doença de base ou natureza da sua doença aguda. Esses pacientes podem necessitar de tratamento intensivo para aliviar uma doença aguda, mas limites dos esforços terapêuticos podem ser estabelecidos como não intubação ou reanimação cardio-pulmonar. Exemplos incluem pacientes com neoplasia metastáticas complicadas por infecção, tamponamento ou obstrução de via aérea.
<b>PRIORIDADE 4</b>	<p>Pacientes que geralmente não são apropriados para admissão à UTI. A admissão desses pacientes deve ser feita em base individual, em circunstâncias não usuais e ao discernimento do Diretor Clínico da UTI. Esses pacientes podem ser colocados em duas categorias:</p> <p>4.1 Benefício mínimo, se algum, de cuidados intensivos devido ao baixo risco de intervenção ativa que não possa ser realizada em ambiente fora da UTI. (<b>Pacientes com estado muito bom para se beneficiar de UTI</b>).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 4.2 Pacientes com doenças terminais ou irreversíveis, com probabilidade de morte iminente (<b>pacientes com estado muito ruim para se beneficiar de UTI</b>). Por exemplo: dano cerebral grave irreversível, disfunção de múltiplos órgãos irreversível, câncer metastático irresponsivo à quimio/radioterapia, pacientes com capacidade de tomar decisões que declinam de cuidados de terapia intensiva e/ou monitoração intensiva e que recebem apenas cuidados paliativos (de conforto apenas), morte encefálica de não doadores ou pacientes em estado vegetativo persistente.</li></ul>

## ➤ **Atuação da equipe de enfermagem**

### ✓ **Rotina de admissão**

- ↻ Receber o paciente e identificar-se;
- ↻ Identificar a equipe e o profissional que ficarão em contato direto com o paciente;
- ↻ Conferir o prontuário quanto ao número do leito, registro e o nome do paciente;
- ↻ Orientar o paciente quanto à rotina da unidade, se houver condições;
- ↻ Proceder á admissão: monitorização cardíaca, sinais vitais, controle de venólise, PVC (Pressão Venosa Central), drenos, PAM (Pressão Arterial Média), PIC (Pressão Intra-Craniana) e outros.
- ↻ Realizar as anotações de enfermagem;
- ↻ Anotar a admissão no livro de registros;
- ↻ Verificar exames e procedimentos que necessitam ser realizados;
- ↻ Organizar prontuário;
- ↻ Orientar a família quanto às rotinas da UTI.

### ✓ **Rotina de Alta da Unidade de Terapia Intensiva**

- ↻ Verificar se alta está prescrita na prescrição médica;
- ↻ Anotar em livro de registro;
- ↻ Orientar paciente sobre a alta (destino);
- ↻ Organizar o prontuário;
- ↻ Confirmar a liberação da vaga com o enfermeiro da unidade;
- ↻ Providenciar a limpeza terminal do box;
- ↻ Recompôr a unidade com vidro de aspiração, macronebulização, inspirador, materiais;
- ↻ Testar equipamentos;
- ↻ Arrumar o leito.

### ✓ **Rotina de Montagem do Leito**

- ↻ Arrumar o leito com roupas de cama de acordo com a técnica mencionada em módulos anteriores;



⇨ Disponibilizar à beira do leito uma bandeja ou, se houver gavetas, armazenar nelas luvas de procedimentos e máscaras, cateter de oxigênio, água estéril, sonda de aspiração e material para coleta de exames laboratoriais e punção venosa;

⇨ Disponibilizar para cada leito umambu com extensão e máscara em boas condições de uso;

⇨ Verificar e conferir a régua da cabeceira do leito;

⇨ Verificar se estão conectadas as válvulas de saídas de oxigênio, ar comprimido;

⇨ Instalar o fluxômetro com água estéril até a marca indicada com sua extensão para a conexão do cateter de oxigênio, ou instalar um fluxômetro com água estéril até a marca indicada com sua extensão para conexão de máscara para nebulização contínua;

⇨ Conectar os eletrodos nas conexões do monitor cardíaco;

⇨ Nos casos de monitor multiparâmetros, conectar o manguito de pressão não invasiva e oxímetro;

⇨ Testar o monitor simples ou multiparâmetros;

⇨ Conectar o respirador às saídas de oxigênio e ar comprimido, ou somente oxigênio, de acordo com o modelo, e testá-lo.



**Prática de Organização e Preparação do Leito**

Junto com o professor, iremos relembrar a técnica de preparação do leito e admissão e alta do paciente, nesse momento deve-se levar em consideração que o paciente é de cuidados intensivos. Veja o procedimento preparo do leito no seu Manual de Procedimentos Técnicos. Cód. 3.3, pág. 98.

Logo após a prática de arrumação do leito, junto com um colega debater que informações fundamentais para os cuidados do técnico de enfermagem são fornecidos nos formulários a seguir (Imagem 1, 2 e3). Escreva essas informações abaixo:

---



---



---



---



---



---



---



## Admissão e Alta do Paciente na UTI

Torna-se importante o professor fazer um momento de exposição do tema antes de realizar a prática de arrumação do leito.

### Recursos Necessários:

- ✓ Agendamento do laboratório de enfermagem;
- ✓ Jaleco;
- ✓ Manual de procedimentos técnicos;

### Aplicação da dinâmica:

- O professor deve dividir a sala em grupos de no máximo 10 alunos ou em dois grandes grupos (o professor tem autonomia para conduzir melhor o seu trabalho dentro da sala de aula, essa divisão são sugestões) para conduzir ao laboratório e os demais alunos irão ficar na sala de aula aguardando o seu momento;
- É importante o professor solicitar auxílio de dois alunos (sugiro o líder e vice-líder da sala) eles devem está em grupos separados para que em nenhum momento um dos dois esteja ausente da sala de aula, eles conduziram um relatório de comportamento dos alunos. Esse processo é importante para trabalhar responsabilidade e liderança.
- Os alunos que ficarem em sala devem está realizando a atividade de leitura dos artigos "**Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia intensiva e mortalidade.**" e "**Readmissões e óbitos após a alta da UTI: um desafio da terapia intensiva.**" Os artigos estão no material de apoio pedagógico. Após a leitura devem fazer uma pequena síntese sobre os dois artigos.
- Além da leitura existe outra atividade de observação dos documentos de admissão e registros de enfermagem, esses documentos devem ser observados pelos alunos e identificado que informações são fundamentais para assistência técnica de enfermagem na UTI.
- É fundamental que o professor faça um fechamento tanto das técnicas, bem como dos artigos e atividade proposta.

**Imagem 1: Folha de admissão do enfermeiro**

**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

Setor: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

Teve internação prévia em CTI: ( ) Sim ( ) Não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tempo de Permanência: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA CLÍNICA**

1- Queixa principal: \_\_\_\_\_

2- Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

3- Patologias associadas: ( ) Nega ( ) Diabetes ( ) Hipertensão Arterial ( ) Outros: \_\_\_\_\_

4- Hábitos: ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Uso de drogas: \_\_\_\_\_

5- Prótese: ( ) Dentária ( ) Ocular ( ) Auditiva ( ) Motora: \_\_\_\_\_

6- Medicamentos em uso: ( ) Não ( ) Sim/Quais: \_\_\_\_\_

7- Cirurgias Anteriores: ( ) Não ( ) Sim/Quais: \_\_\_\_\_

8- Tratamento: ( ) Não ( ) Sim/Qual: \_\_\_\_\_

9- Alergias: ( ) Não ( ) Sim/Qual: \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ESTADO EMOCIONAL**

1- Nível de Consciência: ( ) Acordado ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Comatoso ( ) Torporoso

2- Estado Emocional: ( ) Tranquilo ( ) Ansioso ( ) Agressivo ( ) Triste ( ) Agitado

**AVALIAÇÃO FÍSICA**

1- Sinais Vitais: PA \_\_\_\_\_ mmhg Tax: \_\_\_\_\_ °C FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ irm Peso: \_\_\_\_\_ Kg

2- Locomoção: ( ) Deambulando ( ) Acamado ( ) Restrito ao leito \_\_\_\_\_

3- Função Motora: ( ) Sem alteração ( ) Com alteração Qual: \_\_\_\_\_

4- Acuidade Visual: ( ) Preservada ( ) Diminuída

5- Acuidade Auditiva: ( ) Preservada ( ) Diminuída

6- Fala/linguagem: ( ) Sem alteração ( ) Com alterações Qual: \_\_\_\_\_

7- Pele/Mucosas: ( ) Normocoradas ( ) Hipocoradas ( ) Hidratadas ( ) Hipohidratada  
( ) Íntegra ( ) Lesão Tipo: \_\_\_\_\_ Localização: \_\_\_\_\_

8- Função Respiratória: ( ) Eupneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico  
( ) Ar Ambiente ( ) Macronebulização \_\_\_\_\_ l/min  
( ) Ventilação Mecânica ( ) TOT ( ) TQT

9- Alimentação: ( ) Dieta zero ( ) Oral ( ) SNE ( ) GTT

10- Função Intestinal: ( ) Regular ( ) Ausente ( ) Constipado: \_\_\_\_\_ dias ( ) Diarréia

11- Função Vesical: ( ) Espontânea ( ) Fralda ( ) CVD ( ) CVI

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

Fonte: <http://www.szpilan.com/CTI/protocolos/historico%20enfermagem.jpg>

**Imagem 2: Folha do censo diário da UTI**

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:		MOVIMENTO DO DIA:	
Nº DE LEITOS:		PACIENTES EXISTENTES:	
		ANTERIOR:	ATUAL:
<b><u>ENTRADAS</u></b>			
<b>ADMISSÕES</b>			
1	X PRONTUÁRIO	ENFILEITO	NOME
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
TRANSFERIDOS DE OUTROS SETORES			
	PRONTUÁRIO	ENFILEITO	NOME
1			
2			
3			
4			
<b><u>SAÍDAS</u></b>			
<b>ALTAS</b>			
	PRONTUÁRIO	ENFILEITO	NOME
1 \			
2 \			
3 \			
4 \			
5 \			
6 \			
7 \			
8 \			
9 \			
10 \			
TRANSFERIDOS PARA OUTROS SETORES			
	PRONTUÁRIO	ENFILEITO	NOME
1			
2			
3			
4			
<b><u>ÓBITOS</u></b>			
	PRONTUÁRIO	ENFILEITO	NOME
1			
2			
3			
4			
DATA:		\ RESPONSÁVEL DO SETOR:	

Fonte: [http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/Censo\\_diario\\_CTI.pdf](http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/Censo_diario_CTI.pdf)

Imagem 3: Folha de admissão e alta

**FICHA CLÍNICA DE ADMISSÃO E ALTA**

ADMISSÃO:  URGENTE  NORMAL

URGÊNCIA

CONS. EXTERNA: \_\_\_\_\_

RECÉM-NASCIDO  NADO MORTO

OUTRO HOSPITAL: \_\_\_\_\_

ADMISSÃO SERVIÇO: \_\_\_\_\_ PISO  CAMA  TIPO

MOTIVO INTERN. (DIAGNOST.): \_\_\_\_\_

PREVISÃO DE ALTA D  M  A

DATA D  M  A  O DIRECTOR \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS**

CAUSA EXTERNA (Lesões/Envenenamentos): \_\_\_\_\_ E  M

DIAGNÓSTICOS : Principal- \_\_\_\_\_

2º \_\_\_\_\_

3º \_\_\_\_\_

4º \_\_\_\_\_

5º \_\_\_\_\_

6º \_\_\_\_\_

7º \_\_\_\_\_

**ACTOS MÉDICOS OU CIRÚRGICOS**

DATA	MÉDICO	DESIGNAÇÃO	CÓDIGO
D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

**RESULTADO/TRANSF./ALTA**

RESULTADO:  CURADO  MELHOR.  MM. ESTADO  PIORADO  FALECIDO  INDETERM

TRANSF.SERVIÇO NÃO  SIM  QUAL \_\_\_\_\_

DATA D  M  A  H  M  O DIRECTOR \_\_\_\_\_

SAIU EM D  M  A  H  M

**DESTINO FINAL**

SERV.DOMICILIÁRIO  TRANSF.HOSP.AGUDOS

POR EXIGÊNCIA  TRANSF.HOSP. Ñ AGUDOS

ABANDONO  FALECIDO D  M  A  H  M

CASA  CONS. EXTERNA QUAL \_\_\_\_\_

OUTROS

HOSPITAL  Medicina legal   
Hospital

AUTÓPSIA? NÃO  SIM

O MÉDICO QUE VERIFICOU \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

H.S.J. mod. 1264

Fonte: [http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Ficha\\_cl%C3%ADnica\\_de\\_admiss%C3%A3o\\_e\\_alta\\_-\\_HSJ\\_1991](http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Ficha_cl%C3%ADnica_de_admiss%C3%A3o_e_alta_-_HSJ_1991)

## Monitorização Hemodinâmica

A Monitorização Hemodinâmica é compreendida por parâmetros capturados através de aparelhos conectados aos pacientes, permitindo a avaliação e acompanhamento dos dados vitais. Pode ser invasivos e não invasivos.

### ➤ Monitorização hemodinâmica não invasiva

A monitorização hemodinâmica não invasiva é utilizada de alguma forma em todas as unidades de cuidados ao paciente. Atualmente esse tipo de monitorização vem aumentando nas unidades de cuidados críticos, pois é baseado em técnicas menos invasivas, com facilidades no manuseio e de menor custo. Podemos citar como procedimentos não invasivos:

#### ✓ Pressão arterial:

A monitorização da pressão arterial não invasiva (PANI) é uma prática muito comum no dia-a-dia da equipe de enfermagem, mas mesmo parecendo simples, exige da equipe conhecimentos técnico, e pode apresentar alterações significativas para o estado clínico do paciente.



Fonte: <http://www.g3h.com.br>

Existe também o método automatizado que é muito usado nos cuidados críticos. Para usar esse método é necessário um monitor multiparâmetro, um módulo de pressão, um cabo e um manguito.

O manguito é posicionado na parte superior do braço e inflado após o acionamento do módulo de pressão não invasiva. A pressão é aumentada até que o pulso radial desapareça. Quando o manguito for desinflado progressivamente, um microprocessador, que interpreta as oscilações dentro do manguito, fornece os valores pressóricos e estabelece os valores sistólicos, médio e diastólico.

Além da verificação pressórica a monitorização eletrocariográfica serve para a medição da frequência e do ritmo cardíaco, detectam arritmias, sinal do marcapasso e isquemia cardíaca, como também pode oferecer informações como saturação de oxigênio, frequência respiratório e pulso.

#### ↗ Cuidados de enfermagem

- A pele deve ser preparada adequadamente e os eletrodos instalados nas melhores posições possíveis;
- As peles úmidas ou oleosas devem ser limpas com álcool e seca para que os eletrodos tenham uma adesão máxima;
- As áreas pilosas da pele devem ser depiladas para melhor adesão e remoção menos dolorosa dos eletrodos;
- Atenção, pois o gel redutor pode provocar uma irritação cutânea;
- Os eletrodos devem ser instalados acima de proeminências ósseas, mas não sobre área de pele frouxa, com o objetivo de reduzir o movimento;
- Os eletrodos normalmente são projetados para uso único. O gel do eletrodo seco ou a falta de gel pode provocar traços instáveis;
- O acondicionamento dos eletrodos deve ser feito de modo adequado, evitando-se exposição ao calor ou remoção dos envoltórios;
- Os eletrodos frios podem não aderir à pele, portanto devem ser aquecidos nas mãos antes da aplicação;
- Prendedores frouxos ou desgastados podem provocar mau contato entre os fios condutores e os colchetes do eletrodo;
- Rupturas nos fios condutores podem causar transmissão eletrocardiográfica dificultada, devendo ser trocados e examinados com cuidado;
- As ligações não devem ser frouxas, e devem-se evitar fios desencapados e soltos.

- Ligar os alarmes e ajustar os parâmetros de acordo com as condições clínicas do paciente: frequência cardíaca mínima e máxima, arritmias, pressão arterial, reconhecimento da presença do marcapasso;
- Prover informações sobre o equipamento e alarmes para o paciente e sua família, com o objetivo de proporcionar mais conforto e reduzir a ansiedade.

#### ✓ Eletrocardiografia - ECG

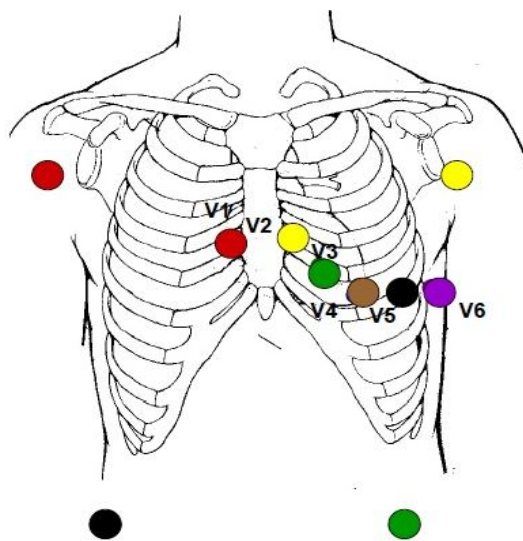
O grande marco da história da monitorização hemodinâmica foi sem dúvida, a possibilidade de aferição da pressão arterial, contudo, posteriormente, a monitorização cardíaca através do eletrocardiograma veio aprofundar e complementar esse cuidado.

As correntes elétricas que chegam a esses eletrodos provêm do coração, uma vez que cada fase do ciclo cardíaco é precedida e acompanhada de fenômenos elétricos que se difundem por todo o organismo, conhecidos como repolarização ventricular e despolarização.

Na prática clínica, o eletrocardiograma é registrado doze vezes em cada paciente, usando-se doze posições diferentes dos eletrodos. A atividade elétrica do coração é sempre a mesma, mas como ela é captada de diferentes ângulos na superfície corporal, as deflexões registradas diferem em aparência nas diversas derivações.

**Derivações eletrocardiográficas:** Este é o nome que se dá a cada etapa do registro da atividade cardíaca através de uma região diferente. Como já dissemos elas são 12 e iremos apresentar a seguir:

- ⇒ Membros – periféricas:  
**DI, DII, DIII, aVR, aVL, aVF**
- ⇒ Precordiais: **V1, V2, V3, V4, V5, V6**





O eletrodo explorador ou aquele que é usado para captar as derivações pré-cordiais está situado:

**Para V1:** no 4º espaço intercostal, na borda direita do esterno.

**Para V2:** no 4º espaço intercostal, na borda esquerda do esterno.

**Para V4:** no 5o espaço intercostal esquerdo, sobre uma linha vertical que desce do meio da clavícula.

**Para V3:** a meia distância entre V2 e V4.

**Para V5:** na interseção da linha horizontal, que parte de V4, **com a linha axilar anterior.**

**Para V6:** na interseção da linha horizontal, que parte de V4, com a linha axilar média.

Fonte: <http://ppugases.com.br/>



#### ✓ Oximetria de pulso;

É um método seguro e simples para avaliar a oxigenação do paciente. Reflete a monitorização da saturação de oxigênio da hemoglobina arterial pelo oxímetro de pulso.

pulso.

A molécula de hemoglobina é capaz de carregar 98-99% de todo o oxigênio presente no sangue. A molécula de hemoglobina é considerada saturada quando está ligada a quatro moléculas de oxigênio – oxiemoglobina.



<http://catalogohospitalar.com.br/>

A saturação de oxigênio reflete a quantia de hemoglobina que está ligada com oxigênio.

O oxímetro de pulso pode ser usado para detectar a presença de hipoxemia em pacientes com potenciais distúrbios respiratórios que estejam sob ventilação mecânica, em oxigenoterapia e em pacientes com deficiência neurológica que pode afetar a respiração;

Calafrios, atividades de pressão, pacientes inquietos no leito, baixa perfusão e edema podem interferir na leitura da oximetria.

### ✓ **Capnometria**

Refere-se à medida e ao registro do gás carbônico no final da expiração, constituindo em uma das essências da função respiratória.

Sua utilidade está na possibilidade a cada ciclo respiratório de monitorizar a concentração de CO<sub>2</sub> do ar expirado no final da expiração.

Os capnógrafos analisam e registram a pressão parcial de CO<sub>2</sub> durante o ciclo respiratório por um sensor aplicado nas vias aéreas do paciente ou pela aspiração de uma amostra de ar das vias aéreas processada por um sensor.

### ✓ **Temperatura**

A temperatura pode ser monitorizada de várias regiões, como axilar, retal, oral, esofágica, vesical e cerebral. Esse cuidado exige da equipe de enfermagem conhecimento técnico, pois pode reconhecer alterações significativas do estado clínico do paciente em tempo hábil.

### ✓ **Frequência respiratória**

Mecanismo que o corpo utiliza para realizar as trocas gasosas entre a atmosfera e a corrente sanguínea e entre o sangue e as células.

A frequência, profundidade e ritmo dos movimentos ventilatórios indicam a qualidade e eficiência da ventilação.

### ➤ **Monitorização hemodinâmica invasiva**

A monitorização hemodinâmica invasiva, quando clínica e criteriosamente bem indicada, fornecem informações qualitativas e quantitativas das pressões intravasculares. Entretanto, devemos lembrar que a cateterização desses vasos está associada a complicações e riscos inerentes de qualquer procedimento invasivo.

Sendo assim, a assistência de enfermagem torna-se fundamental na monitorização hemodinâmica invasiva, pois a equipe de enfermagem está envolvida desde o preparo do material e do paciente até a manutenção adequada dessa monitorização, bem como deve estar atenta para prevenir complicações.



Faça a leitura do artigo “**Monitorização hemodinâmica invasiva**” e após a discussão em sala, faça uma síntese da atuação do técnico de enfermagem na monitorização hemodinâmica invasiva.

---

---

---

---

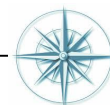
---

---

---

---

### **Leitura do artigo: Monitorização Hemodinâmica Invasiva**



A leitura deve ser conduzida em forma de roda de conversa, possibilitando a participação de todos na leitura e na discussão.

Vale ressaltar que o artigo é para o enfermeiro, então o professor terá que orientar quais ações é do técnico de enfermagem e quais são privativas do enfermeiro.

O principal objetivo do artigo é apresentar aos alunos as técnicas de monitorização hemodinâmica invasiva, seria importante separar umas imagens para ilustrar algumas técnicas que o texto traz para discussão.

Após a leitura os alunos devem anotar em no manual os principais pontos referentes à atuação do técnico de enfermagem.

Posteriormente solicitem que alguns compartilhem com a sala seus apontamentos.



## Revisão dos Sinais Vitais

Para rever os sinais vitais, iremos fazer um Quiz, se prepare e organize sua equipe, preste atenção às orientações do professor e boa sorte!



### Quiz – Sinais Vitais

#### Recursos Necessários:

- ✓ Materiais para verificação dos sinais vitais;
- ✓ Tarjetas;
- ✓ Pincel e canetinhas;

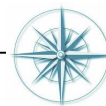
#### Aplicação da dinâmica:

➤ O professor deve dividir a sala em pequenas equipes. Pode usar as várias técnicas de separação de grupos tratadas em manuais anteriores. As equipes podem escolher o nome, ou denominar letras ou números;

➤ Com as equipes separadas, explique que o quiz terá três momentos: 1º Momento: Perguntas gerais para todas as equipes ao mesmo tempo, 2º Momento: Perguntas e técnicas desafiadas por equipes adversárias e 3º Momento: Perguntas e atividades sorteadas;

➤ É de extrema importância que tenha o material previamente preparado e deixar bem claro os passos da dinâmica para os alunos;

➤ 1º Momento: Será composto por uma quantidade de perguntas definida previamente por você. Será lida uma pergunta por vez para todas as equipes. Cada equipe terá uma tarjeta para responder a pergunta feita. Deverá marcar um tempo para que todos possam anotar a resposta da questão feita. Após esse tempo solicite que o líder de cada equipe vire a tarjeta e dará uma quantidade de pontos para cada equipe que acertou a pergunta.



➤ 2º Momento: Deverá solicitar que cada equipe faça um caso e em cima desse caso fictício faça duas perguntas para que o time adversário responda. Você deverá dar um tempo para as equipes elaborarem e posteriormente para as equipes responderem. Somente após o tempo da elaboração das perguntas é que você irá fazer o sorteio de quem entregará as perguntas para quem (Ex: Equipe “A” no sorteio terá que entregar para equipe “C”, já a equipe “C” entregará para “B” e esta entregará para “A”). Esse momento você irá avaliar a pergunta feita e a resposta construída, valendo pontos tanto para a pergunta bem elaborada, contextualizada e fundamentada, quanto para resposta correta da equipe.

➤ 3º Momento: Deverá separar um quantitativo de perguntas e procedimentos para o sorteio que seja no mínimo uma questão e uma prática para cada equipe. Esses devem ser sorteados pelo líder da equipe e dado um tempo para eles realizarem o que o que foi solicitado;

➤ A disponibilidade dos pontos fica critério do professor e vale ressaltar que os passos do Quis é uma sugestão, que pode ser realizado outros passos, que se adequem melhor a realidade;

➤ Após a atividade é importante fazer um fechamento das informações trabalhadas e solicitar uma rápida avaliação dos alunos quanto ao processo do conhecimento trabalhado.

## **Higiene, Conforto e Segurança do Paciente na UTI**

---

O processo de cuidar do técnico de enfermagem abrange a assistência no âmbito da higiene, conforto e segurança do paciente em situações de cuidado crítico. Essas ações necessitam ter uma atenção e destreza nas ações planejadas, com objetivo de evitar agravar ao paciente.

Assim torna-se importante rever alguns conceitos e procedimentos que serão desenvolvidos na assistência direta ao paciente em cuidados críticos. São eles:

### ➤ **HIGIENE CORPORAL**

O processo do banho é uma prática de higiene em que são utilizados água e sabão. Embora a **restauração da limpeza** seja o principal objetivo do banho, há outros:

- ✓ Eliminação de odores desagradáveis do organismo
- ✓ Redução do potencial de infecções
- ✓ Estimulação da circulação e glândulas
- ✓ Oferecimento de uma sensação refrescante e relaxante
- ✓ Melhora da auto-imagem
- ✓ Movimentar articulações
- ✓ Exercitar músculos
- ✓ Auxiliar no exame físico (o profissional deve observar: a pele, estado motor, nutricional e respiratório).

#### ↗ **Banho no leito**

O banho no leito é a higienização total ou parcial do corpo executada pela equipe de enfermagem em pacientes acamados, impossibilitados de saírem do leito.

## ➤ Higiene Oral

A higiene oral é a limpeza da cavidade oral, ou seja, dentes, gengiva e língua e é realizada a fim de evitar infecções bucais, cardíacas, digestivas e respiratórias.

É importante que a higiene oral do paciente inconsciente seja pelo menos de 4/4hs. Contudo, compete ao enfermeiro determinar através do diagnóstico de enfermagem o plano terapêutico e supervisionar sua realização.

Durante o cuidado bucal o profissional deve examinar a boca do paciente e documentar qualquer condição anormal.

## ➤ Cuidados com prótese dentária

As próteses dentárias são dentes artificiais que substituem o conjunto de dentes inferiores e ou superiores de uma pessoa. Pode ser de plástico ou vulcanite.

Uma ponte é um recurso dentário que substitui um dente ou vários deles. Pode ser fixo a outros dentes, permanente, não podendo ser retirada, ou presa por um gancho, o que permite ser retirada da boca.

No caso de pacientes que não podem retirar a própria dentadura ela deve ser feita pela equipe de enfermagem.

### o Realização da técnica

- Usar luvas de procedimento e pano seco ou gaze;
- Para remover uma dentadura superior completa, segurar as superfícies frontal e palatal da dentadura com os dedos polegar e indicador;
- Posicionar o dedo indicador de sua mão oposta sobre a borda superior da dentadura e pressionar, para romper a selagem existente;

- Para remover uma dentadura inferior completa, segurara as superfícies frontal e lingual da dentadura com os dedos polegar e indicador e, cuidado, tentar erguer;
- Para remover pontes móveis, exercer pressões equivalentes sobre as bordas de cada um dos lados da prótese. Evitar erguer os ressaltos metálicos;
- Após a remoção deve colocá-las em uma cuba rim com água fria ou morna;
- Escovar a dentadura com solução dentifrícia após a higiene oral do paciente;
- Preocupar-se de proteger a cuba e ao redor da pia para que caso a dentadura caia não danifique;
- Lavar a prótese
- Recolocar no paciente ou protegê-la e colocar em recipiente próprio e seguro.

### 🔗 **Lavagem dos cabelos**

Esta técnica tem por finalidade manter a limpeza e a integridade do couro cabeludo, estimular a sensação de conforto e autoestima. Engloba a escovação e lavagem do cabelo do paciente.

### ➤ **Higiene íntima**

É a lavagem da região genital e perianal, proporciona conforto, previne infecções e auxilia o tratamento de infecções.

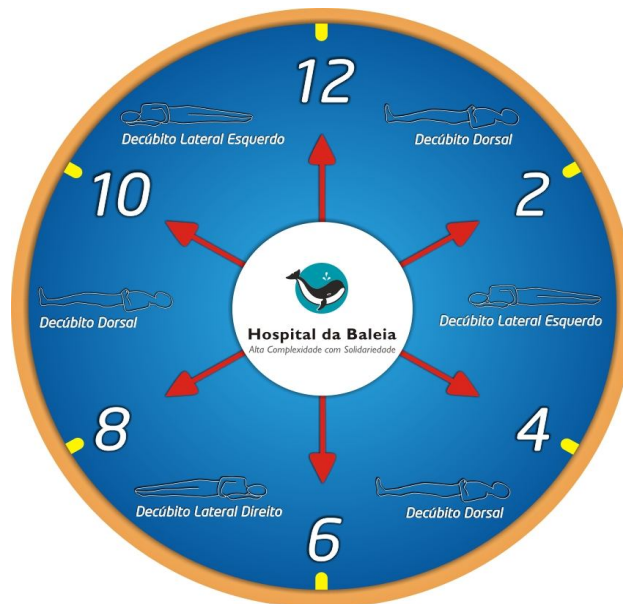
Deve ser realizada durante o banho, após a eliminação vesical e intestinal e segundo necessidade.



➤ **MUDANÇA DE DECÚBITO**

O apoio adequado e mudança frequente de posição facilitam o repouso, pois proporcionam relaxamento alternado dos diversos grupos de músculos do organismo.

Previne úlceras de pressão, que aparecem devido à compressão e maceração de tecidos moles presentes nas saliências ósseas.



Fonte: <http://helping-the-nurse.no.comunidades.net/>

Para manter um alinhamento correto do corpo e, diminuir a fadiga muscular são necessários camas e colchões adequados, além de dispositivos como almofadas ou travesseiros, suporte para os pés, sacos de areia, rolos de pano, dentre outros.

Os cuidados de enfermagem para colocação da posição segue no quadro a seguir:

**Quadro 2: Cuidados de enfermagem no posicionamento do paciente**

Posição	Cuidado
<b>DECÚBITO DORSAL</b>	Sugestão de resposta: Pacientes incapazes de se mover no leito devem ter a cabeça, pescoço e parte superior do ombro acomodado em travesseiro; Antebraços apoiados sobre travesseiros; rolos para as mãos; membros inferiores apoiados lateralmente rolos de pano; apoio sob os joelhos com rolinhos macios de pano; apoio plantar, mantendo os pés em flexão dorsal.
<b>DECÚBITO LATERAL</b>	Sugestão de resposta: A adoção de decúbito lateral direito ou esquerdo propicia bem-estar ao paciente que se encontra por longos períodos em decúbito dorsal, aliviando a pressão exercida nas regiões mais

	<p>proeminentes do dorso. Para manter um alinhamento adequado do corpo há necessidade de se colocar travesseiro sob a cabeça e o pescoço, sob o braço que está oposto ao colchão e entre os membros inferiores. Uma almofada pesada deve ser colocada para apoiar as costas.</p>
<p><b>Posição de Fowler e semi-fowler</b></p>	<p>Sugestão de resposta: É importante colocar travesseiros como apoio para a cabeça. Rolos para as mãos; membros inferiores apoiados lateralmente com sacos de areia ou rolos de pano; apoio sob os joelhos com rolinhos macios de pano; apoio plantar, mantendo os pés em flexão dorsal.</p>

#### ➤ MASSAGEM DE CONFORTO

A massagem de conforto deve ser realizada durante o banho ou mudança de decúbito. Tem como finalidade estimular a circulação local, prevenir úlceras de pressão, proporcionar confortos e bem-estar e possibilitar o relaxamento muscular.

#### Imagem 4: Maneiras de promover massagem de conforto

- Fig. 9.1 – Massagem com movimentos suaves.
- Fig. 9.2 – Movimento de amassamento.
- Fig. 9.3 – Repetir a massagem com movimentos suaves

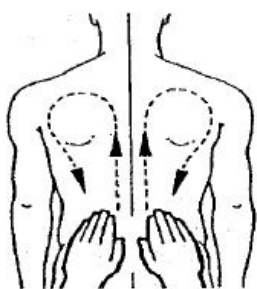


Fig. 9.1

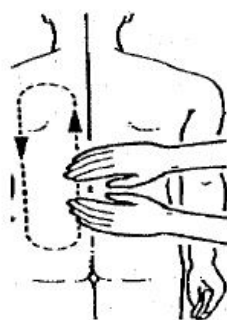


Fig. 9.2

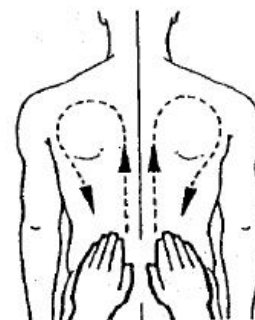


Fig. 9.3

Fonte: <ftp://ftp.unilins.edu.br/>.pdf

## ➤ CONTENÇÃO DO PACIENTE AO LEITO

As medidas de segurança visam principalmente evitar a queda de pacientes do leito.

Pacientes graves, crianças, idosos, inconscientes e agitados devem ser colocados em camas com grades e, muitas vezes, há necessidade de restringir os movimentos por meio de ataduras, lençóis em diagonal, dentre outros.

A restrição também conhecida como imobilização em algumas literaturas é utilizado para manter o paciente imobilizado ou um membro.

Esse cuidado tem como objetivo limitar a atividade dos clientes confusos e agressivos, evitar ou diminuir os riscos de queda, quando desassistidos, dentre outros.

### RESTRIÇÃO DO OMBRO

- A faixa de lençol é colocada sob o dorso do paciente, passa pelas axilas, cruza sob o pescoço e amarra-se na cabeceira da cama.

### RESTRIÇÃO DO ABDOME

- Usar uma faixa de lençol sob a região lombar e outra sobre o abdômen; trançar ambas as pontas de cada lado e amarrar no estrado da cama.

### RESTRIÇÃO DE MMSS E MMII

- Feita com ataduras de crepe larga, no mínimo de 15 cm de largura. Há várias maneiras de realizar a restrição; o importante é proteger a área com algodão ou compressas, e evitar o garroteamento.

#### ✓ Cuidados com a contenção

➤ Observar cianose, edema, queixa de dor ou formigamento;

➤ A restrição deve ser aplicada com cuidado para evitar complicações;







## Prática - Higiene, Conforto e Segurança do paciente na UTI

Torna-se importante o professor fazer um momento de exposição do tema antes de realizar a prática.

### Recursos Necessários:

- ✓ Agendamento do laboratório de enfermagem;
- ✓ Jaleco;
- ✓ Manual de procedimentos técnicos;

### Aplicação da dinâmica:

- O professor deve dividir a sala em grupos para conduzir ao laboratório e os demais alunos irão ficar na sala de aula aguardando o seu momento;
- É importante o professor solicitar auxílio de dois alunos (sugiro o líder e vice-líder da sala) eles devem está em grupos separados para que em nenhum momento um dos dois esteja ausente da sala de aula, eles conduziram um relatório de comportamento dos alunos. Esse processo é importante para trabalhar responsabilidade e liderança.
- Os alunos que ficarem em sala devem está realizando a atividade de leitura de artigo e capítulos de livros sugeridos nesse capítulo. Após a leitura devem fazer uma pequena síntese sobre os dois artigos. Existe um vídeo sugerido com as técnicas de restrição ao leito, é importante que os alunos vejam a técnica para que possam entender melhor.
- É fundamental que o professor faça um fechamento tanto das técnicas, bem como dos artigos e atividade proposta.

## **Alimentação e Eliminação de Paciente Grave**

---

A obrigação mais importante da enfermagem, depois de cuidar da ventilação do ambiente do enfermo, é tratar de observar o efeito causado por sua alimentação. São incalculáveis o benefício que advém dessa minuciosa e precisa observação e o auxílio que traz.

Florence Nightingale

A terapia nutricional é compreendida por ações que visem à recuperação e manutenção nutricional do indivíduo por meio de uma nutrição enteral, parenteral ou via oral.

A nutrição enteral (NE) é o método de escolha para oferecer suporte nutricional a pacientes que têm trato gastrointestinal funcionando, mas não conseguem manter ingestão oral adequada. Pode ser administrada por sonda ou por via oral.

A nutrição parenteral (NP) é classicamente indicada quando há contraindicação absoluta para o uso do trato gastrointestinal, mas é também utilizada como complemento para pacientes que não podem receber todo o aporte nutricional necessário pela via enteral.

### **➤ AÇÕES DE ENFERMAGEM EM NUTRIÇÃO ENTERAL**

O paciente e a família devem ser orientados quanto à terapia, seus riscos e benefícios. A equipe de enfermagem desenvolve um papel importante fornecendo suporte emocional direcionado a minimizar receios e apreensões, bem como favorecer a participação do paciente e da família.

Conforme via utilizada (via oral, sonda nasogástrica ou pós-pilórica, gastrostomia ou jejunostomia), são necessários cuidados específicos, tanto locais (fixação, higienização, curativo) como gerais (movimentação, adequação do volume e da velocidade de infusão).

Com uma manutenção adequada, as sondas para nutrição enteral têm uma durabilidade de aproximadamente 30 a 60 dias (poliuretano) e seis meses (silicone).

Em caso de retirada acidental da SNE, esta poderá ser repassada, no mesmo paciente, depois de lavada com água e sabão. Utilizar uma seringa para lavagem interna. Verificar a integridade da sonda: caso apresente sinais como rigidez, rachaduras, furos ou secreções aderidas, deverão ser desprezadas.

Para fixação da sonda, utilizar fita adesiva hipoalergênica. Desengordurar a região da face para melhorar a aderência. Essa fixação deve ser trocada quando necessário, modificando a sua posição em caso de irritação ou lesão cutânea.

Em caso de sonda oroenteral, evitar que o paciente morda a SNE, colocando uma cânula de Guedel, se necessário.

É importante lembrar-se de realizar a higiene das narinas com cotonetes embebidos de água, soro fisiológico ou loção de ácidos graxos essenciais (AGE). Além de lavar a SNE e hidratar o paciente, utilizar água filtrada, encaminhada pelo setor de nutrição em frascos individuais identificados.

### ATENÇÃO

Ao receber a NE verificar:

- ✓ O aspecto da NE, detectando alterações como a presença de elementos estranhos;
- ✓ A integridade do frasco;
- ✓ O rótulo: nome do paciente, leite, data de manipulação, volume e fórmula, horário, confirmando estes dados na prescrição médica e no mapa de fracionamento.

Veja o procedimento **Sondagem/Cateterismo gástrico e entérico** no seu Manual de Procedimentos Técnicos. Grupo 19, pág. 239.





O processo de excreção é tão importante quanto o processo de ingestão, pois para uma boa saúde o nosso corpo tem que está em pleno equilíbrio, com relação à ingestão e eliminação dos líquidos. Assim o nosso corpo possui os seguintes mecanismos de excreção:

✓ RINS: O volume urinário diário usual no adulto é de 1 a 2l.

✓ PELE: A perspiração sensível refere-se à perda visível de água e eletrolíticos através da pele. A perda hídrica contínua por evaporação e de 600 ml/dia.

✓ PULMÕES: Normalmente eliminam o vapor d'água em uma taxa de aproximadamente 400 ml a cada dia.

✓ TRATO GASTROINTESTINAL: A perda usual através do trato gastrointestinal é de 100 a 200 ml diário.

### ➤ **BALANÇO HÍDRICO**

O balanço hídrico é o registro diário de líquidos infundidos e eliminados de um paciente. Este registro é realizado em papel padronizado que possui espaço também para, sinais vitais, PVC e dentre outros.

Seu principal objetivo é realizar rígido controle sobre infusões e eliminações para avaliação da evolução clínica do paciente. Por isto, a importância de um bom registro. Através do registro do balanço hídrico podemos observar juntamente com exames laboratoriais, o início de algumas patologias.

Para facilitar a apuração nas 24 horas dos líquidos introduzidos como também dos eliminados, existe um formulário que é anexado ao prontuário do paciente chamado de folha de balanço hídrico.

Em casos de SNE deve ser anotado o volume administrado, incluindo em caso de ser desprezado parte desse volume o valor entre parêntesis.

Exemplo: 200 (- 50 ml) → estavam prescritos 200 ml, foi infundido 150 ml e desprezados 50 ml.

Todo paciente em BH deverá ser pesado em JEJUM (mesmo horário, mesma vestimenta a, esvaziamento vesical e intestinal) e ou ter o seu peso corporal estimado pela Nutrição (prega cutâneo).

Paciente em diálise deve-se registrar peso diariamente, antes e após diálise; taxa de registro do peso deverá estar presente em  $\geq 50\%$  do total da internação. Em unidades de internação deverá ser controlado em dias alternados (se protocolo aprovado) e em UTI, Semi UTI, Semi Intensivo, unidade cardiológica diariamente.

Anotar no campo EV, todas as infusões em bolsa de soro; medicações EV.

Anotar a administração de dieta enteral separadamente no campo específico (SNE).

Quanto à diurese, deve desprezar o volume urinário de acordo com o intervalo estabelecido pela rotina (Padrões Assistenciais Mínimos) em uropen, cateter vesical de demora. Registrar volume das perdas, caso esteja usando fraldas PESÁ-LAS descontando seu peso (120 gr.)



Em dupla veja os seguintes casos e responda depois compartilhe a resposta com a turma.

Paciente 1: Ingesta hídrica  $\rightarrow$  1970 ml/ dia.

Perdas hídricas  $\rightarrow$  1520 ml/dia.

Paciente 2: Ingesta hídrica  $\rightarrow$  1080 ml/dia.

Perdas hídricas  $\rightarrow$  1340 ml/dia.

Assinale a alternativa **INCORRETA**.

- A) O balanço hídrico fornece uma avaliação contínua do estado de hidratação do paciente e, quando associado aos controles da pressão arterial e da pressão venosa central, evitará erros na reposição e na restrição hídrica.
- B) Nas perdas hídricas do paciente 2, podem estar incluídos líquidos eliminados pela urina, vômitos, aspirado gástrico e drenos em geral.
- C) O balanço hídrico negativo do paciente 1 pode provocar hipervolemia, com conseqüente sobrecarga cardíaca.
- D) Pacientes graves, pós-cirúrgicos, cardiopatias, renais crônicos e em uso de medicamentos diuréticos têm indicação para a realização de balanço hídrico.



Veja o procedimento **Balanço Hídrico** no seu Manual de Procedimentos Técnicos. Grupo 17, pág 232.





## Desequilíbrio Hidroeletrólítico

O equilíbrio hidroeletrólítico é um processo dinâmico, indispensável para a vida. Os distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico ocorrem nas pessoas saudáveis e acometidas por processos patológicas.

### ➤ DVL: DÉFECIT DE VOLUME DE LÍQUIDOS

Acontece quando a perda de volume de líquido extracelular excede a ingestão de líquido.

No DVL ocorre perda de água e eletrólitos na mesma proporção e a relação entre eletrólitos séricos e água fica inalterada. O DVL pode ocorrer isoladamente ou associado a outros desequilíbrios.

O DVL resulta da perda dos líquidos corporais e ocorre com maior rapidez quando associado à diminuição da ingestão de líquidos. As causas do DVL incluem as perdas de líquido decorrente do vômito, diarreia, aspiração GI e sudorese e ingestão diminuída.

#### ✓ Manifestação Clínica

- |                                      |                        |
|--------------------------------------|------------------------|
| ↻ Perda aguda do peso                | ↻ PVC diminuída        |
| ↻ Turgor da pele                     | ↻ Pele fria e pegajosa |
| ↻ Oligúria                           | ↻ Sede                 |
| ↻ Urina concentrada                  | ↻ Anorexia             |
| ↻ Hipotensão                         | ↻ Indisposição         |
| ↻ Frequência cardíaca rápida e fraca | ↻ Fraqueza muscular    |
|                                      | ↻ Cãibras              |



Com base na discussão do tema escreva no mínimo três cuidados realizados pelo técnico de enfermagem nos casos de DVL, depois compartilhe com os colegas.

Sugestão: Monitoramento da ingestão e débito de líquido, é feito através do balanço hídrico; Pesagem em jejum; Verificar sinais vitais; Observar pele e turgor cutâneo; Observar nível de consciência e orientação; Verificar perfusão periférica; Realizar higiene oral.

## ➤ EVL: EXCESSO DE VOLUME DE LÍQUIDO

O excesso de volume de líquido (EVL) refere-se a uma expansão isotônica do líquido extracelular gerada pela retenção anormal de água e sódio. Ele é secundário a um aumento no conteúdo corporal total de sódio, que leva o aumento na água corporal total.

O EVL pode estar relacionado à simples sobrecarga de líquido ou a função diminuída dos mecanismos homeostáticos. Os fatores envolvidos no EVL podem incluir a insuficiência cardíaca a insuficiência renal e cirrose hepática ou a ingestão excessiva de sódio.

### ✓ Manifestações Clínicas

- ↻ Edemas
- ↻ Taquicardia
- ↻ Débito urinário aumentado
- ↻ Falta de ar
- ↻ Sibilância
- ↻ Estertores
- ↻ Pulso e PVC aumentada



Com base na discussão do tema escreva no mínimo três cuidados realizados pelo técnico de enfermagem nos casos de EVL, depois compartilhe com os colegas.

Sugestão: Verificar sinais vitais; Observar pele e turgor cutâneo; Observar nível de consciência e orientação; Verificar perfusão periférica; Realizar higiene oral; Realizar balanço hídrico; Pesar em jejum; Monitorar terapia com líquidos parenterais, dentre outros.

## ➤ HIPONATREMIA

Refere-se um nível sérico de sódio que está abaixo do normal. O sódio pode ser perdido por de vômito, diarreia, fístula ou sudorese ou pode esta associado ao uso de diuréticos, principalmente de combinação com a dieta hipossódica.

➤ **HIPERNATREMIA**

É entendido como nível de sódio maior que o normal. A hipernatremia pode ocorrer pela privação de líquidos em indivíduos inconscientes. A administração de alimentação enterais hipertônicas sem suplementos de água leva a hipernatremia, bem como a diarreia aquosa, diabetes insípido.

➤ **HIPOCALEMIA**

É a concentração sérica de potássio abaixo do normal. A perda GI de potássio é a causa mais comum, o vômito e a aspiração gástrica levam a excreção aumentada de urina pode levar a depleção de potássio. A alcalose, diuréticos, corticosteroides, a penicilina sódica e a insulina levam a hipocalemia.

➤ **HIPERCALEMIA**

É a concentração de potássio acima dos valores de normalidade. Geralmente a hipercalemia deve-se com frequência a causas iatrogênicas. A principal etiologia da hipercalemia é a excreção renal do potássio diminuído.

Alguns medicamentos podem levar a hipercalemia, como o cloreto de potássio, heparina, inibidores da ECA, diuréticos poupadores de potássio.

➤ **HIPOCALCEMIA**

Refere-se a concentração sérica de cálcio menor que o normal. Hipoparatiroidismo, pancreatites, insuficiência renal, carcinoma tireoidiano alcalose, abuso de álcool e uso de algumas medicações.

➤ **HIPERCALCEMIA**

Refere-se ao excesso de cálcio no plasma. As causas mais comuns são as malignidades e o hipertireoidismo e o uso de medicamentos.

## ➤ ACIDOSE E ALCALOSE

O Potencial de Hidrogênio (pH) plasmático é o indicador da concentração de íon de hidrogênio ( $H^+$ ) em nosso sangue. Os mecanismos homeostáticos, ou seja, o que mantém equilíbrio no nosso corpo mantém o pH de normalidade sanguínea entre 7,35 -7,45.

Quando esse padrão de normalidade é alterado o indivíduo manifesta as seguintes alterações:

✓ **Acidose Metabólica:** Distúrbio clínico caracterizado por pH baixo e baixa concentração plasmática de bicarbonato;

✓ **Alcalose Metabólica:** É o distúrbio clínico caracterizado por pH alto e a concentração plasmática de bicarbonato alta.

✓ **Acidose Respiratória:** É um distúrbio clínico em que o pH é inferior e a  $PaCO_2$  (concentração de  $CO_2$  no sangue) é alta.

✓ **Alcalose Respiratória:** É uma condição clínica em que o pH é alta e a  $PaCO_2$  é menor.

### ENTENDENDO O PH NO NOSSO CORPO



O professor deve solicitar ajuda ao professor de química ou biologia para organizarem uma experiência com pH no laboratório de ciências, objetivando esclarecer para os alunos como o pH age no meio ambiente e em nosso corpo.

Torna-se importante fazer uma aula expositiva antes abordando a temática trabalhada nesse capítulo.



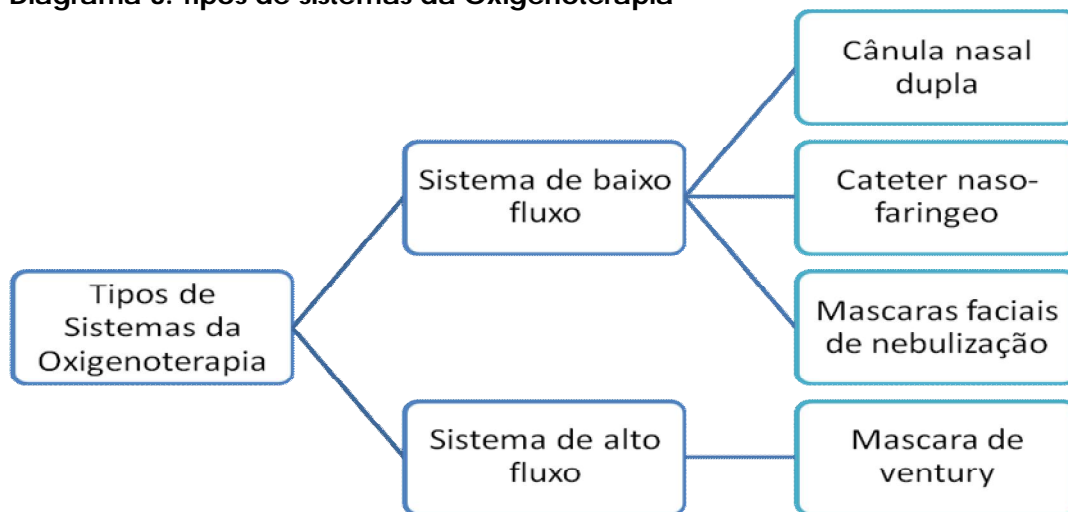
## Oxigenoterapia e Ventilação Mecânica

A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio numa concentração de pressão superior encontrada na atmosfera ambiental para corrigir e atenuar deficiência de oxigênio ou hipóxia.

Tem por objetivo reduzir o esforço ventilatório, nas situações como a atelectasia que prejudica a difusão, ou quando os volumes pulmonares estão diminuídos devido à hipoventilação alveolar, este procedimento aumenta os níveis de oxigênio nos alvéolos. Bem como nas situações de infarto do miocárdio ou em uma arritmia cardíaca, a administração de oxigênio é necessária para um paciente cujo miocárdio já está comprometido.

O oxigênio é um gás transparente, incolor, insípido, inodoro, comburente, discretamente mais pesado do que o ar atmosférico. Frio, seco e vasoconstrictor.

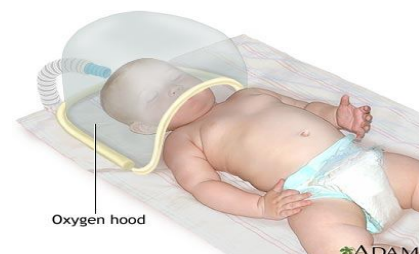
**Diagrama 3: Tipos de sistemas da Oxigenoterapia**



### PRINCIPAIS MODALIDADES DE SUPORTE RESPIRATÓRIO EM NEONATOLOGIA

#### ✓ Suporte Inalatório

- ⇒ Cânula de oxigênio nasal;
- ⇒ Borracha de extensão;
- ⇒ Capacete de oxigênio (oxi-hood).





Fonte: <http://www.picstopin.com/>

### ✓ Suporte por Pressão Positiva

- ⇒ Reanimador de silicone autoclave com reservatório;
- ⇒ CPAP nasal;
- ⇒ Ventilação mecânica.

## ➤ CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- ✓ Explicar o procedimento ao paciente;
- ✓ Manter VAS por aspiração, S/N;
- ✓ Proporcionar uma fonte de umidificação;
- ✓ Verificar as concentrações de O<sub>2</sub>;
- ✓ Observar a resposta do paciente ao oxigênio;
- ✓ Organizar os cuidados de enfermagem de modo que a interrupção da terapia seja mínima;
  - ✓ Verificar todo o equipamento a cada plantão (limpeza; desinfecção e troca);
  - ✓ Manter materiais combustíveis isoladas;
  - ✓ Encerrar gradualmente a oxigenoterapia;
  - ✓ Monitorizar continuamente o desmame da criança;
  - ✓ Avaliar sinais vitais e controlar parâmetros;
  - ✓ Instalar oxímetro de pulso, s/n;
  - ✓ Registrar condutas e comunicar intercorrências;
  - ✓ Promover suporte a família.

## ➤ VENTILAÇÃO MECÂNICA BÁSICA

A ventilação mecânica é compreendida como a manutenção da oxigenação e/ou da ventilação dos pacientes de maneira artificial até que estes estejam capacitados a reassumi-las.

A ventilação mecânica basicamente é feita através do uso de pressão positiva nas vias aéreas, ao contrário do que se utilizava no início do seu uso clínico que era a pressão negativa. Desta forma, pode-se dividir a ventilação a pressão positiva em quatro fases:

**Diagrama 4: Fases da ventilação mecânica**



#### ➤ MODOS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA

Os modos da ventilação determinam o início da fase inspiratória, de maneira geral existem quatro modos básicos de ventilação:

##### ✓ Ventilação controlada

Neste modo de ventilação não há participação do paciente, o aparelho determina todas as fases da ventilação. Este é o tipo de ventilação mais utilizado na anestesia.

##### ✓ Ventilação Assistida

Neste modo de ventilação, o aparelho determina o início da inspiração por um critério de pressão ou fluxo, mas o ciclo só é iniciado com o esforço do paciente. Nas duas situações, o disparo é feito pelo esforço inspiratório do paciente que aciona o aparelho de acordo com a sensibilidade pré-determinada.

##### ✓ Ventilação assistida-controlada

O modo assistido-controlado permite um mecanismo duplo de disparo fornecendo maior segurança para o paciente, pois o ciclo controlado entra sempre que o paciente não disparar o ciclo assistido.

### ✓ **Ventilação mandatória intermitente**

Neste tipo de ventilação há uma combinação de ventilação controlada e/ou assistida intercalada com ventilações espontâneas do paciente dentro do próprio circuito do aparelho, através de válvulas de demanda.

## ➤ **CICLAGEM DO VENTILADOR**

A ciclagem do ventilador determina a mudança da fase inspiratória para a expiratória. Ela pode ocorrer de acordo com tempo, volume, pressão ou fluxo.

### ✓ **Ciclagem a tempo**

A transição inspiração/expiração ocorre de acordo com um tempo inspiratório predeterminado, não importando as características elástico-resistivas do sistema respiratório do paciente.

### ✓ **Ciclagem a volume**

Neste modo de ciclagem o final da fase inspiratória é determinado pelo valor de volume corrente ajustado. Há um sensor no aparelho que detecta a passagem do volume determinado e desliga o fluxo inspiratório.

### ✓ **Ciclagem a pressão**

A fase inspiratória é determinada pela pressão alcançada nas vias aéreas.

### ✓ **Ciclagem a fluxo**

Neste tipo de ciclagem, o tempo inspiratório é interrompido quando o fluxo inspiratório cai abaixo de um valor pré-ajustado.

## ➤ **CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

- ✓ Vigilância constante;
- ✓ Controle de sinais vitais e monitorização cardiovascular;
- ✓ Monitorização de trocas gasosas e padrão respiratório;
- ✓ Observação dos sinais neurológicos;
- ✓ Aspiração de secreções;

- ✓ Observação dos sinais de hiperinsuflação;
- ✓ Higiene oral, troca de fixação do TOT/TQT, mobilização do TOT;
- ✓ Controle da pressão do balonete;
- ✓ Monitorização do balanço hidroeletrólítico e peso corporal;
- ✓ Controle nutricional;
- ✓ Umidificação e aquecimento do gás inalado;
- ✓ Observação do circuito do ventilador;
- ✓ Observação dos alarmes do ventilador;
- ✓ Nível de sedação do paciente e de bloqueio neuromuscular;
- ✓ Observação do sincronismo entre o paciente e a máquina;
- ✓ Orientação de exercícios;
- ✓ Preenchimento dos formulários de controle;
- ✓ Apoio emocional ao paciente;
- ✓ Controle de infecção.

## **Diálise em Pacientes Críticos**

---

A hemodiálise é uma das terapias renais substitutivas que tem como objetivo remover do organismo o excesso de líquidos e solutos indesejáveis. É um tratamento extracorpóreo, onde o sangue passa por um dialisador que contém dois compartimentos, um por onde circula o sangue, e outro por onde circula a solução de diálise.

Os grupos de risco para realização da diálise (hemodiálise, diálise peritoneal ou o transplante renal) são os portadores de doenças renais crônicas.

O dimensionamento da equipe de Enfermagem deve atender a RDC nº 154 de 15 de junho de 2004, que define: um enfermeiro para cada 35 pacientes por turno de diálise e um técnico ou auxiliar de Enfermagem para cada 4 pacientes por turno de diálise.

### **➤ CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

- ✓ O profissional deve explicar sobre a doença renal crônica e o processo dialítico;
- ✓ Ter cuidados com o acesso vascular para a hemodiálise (cateter duplo lúmen ou fístula arteriovenosa);
- ✓ Manter o controle da ingesta hídrica e ganho de peso;
- ✓ Realizar vacinação contra hepatite B, se caso for necessário;
- ✓ Realizar a higienização do acesso vascular definitivo (fístula arteriovenosa - FAV);
- ✓ Pesar o paciente;
- ✓ Verificar a pressão arterial;
- ✓ Verificar o nome completo do paciente no dialisador e certificar-se que o teste de resíduo do agente químico empregado na desinfecção do mesmo foi realizado e apresentou resultado negativo;

- ✓ Programar na máquina a prescrição da hemodiálise (tempo da sessão, dose da anticoagulação, fluxo sanguíneo, fluxo dialítico, peso seco, objetivo de ultrafiltração);
- ✓ Avaliar sinais de infecção ou de aneurisma na FAV;
- ✓ Em pacientes com uso de cateter observar no óstio se há presença de secreção e/ou hiperemia;
- ✓ Higienizar as mãos, colocar EPI e instalar o paciente na hemodiálise;
- ✓ Controlar a pressão arterial, manter a anticoagulação do sistema e monitorar a sessão dialítica para prevenir complicações;
- ✓ Após a sessão de hemodiálise, deve-se aferir a pressão arterial, realizar a pesagem do paciente para confirmar se o paciente atingiu o peso seco e administrar medicamentos específicos que estejam prescritos. Com relação à máquina de hemodiálise deve ser realizada desinfecção química após cada sessão de diálise;
- ✓ Os registros de Enfermagem devem ocorrer em tempo real para prover evidências da realização da assistência logo após a medição de todos os controles da sessão dialítica. Exemplo: Peso pré-diálise, controle de pressão arterial a cada 1 hora ou de acordo com a rotina da clínica, peso pós-diálise, intercorrências dialíticas, administração de medicamentos, além de resultado do teste de resíduo do produto químico utilizado na desinfecção dos dialisadores e registro da medida do volume interno das fibras do dialisador *priming*. Esses registros devem ser legíveis, identificáveis e recuperáveis;
- ✓ A manutenção preventiva e corretiva das máquinas de hemodiálise e dos demais equipamentos utilizados nos serviços de diálise deve obedecer à frequência e ao procedimento indicado pelos fabricantes dos mesmos. Esses equipamentos também devem ser calibrados para que sejam assegurados resultados válidos.



.....  
Veja o vídeo no You Tube: "**O que é uma diálise?**" Disponível em:  
<<http://www.youtube.com/watch?v=3Wseo4DbPOo>>. E "**O que é diálise?**"  
Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=q42drASGhR0>>.  
.....

## **Processo da Morte e do Morrer**

---

“Somente pessoas capazes de amar fortemente podem sofrer grande pesar, mas essa mesma necessidade de amar serve para amenizar seu luto e curá-las.”

**Tolstoy**

### **Paciente terminal**

“É aquele que se encontra além da possibilidade de uma terapêutica curativa e que necessita de um tratamento paliativo visando alívio de inúmeros sintomas que o atormentam, sempre levando em consideração a melhoria da qualidade de vida de uma maneira global, isto é, não somente a parte biológica, mas também nas esferas espiritual, social e psicológica.”

(QUITÉRIO, 1996)



Você já ouviu em falar em tanatologia? Se sim, compartilhe com os colegas. Se não, vamos pesquisar. Após a pesquisa e a discussão em sala escreva abaixo uma definição pessoal sobre tanatologia.

---

---

---

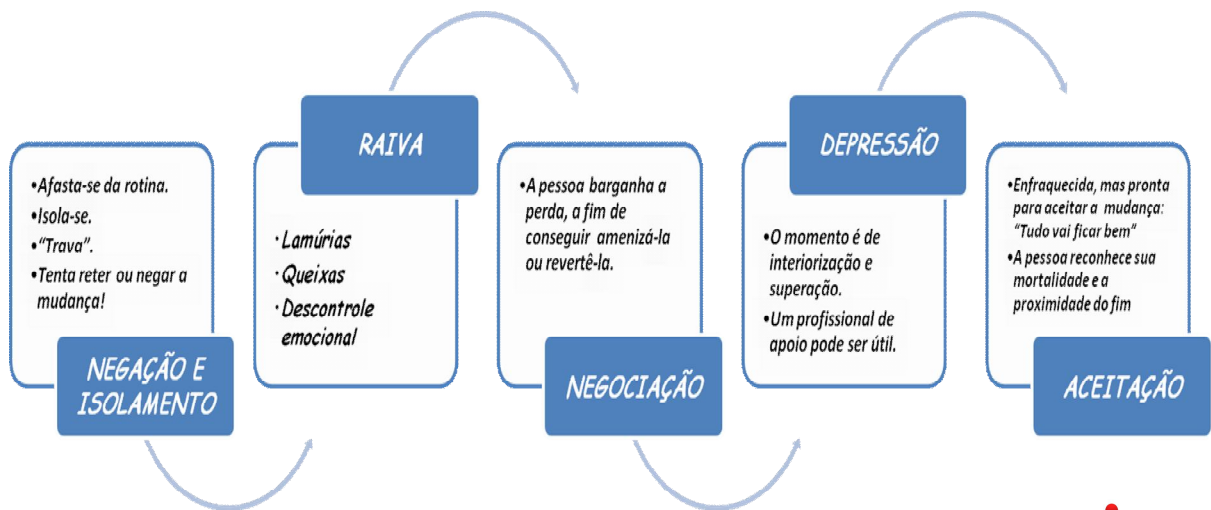
---

---

Assim podemos entender que a Morte é a cessação completa e definitiva das funções vitais.

O processo da morte possuem cinco períodos, eles não se sucedem de forma ordenada e excludente, podem misturar-se.



**Diagrama 5: Os cinco estágios da Morte**

### Cine Pipoca – Antes de Partir

Carter Chambers (Morgan Freeman) é um homem casado, que há 46 anos trabalha como mecânico. Submetido a um tratamento experimental para combater o câncer, ele se sente mal no trabalho e com isso é internado em um hospital. Logo passa a ter como companheiro de quarto Edward Cole (Jack Nicholson), um rico empresário que é dono do próprio hospital. Edward deseja ter um quarto só para si, mas, como sempre pregou que em seus hospitais todo quarto precisa ter dois leitos para que seja viável financeiramente, não pode ter seu desejo atendido pois isto afetaria a imagem de seus negócios. Edward também está com câncer e, após ser operado, descobre que tem poucos meses de vida. O mesmo acontece com Carter, que decide escrever a "lista da bota", algo que seu professor de filosofia na faculdade passou como trabalho muitas décadas atrás. A lista consiste em desejos que Carter deseja realizar antes de morrer. Ao tomar conhecimento dela Edward propõe que eles a realizem, o que faz com que ambos viagem pelo mundo para aproveitar seus últimos meses de vida.



Veja o procedimento **Preparo do corpo pós-morte** no seu Manual de Procedimentos Técnicos. Cód 26.1, pág 311.



## Cine Pipoca – Antes de Partir

Deve separar antecipadamente a multimídia necessária para passar o filme.

### Sinopse

Carter Chambers (Morgan Freeman) é um homem casado, que há 46 anos trabalha como mecânico. Submetido a um tratamento experimental para combater o câncer, ele se sente mal no trabalho e com isso é internado em um hospital. Logo passa a ter como companheiro de quarto Edward Cole (Jack Nicholson), um rico empresário que é dono do próprio hospital. Edward deseja ter um quarto só para si, mas, como sempre pregou que em seus hospitais todo quarto precisa ter dois leitos para que seja viável financeiramente, não pode ter seu desejo atendido pois isto afetaria a imagem de seus negócios. Edward também está com câncer e, após ser operado, descobre que tem poucos meses de vida. O mesmo acontece com Carter, que decide escrever a "lista da bota", algo que seu professor de filosofia na faculdade passou como trabalho muitas décadas atrás. A lista consiste em desejos que Carter deseja realizar antes de morrer. Ao tomar conhecimento dela Edward propõe que eles a realizem, o que faz com que ambos viagem pelo mundo para aproveitar seus últimos meses de vida.

Deve solicitar aos alunos que façam uma síntese sobre o filme assistido identificando os fatos do filme com as etapas do processo de morrer.

Caso a maioria dos alunos já tenha assistido a esse filme, segue abaixo mais duas sugestões:

### Filme: Uma prova de amor

Sara (Cameron Diaz) e Brian Fitzgerald (Jason Patric) são informados que Kate (Sofia Vassilieva), sua filha, tem leucemia e possui poucos anos de vida. O médico sugere aos pais que tentem um procedimento médico ortodoxo, gerando um filho de proveta que seja um doador compatível com Kate. Disposto a tudo para salvar a filha, eles aceitam a proposta. Assim nasce Anna (Abigail Breslin), que logo ao nascer doa sangue de seu cordão umbilical para a irmã. Anos depois, os médicos decidem fazer um transplante de medula de Anna para Kate. Ao atingir 11 anos, Anna precisa doar um rim para a irmã. Cansada dos procedimentos médicos aos quais é submetida, ela decide enfrentar os pais e lutar na justiça por emancipação médica, de forma a que tenha direito a decidir o que fazer com seu corpo. Para defendê-la ela contrata Campbell Alexander (Alec Baldwin), um advogado que cuidará de seus interesses.

### Filme: A cura

Erik (Brad Renfro) é um garoto solitário que atravessa todas as barreiras que o preconceito ergueu e se torna amigo do seu vizinho, Dexter (Joseph Mazello), um garoto de 11 anos que tem AIDS. Erik se torna muito ligado a Linda (Annabella Sciorra), a mãe de Dexter, e na verdade fica mais próximo dela que da sua própria mãe, Gail (Diana Scarwid), que é negligente com ele e quase nunca lhe dá atenção. Quando os dois garotos lêem que um médico de Nova Orleans descobriu a cura da AIDS, os meninos tentam chegar a este médico para conseguir a cura.

Disponível no You Tube, em: < <http://www.youtube.com/watch?v=pibzo6l4OKs>

>.

## Atuação Ética no Cuidado ao Paciente Crítico

O que sustenta o confronto entre aspectos tecnocientíficos e abordagens éticas e legais são as problemáticas evidenciadas na nossa profissão. Perguntas a respeito do que é correto e bom para o paciente tem feito parte das atividades cotidianas da equipe de saúde.

Assim, a enfermagem vem se ocupando com assistência que buscam estratégias não somente no aspecto tecnológico, mais em caráter interpessoal e em recursos humanos.



### Dialogando e debatendo sobre Ética

Leia com atenção os casos abaixo e depois diálogo e debata sobre as questões éticas contextualizadas nos casos.

#### Caso 1:

“Nosso orientador nos encaminhou para realizarmos um banho no leito, a paciente estava acamada há três anos sequelada de AVC, não tínhamos luva de banho, toalha suficiente e o pior não tinha biombo, ela não falava, mas o seu olhar de dor e vergonha dispensava as palavras. Era uma enfermaria com mais ou menos seis leitos, tiramos a fralda havia duas úlceras de pressão na região sacra, havia apenas uma pessoa para fazer o curativo, e esta demorou cerca de 30 minutos após o banho, e ao chegar virou aquela senhora como se virasse um lençol e fez o curativo com ‘mão de ferro’ a paciente olhava-nos, comprimia os olhos e franzia a testa expressando dor, quando tudo acabou, senti um grande alívio.”

(DIAS JUNIOR, et al.; 2011)

#### Caso 2:

“Pedro, de 30 anos trabalha em um hospital como técnico de enfermagem no setor da UTI. Quando em seu plantão o Senhor José apresenta o agravamento do seu quadro, sinalizando uma parada cardiorrespiratória, que por decisão da equipe resolveram indicar a não reanimação. Quando Pedro estava no preparo do corpo, ele começa a entrar em um conflito pessoal se questionando: Eu estudei esse tempo todo para manter uma vida até os últimos momentos, assim como esses profissionais, então por que não tentamos reanimar esse paciente? Mas, seu José estava com câncer e em fase terminal, reanimar ele talvez seria somente prolongar a dor? Contudo, existem critérios regulamentados no Brasil para essa decisão? Minha legislação do exercício profissional relata algo sobre isso? Bom, acho melhor parar por aqui, afinal eu sou um técnico de enfermagem e só sigo ordens.”



## Dialogando e debatendo sobre Ética

O professor deve organizar a sala em círculo, para possibilitar um diálogo participativo de todos;

Após a organização da sala, deve eleger entre os alunos um relator, no qual terá a função de fazer as anotações da discussão dos casos estudados, deve também escolher um moderador, responsável por colocar em ordem que as falas, ou seja, o aluno que deseja falar deve solicitar ao moderador uma inscrição para falar, esse processo nos ajuda a avaliar a participação dos alunos;

Pode solicitar que os alunos leiam os artigos antes do momento do debate.

Artigos: **“Dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à ordem de não ressuscitar”, “Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros.” e “Privacidade em unidades de terapia intensiva direitos do paciente e implicações para a enfermagem”.**

## Medicações no Cuidado Intensivo

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atuam na promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

Assim, o profissional tem que assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência. Avaliando criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro de si e para a clientela.

### São proibições para Equipe de Enfermagem:

- ✦ Ministrar medicamentos sem certificar-se da natureza das drogas que compõe e da existência de risco para o cliente.
- ✦ Executar prescrições terapêuticas quando contrárias à segurança do cliente.

### ➤ OS NOVE CERTOS DA MEDICAÇÃO

- ✓ Paciente;
- ✓ Droga;
- ✓ Via;
- ✓ Dose;
- ✓ Horário
- ✓ Documentação;
- ✓ Ação da droga;
- ✓ Forma;
- ✓ Resposta.



Fonte: [www.fotosearch.com.br](http://www.fotosearch.com.br)

Toda UTI deve dispor de medicamentos essenciais para as suas necessidades, conservados em condições adequadas de segurança, organização, fácil acesso e controle de prazo de validade. Fazem parte das medicações os anticonvulsivantes, drogas inotrópicas positivas e vasoativas, analgésicos, opióides e não opióides, sedativos e bloqueadores neuromusculares. Além de medicamentos com as indicações para reanimação cardíaca e arritmias, para anafilaxia, para controle de vias aéreas e para controle de psicose aguda.



### **Medicações usadas na UTI**

Após a exposição do tema realizado pelo professor sobre os medicamentos mais usados na UTI, faça um quadro em seu caderno com as seguintes categorias: medicações, indicação, apresentação e diluição. Veja as orientações do professor.

### **Medicações usadas na UTI**

O professor deve preparar uma aula expositiva para abordar as principais medicações segundo a classe de medicações citadas no manual (anticonvulsivantes, drogas inotrópicas positivas e vasoativas, analgésicos, opióides e não opióides, sedativos e bloqueadores neuromusculares. Além de medicamentos com as indicações para reanimação cardíaca e arritmias, para anafilaxia, para controle de vias aéreas e para controle de psicose aguda) após, a exposição os alunos dever realizar uma atividade síntese do conteúdo ministrado. Eles devem construir uma tabela com as seguintes informações medicações, indicação, apresentação e diluição.



## Avaliação

---

A avaliação desse módulo deve ser processual, no qual o aluno venha ter a verificação do seu desempenho por meio das atividades de equipe e individual. Deve lembrar que a avaliação é uma análise de todo o processo do conhecimento.

Então diante desse contexto, sugerimos os seguintes métodos de verificação do conhecimento para subsidiar a avaliação do aluno:

- **Trabalho em equipe:** sabemos que um atendimento de um paciente crítico depende do envolvimento e compromisso de toda a equipe (Leiam o manual de avaliação disponível para os professores).
- **Atividade individual:** o manual tem várias sugestões para atividades individuais, essas atividades favorecerão a uma análise do desempenho do aluno.
- **Atividade prática:** Deve ser criadas situações que se aproximem das condições reais para que o aluno seja verificado quanto a prática do seu conhecimento.
- **Prova:** Um bom método para verificar o conhecimento teórico, no qual as questões devem acompanhar o nível do conhecimento dos alunos e contextualizadas com a realidade do estudante. Ex.:
  - João em uma conversa com seu amigo comenta que um parente próximo está internado na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e que recebeu informações que não tinha mais o que ser feito, que era somente esperar o momento da partida do seu familiar. Essa situação relatada traz a discussão os aspectos do processo da morte e morrer. Diante disso relate os estágios do processo da morte e morrer.
  - O controle hídrico em pacientes críticos é de suma importância para adequar sua demanda metabólica. Nesse aspecto cite três cuidados que o técnico de enfermagem deve realizar diante desse procedimento.

Vale ressaltar que esses métodos são apenas sugestões, o professor tem a autonomia para decidir qual a melhor maneira de avaliar seus alunos, visto que é ele que está inserido na realidade e prática do processo de ensino e aprendizagem.

## Referências

---

AZEREDO, Thereza Raquel Machado; OLIVEIRA, Miguel N. **Monitorização hemodinâmica invasiva**. Ciência & Técnica. 2013. Disponível em: < <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=101365&code=53a65ba83a4f8cbab67cba9acb1cc71a42855acf> >. Acesso em: 12 de out. de 2013.

BARBAS, C.S.V.; ROTHMAN, A.; AMATO, M.B.P.; RODRIGUES Jr.,M. Técnicas de assistência ventilatória. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. São Paulo. Atheneu, 1994. p.312-346.

BARRETO, Sérgio Saldanha Menna; VIEIRA, Sílvia Regina Rios; PINHEIRO, Cleovaldo Tadeu dos Santos. **Rotinas em Terapia Intensiva**. 2 ed. São Paulo: Artmed, 2001.

BEVILACQUA, F; et al. **Fisiopatologia clínica**, 5ª ed. Atheneu – 1998. pág. 447.

DAVID, Cid Marcos. **Medicina intensiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. Disponível em: < [ftp://ftp.unilins.edu.br/joyce/Fundamentos%20de%20Enfermagem%20\(2%20B0%20Semestre\)/O%20ENFERMEIRO%20E%20A%20NECESSIDADE%20DE%20CONFORTO%20E%20HIGIENE%20\(aula%205\).pdf](ftp://ftp.unilins.edu.br/joyce/Fundamentos%20de%20Enfermagem%20(2%20B0%20Semestre)/O%20ENFERMEIRO%20E%20A%20NECESSIDADE%20DE%20CONFORTO%20E%20HIGIENE%20(aula%205).pdf) >. Acesso em: 13 de set. 2013.

Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4d02b9004745871490c4d43fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+3.432-1998.pdf?MOD=AJPERES> >. Acesso em: 02 de agos. 2013.

Castilho V, Gonçalves VLM. **Gerenciamento de recursos materiais**. In: Kurcgant P, organizador. Gerenciamento em Enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005. p. 157-70.

Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/5316297/pg-29-caderno-unico-diario-oficial-do-estado-do-ceara-doece-de-07-05-2003> >. Acesso em: 02 de agos. 2013.

DREYER, Elisabeth. Terapia Nutricional: **Cuidados de enfermagem procedimentos padronizados para pacientes adultos**. Hospital das Clínicas.



2003. Disponível em: < [http://www.hc.unicamp.br/servicos/emtn/manual\\_enfermagem\\_2004.pdf](http://www.hc.unicamp.br/servicos/emtn/manual_enfermagem_2004.pdf) >.

Acesso em: 25 de nov. 2013.

FORTIS, E.A.F.; MUNECHIKA, M. Ventiladores em anestesia. In: MANICA, J. e colaboradores **ANESTESIOLOGIA Princípios e Técnicas**. Porto Alegre. Artmed, 1997. p. 142-167.

HELPING NURSE. **Mudança de Decúbito**. Disponível em: < <http://helping-the-nurse.no.comunidades.net/index.php?pagina=1044309011> >. Acesso em: 13 de set. 2013.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. **Insuficiência cardíaca: Avaliações e cuidados de Enfermagem**. 2006

Lima O. G. **Hemodiálise**. Portal da Enfermagem [internet]. Disponível em: < [http://www.portaldaenfermagem.com.br/entrevistas\\_read.asp?id=81](http://www.portaldaenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=81) >.

Acesso em: 13 de set. 2013.

MEDICINA INTENSIVISTA. **UTI História**. Disponível em: < <http://www.medicinaintensiva.com.br/history.htm> >. Acesso em: 22 de ago. 2013.

MODESTO, Clozeny Maria Soares. Rotina para balanço hídrico, Cuiabá – 2002.

MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. 5ª ed. Iátria. São Paulo. 2008.

Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989.

PORTAL EDUCAÇÃO - Cursos Online: Mais de 1000 cursos online com certificado. Disponível em: <

<http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/41795/assistencia-de-enfermagem-na-ventilacao-mecanica-invasiva#ixzz2rK7qlsJ2> >. Acesso

em: 01 de out. 2013.

QUITÉRIO, Mara Elisa; AZEVEDO, Silva Aparecida; HIRATA, Teresa Kiyoko Gunji; FORCIONE, Cintia dos Santos & CHIBA, Toshio. **A equipe multiprofissional no atendimento a pacientes terminais**. Ser. Soc. Hosp.: São Paulo. 1996.

SOUSA, Cristina Silva. **Enfermagem em monitorização hemodinâmica**. 1ª ed. látria. São Paulo. 2009.

UENISHI, Eliza Karoi. **Enfermagem médico-cirúrgica em unidade de terapia intensiva**. 7ª ed. Editora Senac. São Paulo. 2006.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira et al. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Artmed. 546p. 2011.

YOUTUBE. **Depoimentos de pacientes na UTI**. Déia Auer. 4'12". 2009. Disponível em: < <http://www.youtube.com/watch?v=OSZkgghsRdk> >. Acesso em: 02 de agos. 2013.

YOUTUBE. **Enfermagem – Restrição de movimentos**. 13'25". 2012. Disponível em: < <http://www.youtube.com/watch?v=azebPRu46xE> >. Acesso em: 14 de nov. 2013.

YOUTUBE. **Enfermagem em Unidade Terapia Intensiva**. Portal da Educação. 36'22". Disponível em: < <http://www.youtube.com/watch?v=3Wseo4DbPQo> >. Acesso em: 30 de jun. 2013.

YOUTUBE. **Fime: A Cura (1995)**. Daniel. D.G. 1h35'33". 2012. Disponível em: < <http://www.youtube.com/watch?v=pibzo6l4Oks> >. Acesso em: 01 de out. 2013.

YOUTUBE. **Sobrati-UTI: História da UTI**. SOBRATI. 4'46". Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=KILH40yCoB0> >. Acesso em: 12 de jun. 2013.

## ***ANEXOS***

---

**UMA TENTATIVA DE HUMANIZAR A RELAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM A FAMÍLIA DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI**  
**AN ATTEMPT TO HUMANIZE THE RELATIONSHIP OF THE NURSING STAFF WITH THE FAMILY OF PATIENTS IN THE UNIT OF INTENSIVE THERAPY**  
**UN ESFUERZO POR HUMANIZAR LA RELACIÓN ENTRE EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CON LA FAMILIA DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

*Rosemary Silva da Silveira<sup>1</sup>, Valéria Lerch Lunardi<sup>2</sup>, Wilson Danilo Lunardi Filho<sup>3</sup>, Adriane M. Netto de Oliveira<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde (NEPES) e do Grupo de Pesquisa em Tecnologias Convergentes Assistenciais em Saúde e Enfermagem (GIATE).

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da FURG. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Membro do NEPES.

<sup>3</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da FURG. Membro do NEPES.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da UFSC. Professora Departamento de Enfermagem da FURG. Bolsista da CAPES.

**PALABRAS-CHAVE:** Serviço hospitalar de enfermagem. Unidades de terapia intensiva. Relações profissional-família.

**RESUMO:** A internação na Unidade de Terapia Intensiva e a situação vivida pelo paciente estende o sofrimento deste momento à família, tanto pelos possíveis riscos presentes, como pelo distanciamento do seu familiar. O objetivo desse relato é compartilhar experiências e conhecimentos construídos na relação com pacientes, familiares e equipe de enfermagem, de modo a demonstrar a relevância da humanização do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva, contemplando o reconhecimento da individualidade do paciente e de sua família, bem como, a humanização dos próprios trabalhadores, utilizando as etapas propostas por Travelbee para a construção de um processo de interação interpessoal. Tais vivências permitiram reconhecer o significado da interação estabelecida com a equipe de enfermagem, pacientes e familiares; possibilitou a expressão dos sentimentos dos envolvidos na relação, o resgate da sensibilidade e da habilidade para observar e a avaliação das ações de enfermagem.

**KEYWORDS:** Nursing service, hospital. Intensive care units. Professional-family relations.

**ABSTRACT:** The internment in the Unit of Intensive Therapy and the situation lived by the patient extends the suffering of this moment to the family, so much for the possible present risks as for his/her family members' distance. The objective of this experiment summary is to share experiences and knowledge built in the relationship with patients, family and nursing staff, in way to demonstrate the relevance of the humanization of the care in Unit of Intensive Therapy, contemplating the recognition of the patient's individuality and his/her family, as well as, the own workers' humanization. We used the stages proposed by Travelbee for the construction of a process of interpersonal interaction. The reflections on those existences allowed us to recognize the meaning of the interaction set with the nursing staff, patients and family members; it facilitated the expression of the feelings of the ones involved in the relationship, retrieving the sensibility and the ability to observe and the evaluation of the nursing actions.

**PALABRAS CLAVE:** Servicio de enfermería en hospital. Unidades de terapia intensiva. Relaciones profesional-familia.

**RESUMEN:** El internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos y la situación vivida por el paciente extiende el sufrimiento durante este momento a la familia, tanto por los posibles riesgos presentes, cuanto por la distancia de su grupo familiar. El objetivo de este relato es de compartir las experiencias y los conocimientos construídos en la relación con los pacientes, la familia y el equipo de enfermería de manera de demostrar la relevancia de la humanización del cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos, el qual contempla el reconocimiento de la individualidad del paciente y de su familia, así como, la humanización de los propios trabajadores. Nosotros usamos las fases propuestas por Travelbee para la construcción de un proceso de interacción interpersonal. Las reflexiones acerca de estas vivencias nos permitieron reconocer el significado de la interacción entre el equipo de enfermería, los pacientes y los miembros de la familia; facilitando la expresión de los sentimientos involucrados en la relación, también, el rescate de la sensibilidad y la habilidad para observar y la evaluación de las acciones de la enfermería.

Endereço: Rosemary Silva da Silveira  
R. Lino Neves, 677  
96202-600 – Salgado Filho, Rio Grande, RG.  
E-mail: anacarol@mikrus.com.br

Artigo original: Relato de experiência  
Recebido em: 05 de agosto de 2005  
Aprovação final: 10 de novembro de 2005

## INTRODUZINDO A TEMÁTICA

A necessidade de internar um familiar em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) tanto pode provocar sentimentos de esperança, alívio, conforto, como de temor e insegurança, dentre outros. Assim, o objetivo desse texto é relatar e compartilhar experiências e conhecimentos construídos na relação com pacientes, familiares e equipe de enfermagem, demonstrando tanto a relevância da humanização do cuidado na UTI, contemplando o reconhecimento da individualidade do paciente e de sua família como seres humanos, como a humanização dos próprios trabalhadores que ali atuam, a partir de alguns pressupostos.<sup>1</sup>

Assim como outros autores,<sup>2,4</sup> a necessidade de humanização do cuidado prestado nos fez buscar um respaldo teórico interacionista para subsidiar o modo de nos relacionarmos com o paciente e sua família, considerando os seguintes pressupostos: a interação entre a equipe de enfermagem, paciente e família é fundamental para um cuidado efetivo; a equipe precisa considerar as necessidades da família diante de situações estressantes; o estabelecimento do plano de cuidados à família deve ser construído juntamente com esse grupo, continuamente validado, avaliado e reavaliado; a interação da equipe de enfermagem com os familiares e o paciente precisa ser estabelecida através do diálogo e da busca dos significados que as experiências de doença geram em cada pessoa; a afetividade proporcionada entre familiares e paciente é fundamental para a sua recuperação e é mais eficaz do que qualquer relação profissional; a comunicação sob suas diferentes formas é o principal meio para favorecer a interação entre a equipe de enfermagem, familiares e pacientes.<sup>1</sup>

## METODOLOGIA

A partir de nossa experiência profissional com a equipe de enfermagem, familiares e pacientes internados em situação crítica na UTI, utilizamos as etapas propostas pela Teoria da Relação Interpessoal,<sup>1</sup> para facilitar o relacionamento entre a equipe de enfermagem e a família, auxiliando seu enfrentamento e a compreensão desta vivência. Inicialmente, utilizamos a observação, como um instrumento para detectar as necessidades da família frente à situação de doença e de internação, o que nos possibilitou, também, realizar algumas intervenções, considerando os significados atribuídos pela família à experiência de dor e sofrimento daquele momento.

Posteriormente, realizamos a interpretação dos significados e valores expressos pela família durante a interação. Implementamos a tomada de decisões e ações de modo conjunto, enfermeira e a família, a partir de objetivos comuns, estabelecidos durante a interação interpessoal. Neste processo, concomitantemente, implementamos a avaliação das ações, de modo a confirmar ou não o alcance dos objetivos e, se necessário, (re)definir ações tanto para atingi-los, como para aprimorar a qualidade do cuidado prestado.

Entendemos como fundamental, em um processo de interação, o compromisso emocional dos profissionais com aqueles que requerem ajuda, reconhecendo e considerando relevantes suas manifestações de sofrimento, medo, angústia, desespero, entre outros sentimentos. Descrevemos algumas experiências que demonstram a importância e a necessidade da enfermeira desenvolver a capacidade de enfrentar diferentes situações que emergem da sua prática em um ambiente de UTI, contribuindo, de um modo mais efetivo, para a equipe de enfermagem, o paciente e familiares trilharem caminhos que possam reduzir o sofrimento.

## PREPARANDO-SE PARA ESTABELEECER O CONTATO INICIAL COM FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS

A admissão de um paciente na UTI comumente requer uma rápida intervenção, já que o paciente apresenta alto risco de instabilidade de um ou mais sistemas fisiológicos, com possíveis riscos à saúde, cuja vida pode encontrar-se no limite com a morte. Em decorrência da premência de um fazer tecnológico imediato, muitas vezes, torna-se difícil um contato inicial com os familiares, o que contribui para o entendimento da UTI como um local em que predomina a frieza e a atuação desumana e distante. A partir da nossa experiência, entretanto, consideramos que a interação com as famílias necessita se dar desde o momento da internação do familiar doente, proporcionando-lhes atenção, oportunidade de dialogar e de esclarecer dúvidas.<sup>2</sup>

Um dos aspectos fundamentais frente à necessidade de internação em UTI é o significado desta situação para o paciente, para seus familiares e para a própria equipe cuidadora, já que, na maioria das vezes, representa um momento de grande ansiedade tanto para o próprio paciente como para seus familiares. A família, inicialmente e de modo freqüente, encontra-se fragilizada e angustiada frente à possibilidade da mor-

te, dificultando ainda mais o enfrentamento desta situação pela enfermagem. Por isso, é necessário que a equipe fique atenta aos acontecimentos à sua volta, ao que está ocorrendo com os familiares de pacientes internados na UTI, a suas diferentes manifestações, pois não é possível planejar, implementar e avaliar as ações de enfermagem que contemplem a humanização de sua relação com estas famílias sem ser um observador hábil. A observação é um instrumento indispensável quando pretendemos construir uma relação interpessoal com o outro.<sup>1</sup>

Assim, resgatando a dimensão do ato de perceber, quando emoções e sentimentos estão presentes, a nossa preocupação procura centrar-se na interpretação de valores e significados atribuídos pelos familiares do paciente à situação de internação na UTI, podendo ajudá-los a identificar suas necessidades. Entretanto, antes de ajudarmos a família e o paciente, consideramos importante que cada membro da equipe de enfermagem reconheça suas próprias necessidades, limitações e potencialidades para poder compreender o outro. Cuidar das pessoas implica, primeiramente, percebermos-nos e compreendermos nossos próprios sentimentos, bem como trilhar caminhos que nos levem ao enfrentamento de nossas dificuldades como pessoas e profissionais que cuidam. Tal atitude nos libera para termos disponibilidade interna ao interagir com as pessoas, facilitando a construção desta relação e promovendo nosso interesse pelo sofrimento do outro.

Nesta perspectiva, procedemos à sistematização de algumas informações que entendemos como imprescindíveis aos familiares, contribuindo para a redução da ansiedade relacionada à internação.<sup>6</sup> As orientações realizadas à família de pacientes internados na UTI, preferentemente já na internação, significam não apenas um elemento importante para o cuidado prestado, como também, um avanço no estabelecimento da relação interpessoal entre a equipe de enfermagem e o grupo familiar, possibilitando uma comunicação mais efetiva e o compartilhar de significados emergentes diante da situação estressante de ter um familiar na UTI. Conviver cotidianamente com pacientes e familiares nesta situação foi de fundamental importância para a compreensão da necessidade de realizarmos orientações mais sistemáticas sobre este ambiente e, também, para que a equipe de enfermagem disponibilizasse seu tempo para ajudar os familiares a conviverem e enfrentarem a situação de doença e internação de um dos seus membros.

Apesar das tentativas de mudança, a fim de tornar o atendimento mais humanizado e a UTI como um espaço em que pode haver sensibilidade, compreensão e aproximação entre as pessoas, percebemos que temos muito ainda a fazer para assegurar relações mais humanas, pois neste ambiente ainda é frequente o espaço da ausência, em que prevalece o avanço tecnológico e a impessoalidade. A humanização do cuidado não pode estar presente somente nos discursos dos profissionais que se dedicam a esta atividade; todas ações que compõem este cuidado necessitam estar impregnadas de humanização. Nossas observações nos levam a acreditar na importância da manutenção, sempre que possível, da relação entre paciente e família, a qual tem um significado infinitamente maior para a sua recuperação, do que a possível relação estabelecida por ele com qualquer profissional da equipe.

### **A EXPRESSÃO DE VALORES E SIGNIFICADOS COMO FUNDAMENTAIS PARA ESTABELEECER A RELAÇÃO PESSOA-PESSOA**

A relação terapêutica ou relação pessoa-a-pessoa constitui uma meta a ser alcançada como resultado de interações planejadas entre dois seres humanos: a enfermeira e a pessoa que requer ajuda, as quais, neste processo, desenvolvem uma capacidade crescente para estabelecer uma relação interpessoal.<sup>1</sup> Uma relação pessoa a pessoa não acontece simplesmente: a enfermeira e a outra pessoa planejam-na deliberada e conscientemente. Uma relação nessa modalidade é mais que somente falar com uma pessoa, por um período determinado, a cada dia, ou apresentar uma série de interações com ela. Uma das características de uma relação terapêutica é que, ambas, a enfermeira e a pessoa que requer ajuda transformam ou modificam seu comportamento e aprendem como resultado deste processo interativo.

Reconhecer informações significativas não é uma tarefa fácil; mais difícil, ainda, é interpretar o significado do que é observado, escutado, percebido na relação entre enfermeira, equipe de enfermagem, pacientes e familiares. Neste sentido, é preciso considerar as dificuldades apresentadas pelos pacientes e seus familiares, seus temores, o medo do desconhecido, da finitude da vida, de não poder assegurar o sustento da família, a falta de coragem para enfrentar as situações decorrentes da doença ou da possível incapacitação que esta pode provocar. Em um processo em que predomina a

relação terapêutica, não basta apenas reconhecer tais dificuldades; mais do que isso, é preciso assegurar-lhes o direito de não serem abandonados, comunicando que estamos ali, também, para ajudá-los e que podem usufruir de nossa disponibilidade e apoio.

“A enfermeira precisa comprometer-se emocionalmente se pretende estabelecer uma relação com o paciente ou qualquer outro ser humano. O compromisso emocional é a capacidade para transcender-se a si mesma e interessar-se por outra pessoa, sem que este interesse lhe prejudique. O envolvimento é necessário e conscientemente definido”<sup>1:42</sup>. Para este comprometimento, entendemos como necessário o reconhecimento e a aceitação de nós mesmos como pessoas distintas, com a capacidade de perceber os outros como únicos, o que requer conhecimento, introspecção e autodisciplina, franqueza e liberdade para revelar-nos como seres humanos com emoções e sentimentos.

Em uma relação terapêutica, pacientes e familiares devem ser respeitados em sua individualidade, direitos e valores.<sup>1</sup> O paciente precisa ser reconhecido como integrante de uma família; por isso, algumas considerações e cuidados devem ser centrados na família, propiciando um clima acolhedor e de proximidade. Essa interação necessita envolver a equipe de enfermagem, o paciente e a família, considerando os aspectos físicos, emocionais, éticos, espirituais e sociais do cuidar.

Neste processo de compreensão do que pode interferir no cuidado dos pacientes ou até mesmo no desempenho profissional da equipe de enfermagem, destacamos a presença do familiar que, em determinados momentos, até pode ser considerada negativa, principalmente, quando este se encontra bastante angustiado, amedrontado, comunicando seus temores para o paciente. Essas atitudes tornam-se claras ao observarmos, por exemplo, familiares descobrindo o paciente, manifestando curiosidade, surpresa ou pânico frente ao quadro que encontram. Tal postura, no entanto, ocorre, com frequência, quando não conseguimos interagir com os familiares, previamente à sua visita.

É preciso valorizar a presença da família no cuidado prestado, principalmente quando ela vivencia a internação de um familiar na UTI. Mesmo a família encontrando-se em um estado de fragilidade emocional ou de crise, continua ocupando um papel de destaque para o paciente, contribuindo para que se sinta protegido, mais seguro, amado e significativo para o seu grupo familiar; tais sentimentos, na maioria das vezes, o estimulam a lutar pela vida. Daí, nossa per-

cepção da relevância da presença da família na UTI, seja para conversar com o paciente, tocá-lo ou simplesmente observá-lo, mesmo quando este se encontra inconsciente. Entretanto, a possibilidade de construir outros paradigmas, requer sensibilidade, disponibilidade para aprender o novo, capacidade para reconhecer a si mesmo e depois tentar conhecer o outro e, principalmente, a crença de que os significados e afetos presentes na relação familiar são insubstituíveis para a melhora e recuperação do paciente.

Buscando reconhecer a necessidade de afeto e aproximação que os pacientes manifestam na relação com seus familiares, observamos um fato significativo e, concomitantemente, ambivalente; ou seja, algumas vezes mostram-se muito frágeis, amedrontados e carentes; em outras, parecem não desejar a aproximação de seus familiares, possivelmente pelo temor de virem a sofrer ainda mais quando estes se afastam. A equipe de enfermagem precisa estar atenta às experiências da sua prática cotidiana, estar aberta a novas possibilidades, envolvendo a família como participante ativa no processo de enfrentamento da doença. A família tem se mostrado responsável por vários aspectos positivos relacionados à recuperação de seu familiar internado em uma UTI, satisfazendo muitas das suas necessidades, além de contribuir com informações significativas a respeito do paciente, o que tem favorecido a tomada de decisões quanto à realização de procedimentos necessários.

## **FAVORECENDO A TOMADA DE DECISÕES E AÇÕES NA RELAÇÃO COM OS FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI**

Ao tomarmos decisões, como enfermeiras, observamos, desenvolvemos interpretações acerca do significado da informação, executamos, coordenamos os cuidados de enfermagem e avaliamos a qualidade da assistência prestada ao paciente e sua família, exigindo não só habilidade da equipe de enfermagem, mas a integração da equipe multidisciplinar, a fim de prestarmos um cuidado eficaz.

As dificuldades evidenciadas pelos pacientes e familiares podem ser modificadas à medida que a relação progride. Por isso, consideramos importante obter a percepção da família sobre a nova situação que vivencia em sua vida, ou seja, a experiência de doença e internação.

A emersão da sensibilidade na relação que estabelecemos entre a equipe, com a família e o paciente

significa a possibilidade de efetivar um cuidado com dignidade, solidariedade, procurando compreender os medos dos pacientes, dos familiares e, com isso, diminuir sua ansiedade, seu sofrimento, sua dor e angústia. Assim, consideramos como importante, como já referido, favorecer a presença do familiar na UTI, sempre que possível, quando constituir-se em um desejo do paciente, em horários pré-estabelecidos para visita ou não.

Em relação aos familiares, precisamos falar o provável, tornando-os cientes da gravidade da situação, através de informações precisas, certificando-nos da clareza de seu entendimento e buscando encorajá-los na sua tomada de decisões. É necessário manter uma atitude humanizada, dispensando atenção ao paciente, amigos e familiares, criando um ambiente em que as relações interpessoais tornam-se possíveis. Precisamos estar numa posição de questionar nossas ações e a dos outros, aprender a tolerar, aceitar e enfrentar ansiedades, desenvolver a capacidade de lidar com receios, medos, perdas, com frustrações que podem emergir da relação construída entre a equipe, com os pacientes e com os familiares.

## **REPENSANDO AS AÇÕES DA ENFERMAGEM**

Acreditamos que, quando a interação e a comunicação estabelecidas são consideradas como necessidade da equipe cuidadora, possibilitam a aproximação entre os envolvidos na relação, a qual é manifestada através do afeto e de palavras que se constituem em estímulos verbais. A comunicação é um dos principais meios para favorecer as interações entre a equipe, pacientes e familiares. Porém, essa interação não ocorre ao acaso; necessita ser conscientemente planejada pela equipe de enfermagem, a partir das observações realizadas, das necessidades evidenciadas e das interpretações dos significados atribuídos pelo paciente e seus familiares a sua nova situação de vida.

Destacamos a relevância da presença da equipe de enfermagem junto ao paciente e familiares, da empatia, da interação, da cooperação da equipe multidisciplinar e do uso da tecnologia como um instrumento que pode proporcionar um cuidado mais humanizado. Daí a importância de questionarmos nossa prática cotidianamente e buscarmos aperfeiçoá-la. A disponibilidade, por exemplo, de um monitor cardíaco que verifique a pressão arterial, a saturação de oxigênio, a frequência cardíaca e a temperatura, contribui, também, para disponibilizarmos um período de

tempo maior para permanecermos junto ao paciente e seus familiares.<sup>2</sup>

É gratificante nos sentirmos úteis e sabermos que temos a possibilidade de amenizar o sofrimento das pessoas, a partir do reconhecimento das particularidades da sua existência, experienciada em um momento de internação na UTI. Reconhecer a singularidade do paciente e dos seus familiares, nesse momento particular da sua vida, requer respeitarmos profundamente sua condição humana, incluindo-se, aí, seus sentimentos diante do desconhecido. Assim, é necessário um preparo contínuo como profissionais que cuidam e, até mesmo, deixar emergir nossa sensibilidade, estabelecendo a empatia, como a capacidade de fazermos um exercício, colocando-nos na situação do outro, procurando enxergar sua visão do mundo. Quando adotamos esse modo de agir, ampliamos nossa receptividade e disponibilidade para escutar, tocar, dialogar e, até mesmo, se necessário, abraçar.

## **FINALIZANDO...**

A família pode contribuir muito para a recuperação do paciente, mas para que isso aconteça, ela precisa ser orientada sobre as rotinas da UTI e sobre o que está acontecendo com o seu familiar, necessitando sentir-se acolhida, respeitada e, também, cuidada. Por isso, é importante permitir sua presença, assegurar-lhe de que estamos ali para lhe ajudar a enfrentar esse momento difícil. Assim, consideramos necessário e fundamental a priorização do tempo, de modo a estabelecermos uma relação terapêutica com os pacientes e seus familiares.

Acreditamos que será difícil proporcionar um cuidado humanizado ao paciente crítico e seus familiares, enquanto não priorizarmos a comunicação e o relacionamento terapêuticos como a essência deste tipo de cuidado. Não podemos negar que também somos seres humanos com sentimentos, capazes de amar, de chorar, de entristecer-nos e buscar a contínua compreensão do processo de viver, adoecer e morrer.

Consideramos relevante esse trabalho, pois nos possibilitou aprender a valorizar alguns elementos internos e inerentes a qualquer pessoa, dentre eles, a sensibilidade, a afetividade, a capacidade de empatia e envolvimento emocional, como instrumentos a serem utilizados na relação pessoa a pessoa. Descobrimos, também, que somos capazes de transmitir segurança ao outro, pela simples presença junto ao paciente e/ou ao seu familiar. Dessa maneira, conseguimos demonstrar-lhes nosso interesse genuíno por



sua situação de vida e o nosso envolvimento no processo de cuidar.

Por isso, consideramos como imprescindível que a equipe de enfermagem designe um espaço para refletir sobre a importância da família como participante ativa no cuidado prestado aos pacientes e como potencializadora na recuperação da sua saúde. Essa experiência vem mostrando que a equipe de enfermagem, em especial a enfermeira, precisa observar a si mesma, refletir sobre o seu vivido, pensar intuitivamente, permitindo-se aprender a ser receptiva e atenta aos estímulos transmitidos pelas pessoas que estão a sua volta, de modo a satisfazer muitas das necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais do paciente e de seus familiares.

## REFERÊNCIAS

- 1 Travelbee J. Intervencion en enfermeria psiquiatrica. Colombia: Carvajal; 1979.
- 2 Gonçalves MX. AIDS: uma contribuição da enfermagem à compreensão da vulnerabilidade feminina a partir do discurso de mulheres soropositivas [dissertação]. Florianópolis (SC): Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2000.
- 3 Lipinski JM. A assistência de enfermagem à mulher que provocou aborto discutida por enfermeiras em busca de uma assistência humanizada [dissertação]. Florianópolis (SC): Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2000.
- 4 Fonseca AD. Assistência de Enfermagem a mulheres internadas por complicações associadas ao aborto provocado [dissertação]. Florianópolis (SC): Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 1996.
- 5 Silveira RS, Lunardi VL. A enfermagem cuidando de quem vivencia o processo de morrer. *Texto Contexto Enferm*. 2001 Set-Dez; 10(3):170-85.
- 6 Silveira RS. Manual de ajuda à família de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, elaborado a partir de vivências profissionais com pacientes críticos e seus familiares. Rio Grande(RS): Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr; 2001.

## PROMOÇÃO DO CUIDADO HUMANIZADO À FAMÍLIA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE NEONATAL

### *PROMOTION OF HUMANIZED CARE TO THE FAMILY BY THE NURSING TEAM IN NEONATAL UNIT*

### *PROMOCIÓN DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA A LA FAMILIA POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD NEONATAL*

Rosemary dos Santos Rocha<sup>1</sup>, Ingrid Martins Leite Lúcio<sup>2</sup>, Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes<sup>3</sup>, Cláudia Regina de Castro Lima<sup>4</sup>, Alisson Salatiek Ferreira de Freitas<sup>5</sup>

Objetivou-se conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca da humanização no cuidado à família do recém-nascido internado em Unidade Neonatal, identificar ações de enfermagem que promovam a humanização da assistência e investigar fatores que desfavoreçam o cuidado à família no contexto neonatal. Estudo descritivo, desenvolvido em uma maternidade pública, entre fevereiro e março de 2008, em Fortaleza-CE-Brasil. Para a coleta de dados, realizou-se observação não participante e entrevistas semiestruturadas com 25 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), em seu ambiente de trabalho. Da análise dos dados, emergiram-se três categorias: cuidado humanizado para equipe de enfermagem em Unidade de Internação Neonatal (UIN), intervenções de enfermagem à família, fatores intervenientes no cuidado humanizado. Concluiu-se que a equipe de enfermagem, ao desenvolver assistência ao recém-nascido, deveria manter uma postura acolhedora e atenciosa à família, buscando-se sua participação no processo de cuidar no ambiente neonatal.

**Descritores:** Recém-Nascido; Cuidados de Enfermagem; Relações Profissional-Família; Humanização da Assistência; Berçários Hospitalares.

We aimed to know the perception of the nursing team on humanized care to the family of newborn admitted in the Neonatal Care Unit (NCU); to identify nursing actions that promote the humanization of assistance and to investigate factors that raise difficulties to the family care in the neonatal context. This is a descriptive study carried out in a public maternity in February and March 2008, in Fortaleza-CE-Brazil. For data collection were used non-participant observation and semi-structured interviews with 25 nursing professionals (nurses, technicians and nursing assistants) in their work environment. Three categories emerged from data analysis: Conceptions of the nursing team as to humanized care at NCU; nursing interventions to the family as well as intervening factors in humanized care. We so concluded that the nursing team together with the assistance provided to newborns should have a pleasant and caregiver posture with the family, supporting them to participate in this process of looking after the patient in the neonatal environment.

**Descriptors:** Infant, Newborn; Nursing Care; Professional-Family Relations; Humanization of Assistance; Nurseries, Hospital.

Se pretende conocer la percepción del equipo de enfermería sobre humanización de la atención familiar del recién nacido internado en Unidad Neonatal, identificar acciones de enfermería que promueven humanización de la asistencia e investigar factores desfavorables para la atención familiar en el contexto neonatal. Estudio descriptivo, desarrollado en maternidad pública, en febrero y marzo/ 2008, en Fortaleza-CE-Brasil. Para recoger datos se llevó a cabo observación no participante y entrevistas semiestruturadas con 25 profesionales de enfermería (enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería) en su entorno de trabajo. Del análisis de datos, surgieron tres categorías: cuidado humanizado para equipo de enfermería para Unidad de Internación Neonatal (UIN), intervenciones de enfermería familiar y factores que intervienen en el cuidado humanizado. Se concluyó que el equipo de enfermería, al desarrollar atención al recién nacido, debería mantener una actitud acogedora y cuidadosa familiar, buscando su participación en este proceso de cuidar en el ambiente neonatal.

**Descritores:** Recién Nacido; Atención de Enfermería; Relaciones Profesional-familia; Humanización de la Atención; Salas Cuna en Hospital.

<sup>1</sup> Enfermeira pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). Especialista em Enfermagem Neonatal da Universidade Federal do Ceará (UFC). Assistencial no Hospital São Mateus. Brasil. E-mail: roseng85@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Farmácia e Enfermagem — ESENFAR da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: ingridmartins30@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand MEAC/UFC. Doutora em Enfermagem pela UFC. Membro do Projeto de pesquisa saúde do binômio mãe e filho/SABIM/UFC. E-mail: enf.marcya@gmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira, Especialista em Urgência e Emergência. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). E-mail: claudiaregina@fgf.edu.br

<sup>5</sup> Enfermeiro, Docente do Centro de Ensino Tecnológico — CENTEC e da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). E-mail: salatiek@gmail.com

Autor correspondente: Ingrid Martins Leite Lúcio

Av. Prof. Sandoval Arroxelas, 130, apt 301, Ed. Firenze, Ponta Verde, CEP 57035-230. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: ingridmartins30@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Diante do crescimento das tecnologias de comunicação e informatização e de sua conseqüente incorporação aos ambientes de cuidado, profissionais de diversas áreas questionam-se acerca da importância do resgate e da promoção de atitudes reflexivas de humanização da assistência, inclusive os da equipe de enfermagem. Esta dualidade é constantemente verificada na relação entre profissionais de saúde e família, especialmente em Unidade de Internação Neonatal (UIN) e na atenção às necessidade do recém-nascido (RN).

Políticas de humanização hospitalar, assim como pressupostos teóricos defendidos em modelos de cuidado em enfermagem, defendem as estratégias de humanização como inerentes ao processo saúde-doença. Reforçam-se, igualmente, princípios básicos, como integralidade da assistência nos sistemas de saúde, comprometendo-se com a valorização da vida e o respeito à cidadania, nas múltiplas interfaces do cuidado humano.

De modo complementar, mostra-se a necessidade do acolhimento ao imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular, adotando práticas nas quais os profissionais e usuários do sistema considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de aproximação ao desconhecido e de reconhecimento de limites<sup>(1)</sup>.

O nascimento do RN diferente daquele imaginado, com complicações do estado de saúde ou defeito congênito, prematuro frágil, desfaz a idealização, com desapontamento, sentimento de incapacidade, culpa e medo da perda. Desse modo, a família torna-se foco de atenção da equipe e demanda atenção pelas necessidades afetadas pelo processo de adaptação decorrente da chegada do novo ser<sup>(2)</sup>.

O conhecimento de enfermagem com enfoque na família é incipiente no Brasil, entretanto evidencia-se crescente interesse pelo tema, pelas transformações sobremaneira da percepção em torno do ambiente hospitalar<sup>(3)</sup>. Na área da enfermagem neonatal, o cuidado engloba responsabilidades e habilidades dos profissionais, entre as quais têm-se a avaliação e a compreensão do contexto e da participação da família na internação do RN.

A equipe de profissionais da UIN deve ser especializada e multiprofissional. A enfermagem responde por significativa parcela de disseminação do conhecimento, treinamento e qualificação dos componentes da equipe,

com o objetivo de atendimento das necessidades do RN e da família. Seus conhecimentos e habilidades envolvem a sensibilidade no cuidado somados à tecnologia disponível na UIN<sup>(4-5)</sup>.

O cuidado de enfermagem centrado na família tem sido prioridade dos serviços de neonatologia. O longo período de internação e privação do ambiente familiar aumentam o estresse da mãe e da família, prejudicando o estabelecimento do vínculo e apego. A criança necessita da mãe, pois não existe sozinha, e suas habilidades e dificuldades devem ser contempladas nos objetivos da assistência<sup>(6)</sup>.

Em detrimento do exposto, a relevância do estudo centra-se na relação entre comprometimento do estado de saúde do RN e ações da equipe de enfermagem, diante das necessidades dos familiares na hospitalização. A contribuição da equipe é fundamental para envolvê-los na realidade, promovendo-lhes conforto e segurança, além de fortalecer o vínculo afetivo entre familiares e recém-nascido.

Diante de experiências no cotidiano do cuidado neonatal é comum a presença de familiares em torno do atendimento às necessidades do RN, assim como de respostas à necessidade momentânea da hospitalização. Existem circunstâncias em que a família alterna entre o papel de observadora e de copartícipe do processo de cuidado, a depender de diversos fatores, como o acolhimento pela equipe de enfermagem. Verifica-se que a postura adotada, especialmente por estes profissionais, pode aproximá-lo ou não do cuidado humanizado ao RN e dos benefícios que são atribuídos a sua presença no ambiente neonatal.

Logo, os objetivos deste estudo foram: conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca da humanização no cuidado da família do RN internado na unidade neonatal, identificar ações de enfermagem que promovam a humanização da assistência e investigar fatores que desfavoreçam o cuidado da família neste contexto da assistência.

## METODOLOGIA

Tratou-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, uma vez que possibilita a compreensão e classificação de processos dinâmicos que contribuem para o processo de mudança de determinado grupo, possibilitando, em profundidade, entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos<sup>(7)</sup>.

Realizou-se em uma complexa Unidade de Interação Neonatal (UIN) de uma maternidade pública, de nível terciário, referência para o Estado do Ceará, em Fortaleza, que atende somente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A estrutura física compunha-se de duas unidades de alto risco (UAR) e duas de médio risco (UMR), com a capacidade de 22 e 30 leitos, respectivamente.

Os participantes do estudo foram 25 membros da equipe de enfermagem, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que atuavam nestas unidades, nos períodos diurno e noturno, que concordaram em participar do estudo voluntariamente. Seguiu-se como critério de definição do total de sujeitos a repetição das informações colhidas à medida que se realizaram as observações e entrevistas, caracterizando-se a saturação de dados<sup>(8)</sup>.

Para a coleta de dados, utilizou-se a observação não participante e entrevista semiestruturada, contemplando dados de identificação dos participantes e questões norteadoras que serviram de fio condutor para a apreensão da realidade. A entrevista foi realizada em local reservado nas adjacências da unidade neonatal, entre fevereiro e março de 2008, no turno diurno, período no qual a família encontrava-se presente nos momentos de visita ao recém-nascido, em ambiente adequado, tranquilo e preservando-se a privacidade dos participantes. Teve duração média de 20 minutos, buscando-se a exploração dos objetivos do estudo.

Com a concordância das participantes, utilizou-se o gravador, para registro fidedigno dos dados. As observações não participantes focalizaram as atividades realizadas pela equipe de enfermagem e os dados coletados foram registrados em diário de campo. Entretanto, para o entrevistado discorrer sobre o tema proposto, as entrevistas foram semiestruturadas, com as seguintes questões norteadoras: o que significa o cuidado humanizado à família e ao recém-nascido internado na unidade neonatal? Quais as ações de enfermagem que contribuem para a humanização da assistência? Quais os fatores que desfavorecem a humanização do cuidado à família no contexto neonatal?

Os dados foram organizados e analisados, em consonância com o conteúdo, e contemplou a pré-análise mediante leitura flutuante, exaustiva e pertinente ao objetivo de estudo, a exploração do material com a codificação dos dados e identificação de categorias, além do tratamento dos resultados<sup>(9)</sup>. Desse procedimento,

emergiram-se três categorias, interpretadas à luz da literatura pertinente e vivência das autoras. A categorização classifica elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento, segundo a analogia, com critérios definidos. Para preservação do anonimato, cada sujeito foi identificado pela letra inicial (maiúscula), referente à categoria profissional, seguida de algarismo arábico.

Quanto aos aspectos ético e legal da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução 196/96<sup>(10)</sup>. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da referida instituição, sob protocolo nº 92/07.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão dos sujeitos do estudo, apresentar-se-á uma breve descrição de 25 profissionais de enfermagem da UIN, destacando-se que 14 (56%) atuavam na unidade de alto risco e 9 (36%), na de médio e 2(8%), na de baixo risco. Quanto às categorias, participaram 9 (36%) enfermeiras, 13 (52%) técnicas de enfermagem e 3 (12%) auxiliares de enfermagem. Em relação a faixa etária, houve o predomínio de 30 a 45 anos, 16 (64%) dos profissionais. Em relação ao tempo de formação e atuação na UIN, a maioria 16 (64%) encontrava-se entre 11 e 15 anos, 5 (20%) delas atuavam com menos de 5 anos e 4 (16%) entre 16 e 25 anos de trabalho.

Após transcrição, exploração do material e aprofundamento da leitura, procedeu-se à etapa de transição entre a organização dos dados e sua interpretação, no qual buscou-se sistematicamente a agregação de dados brutos para a codificação em unidades com características pertinentes do conteúdo, apontando-se três categorias: concepção da equipe de enfermagem quanto ao cuidado humanizado na UIN, intervenções de na família e fatores intervenientes no cuidado humanizado, subsidiadas pelas falas das profissionais participantes.

### **Concepção da equipe de enfermagem quanto ao cuidado humanizado na UIN**

O ambiente da UTI caracteriza-se, sobremaneira, pelo aparato tecnológico de que dispõe para cuidar dos recém-nascidos em estado crítico. É considerado como paradigma para a ruptura do modelo médico curativista, e inserção do modelo humanístico. Neste contexto, ainda

predomina a maneira de cuidar no domínio da técnica, no adequado manuseio de equipamentos, o que, de alguma forma, motiva os cuidadores de enfermagem a se distanciarem dos aspectos expressivos do cuidado humano<sup>(11)</sup>.

A internação do recém-nascido prematuro ou enfermo na Unidade de Internação Neonatal (UIN), acarreta sofrimento, angústia e medo à mãe e aos familiares, já este ambiente se configura como estressante e confuso, repleto de aparelhos, ruído de alarmes, excesso de iluminação e de muitos profissionais<sup>(2,11)</sup>. Além disso, para a mãe, o enfrentamento da situação torna-se mais complicado por estar separada do filho e do lar.

A internação do RN ocorre de maneira necessária, decorrente de situação inesperada, tensa e marcante que oferece aos pais clima de expectativa. Nessas circunstâncias, o olhar dos profissionais deve envolver cuidados à família, com ações de acolhimento e vínculo, conforme retrataram os discursos: *... cada bebê faz parte de uma família, mesmo não sendo desejado, podemos favorecer a criação de um laço e vínculo afetivo* (E2). *... ver a questão do vínculo não só da mãe, mas, do pai, dos irmãos...* (E6). *... esclarecer as dúvidas da mãe, não deixá-la chateada, saber como ela está, quais as condições dela, se pode vir todo dia ...* (E8).

As falas sinalizam a necessidade de se estabelecer elo entre mães e equipe de profissionais, para o repasse de informações necessárias, reduzindo, assim, os momentos de angústia, medo e insegurança. É fundamental que a equipe de enfermagem promova ambiente receptivo e acolhedor, para minimizar, ao máximo, a separação e fortalecer o vínculo afetivo mãe-filho<sup>(12)</sup>, tão necessário por proporcionar segurança, equilíbrio emocional e recuperação do recém-nascido, na internação.

Estudos enfatizam que a enfermeira ameniza a ansiedade dos pais e, com tranquilidade, repassa informação e segurança<sup>(6,11)</sup>. A equipe de enfermagem, ao acolher familiares na UIN, deve priorizar a escuta dos pais, quanto às dúvidas e aos anseios sobre condutas terapêuticas. De modo que, ao esclarecer-lhes acerca dos procedimentos e aparelhos, oferece-se apoio emocional e ajuda à superação de possíveis conflitos decorrentes da internação.

Na relação enfermeira-paciente, a escuta facilita a compreensão da história do RN, contribui para a identificação de necessidades e, aliada à percepção que ultrapassa o verbalizado, viabiliza o planejamento e a execução de cuidados individualizados, humanizados e sistematizados que atendam as reais carências do pa-

ciente e família<sup>(13)</sup>.

Na humanização e personalização da assistência de enfermagem, é essencial o envolvimento para se obter percepção do outro. Maior êxito nas ações de enfermagem depende de uma interação eficaz, e nesta, a enfermeira atribui à comunicação significado mais amplo, possibilitando envolvimento, conhecimento do outro e segurança<sup>(12)</sup>.

Embora se constatem melhorias com a promoção de políticas pautadas na humanização da assistência e iniciativas nos âmbitos governamentais e não governamentais com o intuito contínuo do resgate às práticas de cuidado humanizado, comumente verifica-se no cotidiano, grau relativo de distanciamento dos profissionais de saúde, incluindo-se aqueles da equipe de enfermagem em relação às questões peculiares como apego, vínculo, perdas, crises e condições de trabalho.

Neste sentido, os profissionais buscaram atuar aproximando-se dos familiares, motivando-os a adaptar-se à situação inusitada, sendo-lhes necessária informação de forma clara e objetiva sobre o estado de saúde do RN. Nos discursos, prima-se a importância do cuidado humanizado que revela orientações quanto ao manuseio e a cuidados com RN: *Ensinar o cuidado... o manuseio com o bebê...* (TE3). *Preparar a família para os cuidados especiais com o recém-nascido* (TE4). *Orientar a mãe sobre os procedimentos* (E2). *... convidá-la a participar do cuidado do RN* (TE8).

Pelo conteúdo dos discursos, o significado do cuidado se apresenta na expressão do sentido atribuído pelo indivíduo cuidado à ação de cuidar. Para as participantes, o significado do cuidado de enfermagem está atrelado à percepção objetiva do resultado da ação, e envolve relação, interação, saber-fazer, contribuição na relação.

Excesso de luminosidade, barulho, falta de sintonia entre o cuidador e o bebê são fatores que agem no cérebro totalmente imaturo. A ambiência neonatal associada às condutas terapêuticas gera manifestações físicas e patológicas, causando grande desconforto ao recém-nascido, prejudicando ainda mais seu desequilíbrio orgânico<sup>(13)</sup>. Portanto, a prestação da assistência, muitas vezes, representa ameaça ao desenvolvimento do RN.

Na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, a equipe de enfermagem neonatal tem conscientização quanto aos fatores que desencadeiam estresse no RN, diminui a luminosidade e ruídos da unidade, protege a incubadora para amenizar a claridade e fecha as portinholas com delicadeza, porém o som e o tom de vozes,

ainda, não são estimados de acordo com as normas do Ministério da Saúde<sup>(2,11)</sup>.

Do ponto de vista do paradigma do ambiente como determinante da saúde, o cenário hospitalar constitui espaço de construção e consolidação do desenvolvimento da saúde. As ações preconizadas para humanização do cuidado neonatal referem-se ao respeito à individualidade, à garantia de tecnologia para recuperação e segurança do RN, acolhimento à família<sup>(14)</sup>.

As intervenções de enfermagem ao RN e à família têm produzido efeitos benéficos, pois a implementação de ações da equipe ameniza a situação estressante de pais e filho. Nesse sentido, adentrar no cenário neonatal e vislumbrar a realidade da equipe de enfermagem, frente aos familiares que vivenciam a internação do filho, será o foco contextualizado na categoria seguinte.

### **Intervenções de enfermagem à família do recém-nascido na UIN**

Com o surgimento das UIN, reconheceu-se a importância em atender aos aspectos psicossociais dos pais de RN internados. Atualmente, a assistência permite a presença dos pais em unidades neonatais, a fim de amenizar a dor da separação, superar o momento estressante e envolvê-los na participação do tratamento e da recuperação do filho.

Na prática, a equipe de enfermagem desempenha papel fundamental, além de cuidar do RN. Em relação ao cuidado com a família, os profissionais motivam a participação dos pais no processo de cuidar do filho durante o período de internação de modo ativo, e não apenas na expectativa de visitante. Incentivar o contato precoce dos pais com o filho é, sem dúvida, uma das condutas mais constantes adotada pela equipe<sup>(6)</sup>.

O carinho entre a mãe e o bebê, o resgate do vínculo é possível com o toque, uma das ferramentas mais eficazes para estimular essa ligação, sendo necessário ser estimulado ainda dentro da UTIN pela equipe<sup>(11)</sup>. O contato pele a pele tem a possibilidade de transmitir mensagens ao outro, sobre como se está sentindo. Logo, considera-se que o tato assume um papel muito importante no desenvolvimento do RN<sup>(15)</sup>.

Nesse sentido, a equipe de Enfermagem como agentes do processo de cuidar, insere os pais, fortalecendo os laços afetivos e promovendo o conforto do binômio pais e filho. Nestes discursos, demonstra-se a sensibiliza-

ção da equipe ao relatar: *o toque, a voz dela é diferente, quando a mãe pega no bebê e fala, ele se acalma* (AE1). *A mãe e o pai, ao lado, dão mais tranquilidade ao bebê...* (TE1). *O contato com a mãe, a presença dela faz o bebê se recuperar mais rápido* (TE5)... *quando a mãe é envolvida, não é ansiosa, os bebês evoluem* (E1).

Enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem consideraram importante a presença dos pais na unidade, que, preparados emocionalmente, enfrentam melhor a situação. Promover o conforto do RN é possível, por meio de procedimento humano, visto que o estímulo tátil permite vivenciar mais qualidade no cuidado<sup>(15)</sup>.

É importante o conhecimento dos mecanismos envolvidos no estabelecimento do vínculo materno e apego dos pais ao filho. Desse modo, a equipe de enfermagem tem sensibilidade em reconhecer a família que precisa de apoio, ao referir angústia, medo e incerteza sobre o estado de saúde do filho como demonstraram-se nestas falas: *Na presença da mãe, o bebê melhora, porém, se a mãe ou o pai forem nervosos tudo é negativo* (TE2). *O RN sente se a família tiver nervosa, principalmente, a mãe .... é muito estressante a interação do RN e a família* (TE4). *As mães estressadas, ansiosas, que choram muito, os bebês parece que sentem essa vibração da mãe e não evoluem tão bem* (E1). *Ouvir é muito importante, responder ao que eles perguntam de forma clara* (E1).

As profissionais revelaram suas percepções a respeito da interação entre pais e filho e afirmaram que pais tranquilos emitem tranquilidade, quando nervosos ou angustiados refletem no bebê, como se ele sentisse o nervosismo da mãe ou a angústia do pai. Nessa relação, a enfermeira tem sensibilidade e amorosidade, concretizada na expressão de conhecimentos, habilidades e atitudes embasadas na ciência, na arte, na ética e na estética da enfermagem<sup>(12,15)</sup>.

Preparar a família para o acolhimento do RN e atentar para as solicitações, expectativas e sentimentos, são ações da equipe de enfermagem que promove o fortalecimento do vínculo afetivo, favorecendo também o desenvolvimento físico e psíquico do RN, na recuperação da saúde, por meio do atendimento humanizado.

As ações da equipe de enfermagem são peculiares no cuidado ao RN e seu papel na UIN deve refletir o ato de cuidar como sentido moral que vincula o indivíduo à vida. Pode se constatar nestes discursos: *A família sente segurança com o apoio da enfermagem* (TE3). *... sempre se procura amenizar a situação, para que a mãe se sinta confortada* (TE5). *... a gente tem que parar e vê o que realmente a mãe quer olhar nos olhos dela* (E2). *Quando o bebê vai para o seio materno, eu acho*

um dos momentos mais importantes (E5). *Incentivamos a mãe a cuidar do bebê, ensinamos o cuidado* (TE6).

As relações interpessoais da equipe de enfermagem com as mães fortalecem-se pela significação do diálogo, que transmite segurança e confiabilidade. A abordagem de conteúdos de relações humanas é parte da formação dos profissionais<sup>(12)</sup>, no entanto a busca por novos conhecimentos e experiências com grupos de pais favorece o amadurecimento e aperfeiçoamento das ações de enfermagem.

Na categoria seguinte, conforme os discursos da equipe de enfermagem, serão apontados os fatores que interferem e dificultam a implementação da assistência humanizada à família, na internação do RN. Portanto, torna-se pertinente aos profissionais refletirem sobre comportamentos e atitudes dos familiares, bem como situações de estresse desencadeadas na própria unidade.

### Fatores intervenientes no cuidado humanizado

Em UINs, observam-se, constantemente, reações dos pais ante a internação do filho em ambiente desconhecido e estranho. Entretanto, acolhimento e diálogo efetivo são estratégias primordiais no relacionamento entre pessoas, imprescindíveis aos profissionais no entendimento à família em situação conflitante.

Consoante discursos, os fatores que dificultam a prática do cuidado humanizado à família, muitas vezes, relacionam-se, ao estado emocional, à situação socioeconômica e cultural e ao desconhecimento dos procedimentos dispensados ao RN. *A classe social da família e o perfil da pessoa, a escolaridade, dificultam o relacionamento* (TE1). *Algumas mães que não aceitam os procedimentos, choram e falam mal dos profissionais* (TE2). *Deve-se saber quem é a pessoa para saber que linguagem usar* (E4). *Mães muito insistentes, querem até alterar parâmetros dos aparelhos., tem que sempre orientar* (E6).

Em algumas palavras, as participantes relataram como muitas vezes essas mães se expressam, quando no início da internação. Inseguras e ansiosas com a situação que se depara ao ver o filho na incubadora, com fios e sondas conectados, em ambiente estranho, tudo isto gera conflito que desarticula emocionalmente. Além disso, essas mães enfrentam sérios problemas sociais como a baixa escolaridade, o desemprego, a promiscuidade, as doenças sexualmente transmissíveis (sífilis), o uso de fumo, as drogas, o álcool, a desnutrição materna, a vio-

lência doméstica, sem cônjuge e carências em relação aos cuidados à saúde. Reforça-se que este contexto adverso, marcado por fatores sociais que determinam vulnerabilidades, carências que necessitam mais ainda de um olhar atento e humanizado.

Estudos evidenciam que a equipe profissional reconhece a realidade da família, em linguagem compreensível, na interação, mediante termos conhecidos<sup>(6,16)</sup>. Com foco na assistência humanizada, o cuidado flui da relação de afetividade entre seres humanos em interação, capaz de emocionar por meio da entrega sensível e da cumplicidade entre ambos<sup>(12)</sup>.

Outros, afirmam que a criação de ambiente propício ao tratamento do RN, livre de estímulos nocivos, promove seu desenvolvimento positivo e minimiza os efeitos negativos da doença e da separação dos pais. A importância do cuidado, no desenvolvimento do recém-nascido internado, é que o cuidador (mãe e/ou equipe) age como agente regulador e fornece experiência de sintonia com o bebê<sup>(17)</sup>.

O planejamento de assistência de enfermagem ao RN, criticamente doente, constitui processo complexo que necessita de avaliação rigorosa e progressiva. *Unidades sempre lotadas, o tempo não permite você conversar mais com a família* (TE10). *Difícil prestar cuidado a muitos bebês que estão além da nossa capacidade de assistir...* (E2). *Sempre sobrecarregadas e não paramos para fazer educação em saúde com a família* (E7). *Muitos profissionais dentro da unidade é estressante, muitas vezes, não dá tempo prestar atenção a família* (E8).

Tendo em vista a prioridade das condutas com o RN, a equipe de enfermagem relatou que a superlotação de leitos, a rotina de procedimentos terapêuticos, assim como a presença de outros profissionais como fatores não facilitadores para a promoção necessária da atenção à família. Dentre estas, a superlotação destacou-se como impeditivo conforme os profissionais da equipe, porque além de concentrar demandas de procedimentos de enfermagem diversos à rotina de cuidados com o RN, favorece a sobrecarga de trabalho da equipe que reflete-se nos aspectos físicos, psíquicos, emocionais e sociais.

Em investigação que aborda os desafios para a humanização do cuidado corrobora os resultados desta pesquisa, ao ressaltar que as jornadas extensas e os desgastantes podem acarretar dificuldades na atenção das necessidades mais sutis do bebê e (inter) subjetivas de sua mãe<sup>(18)</sup>.

A enfermagem acerca da humanização do cuidado

tem em vista as especificidades de seu objeto de trabalho, contudo a comunicação, instrumento básico de enfermagem, é habilidade indispensável dos profissionais da categoria, que possibilita o relacionamento terapêutico<sup>(12)</sup>.

## CONCLUSÃO

Neste estudo, buscou-se conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca da humanização no cuidado à família do RN internado. A visão dos profissionais quanto à assistência humanizada é imprescindível na UIN, uma vez que se almeja a melhora da qualidade do cuidado, da relação interpessoal e da comunicação efetiva entre equipe, mãe ou família.

Faz-se necessário estabelecer elo entre profissionais e familiares, para informações necessárias, visando amenizar-lhes os conflitos. Os profissionais devem ter aproximação com a mãe, acreditando ser sua participação fundamental na recuperação do RN.

Os resultados do estudo indicaram a mudança das ações da equipe de enfermagem da UTIN, diante dos aspectos emocionais que envolvem a família no processo de internação do filho enfermo. Identificaram-se, portanto, as intervenções com valores humanísticos, como as orientações à família, a liberação e presença dos pais na unidade, na participação do cuidado, incentivando o toque e o resgate do vínculo afetivo.

Mesmo com estes resultados favoráveis, o estudo demonstrou lacuna na efetivação da assistência à família, mediante superlotação de leitos, que sobrecarrega a equipe de enfermagem, por sua vez, compromete a humanização do cuidado à família, por não disponibilizar de tempo suficiente para uma interação eficaz.

Embora a família constitua um dos objetivos do cuidado de enfermagem, especialmente no contexto do recém-nascido (RN), ainda são escassos os estudos que mostram sua participação e envolvimento na equipe de enfermagem. Tendo em vista o binômio mãe e filho no ambiente da Unidade de Internação Neonatal — UIN, torna-se evidente a abordagem da família como parte da humanização do cuidado, aspecto bastante discutido em produções científicas e não restrita à enfermagem.

O resgate da atenção à família neste contexto do cuidado apresenta-se necessário pelas demandas do RN. É reconhecida a dificuldade em equilibrar o uso de tecnologias de suporte à recuperação da saúde dos RN e as ações que permeiam a sensibilidade, o encontro, a empa-

tia e as relações interpessoais que existem em meio ao desempenho do cuidado técnico. Mesmo as equipes mais treinadas e capazes podem apresentar dificuldades em romper a rotina rígida de procedimentos e demonstrar o lado mais humano na partilha de cuidados ao recém-nascido e a família, identificando e intervindo em suas necessidades, pois a família também é alvo do planejamento da assistência neonatal.

## REFERÊNCIAS

1. Benevides R, Passos E. Humanização do sistema das políticas públicas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):561-71.
2. Cruvinel FG, Pauletti CM. Formas de atendimento humanizado ao recém nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão. *Cad Pós-Graduação Distúrb Desenvol*. 2009; 9(1):102-25.
3. Rolim KMC, Campos ACS, Oliveira MMC, Cardoso MVLML. Sensibilizando a equipe de enfermagem quanto ao cuidado humanizado ao binômio mãe e filho: relato de experiência. *Rev Enferm Atual*. 2004; 4(21):30-3.
4. Rolim KMC, Cardoso MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Rev Latino-am. Enferm*. 2006; 14(1):85-92.
5. Guedes AG. Tocando o bebê com cuidado- o conforto como terapêutica de enfermagem. Um estudo sobre representações da equipe de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Departamento de Enfermagem, Universidade do Rio de Janeiro; 2000.
6. Souto KC, Cardoso MVLML, Oliveira MMC. Compreendendo a experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado na unidade neonatal. *Rev Rene*. 2006; 7(3):49-55.
7. Cervo AL. Metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.
8. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico epidemiológica, discussão comparada e aplicação das áreas da saúde e humanas. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretri-



- zes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl.):15-25.
11. Oliveira MMC, Barbosa AL, Galvão MTG, Cardoso MVLML. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. *Rev Rene*. 2009; 10(3):44-52.
  12. Oliveira MMC, Almeida CB, Araújo TL, Galvão MTG. Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(4):430-6.
  13. Vale EG. Conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação [tese]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.
  14. Rolim KMC, Cardoso MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre aatenção humanizada. *Rev Latino-am Enferm*. 2006; 14(1):85-92.
  15. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev Latino-am Enferm*. 2003; 11(4):539-43.
  16. Weirich CF, Tavares JB, Silva KS. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. *Rev Eletr Enferm*. 2004 ; 6(2):172-80.
  17. Pêgo JA, Maia SM. A importância do ambiente no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo. *Distúrb Comun*. 2007; 19(1):39-50.
  18. Lamego DTC, Deslandes SF, Moreira MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):669-75.

Recebido: 21/06/2010

Aceito: 25/04/2011

## O SIGNIFICADO CULTURAL DO CUIDADO HUMANIZADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: “MUITO FALADO E POUCO VIVIDO”<sup>1</sup>

Vanessa da Silva Carvalho Vila<sup>2</sup>  
Lídia Aparecida Rossi<sup>3</sup>

Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. Rev Latino-am Enfermagem 2002 março-abril; 10(2):137-44.

*Este trabalho consistiu em um estudo etnográfico, cujo objetivo foi compreender o significado cultural do cuidado humanizado, na perspectiva da equipe de enfermagem que atua na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Para a coleta de dados, foram realizadas observações participantes e entrevistas semi-estruturadas com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, em seu ambiente de trabalho. Com a análise dos dados, emergiram três categorias principais que deram sentido ao significado do cuidado humanizado na UTI: cuidado Humanizado - amar ao próximo como a si mesmo; cuidado humanizado - não está presente como deveria estar; estresse e sofrimento: é preciso cuidar de quem cuida. O tema cultural foi o cuidado humanizado - muito falado e pouco vivido. Esse tema mostra a realidade do cuidar em terapia intensiva, envolvendo uma equipe de enfermagem que tem um conceito de humanização sintetizado na expressão: amar ao próximo como a si mesmo, mas que, na prática, não revela esse pensamento tão profundo.*

DESCRITORES: humanismo, unidades de terapia intensiva, etnografia

## THE CULTURAL MEANING OF HUMANIZED CARE IN INTENSIVE CARE UNITS: “A LOT IS SAID ABOUT IT, BUT LITTLE IS EXPERIENCED”

*This work consists in an ethnographic study which aimed at understanding the cultural meaning attributed by nursing teams to humanized care in Intensive Care Units of the University Hospital of Goiás Federal University. Participant observations and semi-structured interviews were used for data collection with nursing teams at their workplace. Three main categories emerged from the data: humanized care – “love the other as you love yourself”; humanized care – “it’s not present as it should be”; stress and suffering – “the ones who care need to be looked after”. The cultural theme that emerged from the data was: the humanized care – “a lot is said about it, but little is experienced”. This theme emphasize the reality of the care at the ICU that involves a nursing team with the humanization concept synthesized on the expression: “love the other as you love yourself”; but in a practical way, the caring process does not reveal this deep thought.*

DESCRIPTORS: humanism, intensive care unit, ethnography

## SIGNIFICADO CULTURAL DEL CUIDADO HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: “MUCHO SE HABLA Y POCO SE VIVE”

*Este trabajo es un estudio etnográfico que tiene como objetivo comprender el significado cultural del cuidado humanizado en la perspectiva del equipo de enfermería que actúa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Clínicas de la Universidad Federal de Goiás. Para la recolección de los datos fueron realizadas observaciones participantes y entrevistas semiestructuradas con enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería en su ambiente de trabajo. Con el análisis de los datos, emergieron tres categorías principales, que dieron sentido al significado del cuidado humanizado en la UCI: Cuidado humanizado – amar al prójimo como a sí mismo; Cuidado humanizado – no está presente como debería estar; estrés y sufrimiento – es necesario cuidar de quien cuida. El tema cultural fue: el cuidado humanizado – “mucho se habla y poco se vive”. Este tema muestra la realidad del proceso de cuidar en terapia intensiva, comprometiendo un equipo de enfermeros que tiene un concepto de humanización sintetizado en la expresión “amar al prójimo como a sí mismo”, pero que en la práctica, no revela este pensamiento tan profundo.*

DESCRIPTORES: humanismo, unidad de cuidados intensivos, etnografía

<sup>1</sup> Extraído da dissertação de mestrado: “O SIGNIFICADO CULTURAL DO CUIDADO HUMANIZADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ‘muito falado e pouco vivido’”; <sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Professor Assistente I do Departamento de Enfermagem e Fisioterapia da Universidade Católica de Goiás, e-mail: vscvila@uol.com.br; <sup>3</sup> Professor Doutor, e-mail: rizzardo@erp.usp.br, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem

## INTRODUÇÃO

O aspecto humano do cuidado de enfermagem, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente.

Apesar do grande esforço que os enfermeiros possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado em UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de uma UTI não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor<sup>(1)</sup>.

As UTIs surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado<sup>(2-3)</sup>.

Embora seja o local ideal para o atendimento a pacientes agudos graves recuperáveis, a UTI parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital<sup>(2,4-6)</sup>. Os fatores agressivos não atingem apenas os pacientes, mas também a equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem que convive diariamente com cenas de pronto-atendimento, pacientes graves, isolamento, morte, entre outros<sup>(7)</sup>.

Por força dos efeitos negativos do ambiente sobre o paciente, a família e a equipe multiprofissional, uma série de estudos volta-se para a necessidade de humanização dos serviços que utilizam alta tecnologia<sup>(2,8-12)</sup>. O paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física. A essência da enfermagem em cuidados intensivos não está nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente<sup>(13)</sup>.

É importante abordar a necessidade de humanização do cuidado de enfermagem na UTI, com a finalidade de provocar uma reflexão da equipe e, em especial, dos enfermeiros. Neste estudo, entende-se que humanizar é uma medida que visa, sobretudo, tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um ser biopsicossocioespiritual. Além de envolver o cuidado ao paciente, a humanização estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença neste contexto, que são, além do paciente, a família, a equipe multiprofissional e o ambiente.

A humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam a UTI.

Em virtude de nossa vivência como enfermeiras no contexto da terapia intensiva, preocupadas com a humanização e com a qualidade do cuidado de enfermagem, sentimos a necessidade de investigar como é desenvolvido o cuidado de enfermagem na UTI, com o objetivo de *compreender o significado cultural do cuidado humanizado atribuído pela equipe de enfermagem que atua na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG)*.

## MÉTODOS

Para que se possa conhecer a realidade do cuidado de enfermagem, é necessário compreender como o trabalho acontece nessa UTI, e o significado cultural que os profissionais dessa área atribuem à humanização. Assim, escolhemos a etnografia como referencial metodológico para o presente estudo, tendo em vista que, por ela, o pesquisador entra no mundo dos participantes de uma cultura e explora com eles os símbolos, os rituais e os costumes do seu mundo. Observando, discutindo, questionando e avaliando, o pesquisador amplia o conhecimento daquela cultura, registra o mundo dos outros e investiga como eles o conceituam<sup>(14)</sup>.

A situação social escolhida focalizou o cuidado de enfermagem a pacientes internados na UTI do HC/UFG. Os informantes foram os membros da equipe de enfermagem que atuam nessa unidade, nos diferentes turnos de trabalho, e que concordaram em participar do estudo.

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Humana e Animal do HC/UFG, iniciou-se o trabalho de campo. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a setembro de 2000, por meio de observação-participante e entrevista semi-estruturada.

As observações participantes focalizaram as atividades realizadas pela equipe de enfermagem, tendo como premissa básica os aspectos humanos referentes ao cuidado, conduzidas pela seguinte questão direcionadora: *como acontece e como se comportam os auxiliares, técnicos e enfermeiros, em momentos diferentes dos três turnos de trabalho, no que se refere ao cuidado de enfermagem na UTI?*

Com o objetivo de responder a essas questões, foram observadas as atividades realizadas pela equipe de enfermagem em cada turno de trabalho. No início das observações, e sempre que necessário, era solicitado aos participantes o consentimento formal e verbal para sua realização. Os dados coletados foram registrados

logo após cada sessão de observação, em um diário de campo. Os relatos obtidos dos informantes foram anotados literalmente, assim como foram registradas as anotações e reflexões, durante toda a realização do estudo.

Simultaneamente à observação participante, deve ser realizada a entrevista, que tem como objetivo tentar descobrir o que pensa a pessoa que está sendo entrevistada, tentando acessar sua perspectiva e não colocando idéias preconcebidas em sua mente, enfim, buscando situações que dificilmente seriam observadas diariamente.

Nessa perspectiva, para permitir ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, as entrevistas foram semi-estruturadas, com as seguintes questões norteadoras: *Como você se sente cuidando de pacientes graves e trabalhando na UTI?; Como é o seu relacionamento com os pacientes graves e familiares?; Como é o relacionamento da equipe na UTI?; Para você, o que significa o cuidado humanizado?*

Após estabelecido um contato prévio com os informantes, foram agendadas as entrevistas de acordo com a disponibilidade de cada um. O objetivo do trabalho foi explicado para cada informante que assinou o termo de consentimento e autorizou a utilização do gravador para o registro dos dados.

O número de informantes a ser entrevistado não foi estabelecido previamente, mas sim à medida que foram sendo realizadas as observações e as entrevistas. O critério para finalizar a coleta de dados foi o momento em que ocorreu a saturação, ou seja, quando as informações começaram a se repetir.

À medida que os dados foram coletados, procedeu-se a análise, procurando validá-los com os informantes-chave. É importante salientar que, entre os entrevistados, algumas pessoas foram consideradas como informantes-chave, nas diferentes categorias profissionais. Entretanto, um enfermeiro se destacou entre os informantes, pois apresentava grande facilidade de expressão, disponibilidade de tempo e interesse em participar do estudo. Suas sugestões e apreensões foram muito úteis e facilitaram a interpretação dos resultados. As informações com pontos convergentes e divergentes tornaram-se mais claras, permitindo que o significado de humanizar fosse descrito para o grupo estudado. Na análise de dados, optou-se por seguir os seguintes passos: codificação e categorização; interpretação de dados e derivação de temas<sup>(15)</sup>.

## O CENÁRIO CULTURAL

A UTI do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, entidade pública e de grande porte, possui nove leitos destinados ao atendimento de pacientes em estado crítico ou

potencialmente crítico, de ambos os sexos, adultos, clínicos ou cirúrgicos e com qualquer tipo de patologia, sendo caracterizada e denominada, neste local, como UTI Geral.

Com relação às atividades desenvolvidas nesse cenário, observou-se que se trata de um dia-a-dia dinâmico e intenso. O período matutino é bastante tumultuado, principalmente pelo número de pessoas que estão nesse ambiente e também pelo número de atividades que acontecem nesse período. No período vespertino, o fluxo de pessoas é bem menor. É nesse período que, diariamente, das 14 às 15 horas, acontece a visita dos familiares. Por dia, cada paciente pode receber a visita de dois familiares, entrando um de cada vez. Após esse horário, são fornecidas informações sobre o quadro clínico do paciente, pelos residentes e plantonistas. O período noturno caracteriza-se, de maneira geral, como sendo o mais tranquilo dos três períodos, com relação ao número de pessoas no ambiente da UTI.

Fizeram parte desse estudo 12 informantes, sendo que, destes, seis eram enfermeiros e seis, auxiliares e técnicos de enfermagem. A faixa etária predominante ficou entre 30 e 35 anos, com um tempo de quatro a doze anos de atuação em terapia intensiva.

## O SIGNIFICADO CULTURAL

Com a organização e análise dos dados, foram identificadas três categorias principais que deram sentido ao significado do cuidado humanizado na UTI: CUIDADO HUMANIZADO - *amar ao próximo como a si mesmo*; CUIDADO HUMANIZADO - *não está presente como deveria estar*; ESTRESSE E SOFRIMENTO - *é preciso cuidar de quem cuida*.

Cuidado humanizado - *amar ao próximo como a si mesmo*

Essa categoria refere-se aos significados expressos pelos informantes ao cuidado humanizado na UTI. Quando se referem a esse conceito, os profissionais focalizam o cuidado humanizado na perspectiva do doente, ou seja, colocando-se em seu lugar. As subcategorias apresentam as falas dos informantes e as anotações de observações realizadas em campo, revelando um conceito de humanizar relacionado a: Humanizar - *um cuidado além de técnico, com uma dose de sentimento*; Ambiente Humanizado - *poder ver o azul do céu, o verde das árvores, a luz do sol* e Humanizar - *dar atenção ao paciente e seus familiares*.

Na subcategoria **humanizar - um cuidado além de técnico, com uma dose de sentimento** - reunimos os depoimentos em que os informantes relacionam o cuidado humanizado a sentimentos de respeito e dignidade pelo paciente e familiares. Os

informantes relatam que humanizar: *...é estar sempre se colocando no lugar do paciente... (...) ...é você estar fazendo para o próximo aquilo que você gostaria de estar recebendo... (...) É aquele mandamento de Deus, amar o próximo como a você mesma. (D).*

*...é o indivíduo holístico, isso que é humanizar, você nunca tratar o indivíduo só como um número, uma doença, uma patologia, o leito tal... (...) ...não esquecer que ele tem emoção, tem sentimento, tem pudores... (E).*

O cuidar envolve verdadeiramente uma ação interativa. Essa ação e comportamento estão calcados em valores e no conhecimento do ser que cuida “para” e “com” o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem, no caso das profissões de saúde, visando ao bem-estar do paciente, à sua integridade moral e à sua dignidade como pessoa<sup>(16)</sup>.

Ao nos projetarmos no lugar do outro, tomamos consciência de nós mesmos, ou seja, sentimos e somos capazes de avaliar e escolher terapêuticamente como gostaríamos de ser tratados naquele momento. Para os informantes, cuidar humanamente significa *tratar o paciente como eu gostaria de ser tratado.*

Na subcategoria **Ambiente Humanizado - poder ver o azul do céu, o verde das árvores, a luz do sol** - os informantes relacionam humanizar a tornar o ambiente agradável e mais próximo da realidade: *...tomar o ambiente mais próximo da realidade do paciente, dos costumes em relação ao sono... (...) ...propiciar um ambiente mais agradável (A).*

*...a questão de você poder ver o azul do céu, o verde das árvores, a luz do sol, né, então humaniza também, tira essa coisa fria da UTI, que é um lugar triste, um lugar hostil (C).*

O ambiente tem influência direta no bem-estar do paciente, família e equipe multiprofissional. As estratégias que facilitam o contato, a interação e a dinâmica no contexto da UTI podem ser consideradas premissa básica para o cuidado humanizado.

O ambiente físico pode ser responsável pelo desenvolvimento de distúrbios psicológicos, pela desorientação no tempo e no espaço, privação de sono devido aos ruídos constantes. Todos os aspectos que puderem ser melhorados nesse sentido devem ser valorizados<sup>(17)</sup>.

Alguns informantes referiram que, apesar de ter relógio, janelas, a *estrutura física compromete a assistência, os leitos são muito próximos e isso dificulta o trabalho, a questão da privacidade.* Foi possível observar isso na prática: o espaço entre os leitos é pequeno e, apesar dos biombo, sua utilização fica prejudicada. Aos poucos, o ambiente físico tem sido adequado, mas ainda são intensas as questões como barulho e a falta de privacidade.

Na subcategoria **humanizar - dar atenção ao paciente e seus familiares** estão agrupados os depoimentos em que os

informantes relacionam cuidado humanizado ao diálogo, à atitude de conversar, informar o paciente, localizá-lo no tempo e no espaço, identificá-lo pelo nome, enfim, personalizar o atendimento. Afirmam que o paciente deve ser considerado como uma pessoa que está em um momento difícil, mas que é um ser humano com necessidades, sentimentos, alguém que precisa não apenas de cuidados físicos, mas também psicossocioespirituais. O depoimento a seguir exemplifica essa situação: *...nunca esquecer que quem está ali é uma pessoa igualzinho a você, um ser humano, que está numa fase difícil, que está doente, que está necessitando de cuidados... (...) ...manter a vida do doente, não esquecer que ele precisa de tudo que você também precisa, espiritual, afetivo, alívio de dor, ambiente, essas coisas assim. (C).*

Um fato interessante ocorreu durante algumas entrevistas. Ao mesmo tempo em que os informantes mencionavam a importância de personalizar o atendimento, de chamar o paciente pelo nome, não o tratar como um número, declaravam: *...sabe aquele paciente do leito A, o paciente da hemodiálise... Assim, nesse momento, adotavam o modelo explicativo do profissional, ou seja, o modelo biomédico, vendo o paciente como portador de doença, entendida estritamente como mau funcionamento interno do corpo. Isso demonstra a dificuldade que a equipe de enfermagem encontra para romper padrões culturais perpetuados e compartilhados pela equipe de saúde. Dessa forma, aquilo que é dito nem sempre é feito.*

Humanizar aparece, ainda, com o significado de *manter a família informada e preparar a família para entrar na UTI.* A informação adequada, com palavras simples e condizentes com o nível sociocultural dos familiares, é um importante requisito para a humanização do cuidado. A participação do enfermeiro junto aos familiares, além de possibilitar a visita aos pacientes internados na UTI, envolve o fornecimento de informações precisas, favorecendo o contato com a realidade<sup>(12)</sup>.

Diariamente, é feita a leitura de um “Boletim Médico” que contém informações genéricas com o imperioso *chavão – grave, estável, regular* – que não traduz particularidades de um estado ou de uma evolução. Apesar de ressaltarem a importância de orientar os familiares, poucas vezes, os enfermeiros participaram dessa atividade. De modo geral, os próprios informantes afirmaram: *...a informação que nós damos é sobre a rotina, o horário de visitas, o que pode e o que não pode, assim, mais superficial...*

**Cuidado humanizado - não está presente como deveria estar**

Os informantes, além de apresentarem a perspectiva do ideal de humanização do cuidado em terapia intensiva, demonstraram, a partir de seus depoimentos, que existe uma realidade que, em muitos aspectos, fere o conceito de humanizar como *amar ao próximo como a si mesmo* e distancia o contexto da UTI desse ideal. Como

pode ser observado nos exemplos a seguir: *...é muito falado em humanização, mas é pouco vivido... (H).*

*Eu fico com vergonha da enfermagem, me entristece muito de ver que o número de pessoas que não respeitam o doente é enorme... (D).*

*A gente está mais direcionado à parte técnica, a parte espiritual a gente deixa de lado, e aí que pesa o lado de humanização, a gente deixa de ser mais humano, né! (A).*

A observação do contexto real da terapia intensiva faz-nos constatar a dicotomia existente entre teoria e prática. Apesar de conceituarem cuidado humanizado como respeito, amor, carinho, mantendo o diálogo, a privacidade, dando atenção à família, os informantes mencionam atitudes, comportamentos, condutas que caracterizam a UTI como um ambiente mecânico e desumano com paciente, família e equipe de enfermagem.

O contexto do trabalho na UTI apresenta uma série de nuances, concordâncias e contradições que se referem ao sistema cultural da prática do cuidar em enfermagem. Assim, as subcategorias, a valorização da técnica em detrimento do cuidado - a realidade do cuidar em UTI; o relacionamento com pacientes e familiares: *uma coisa assim mais superficial* - revelam a realidade do cuidar em terapia intensiva.

Na subcategoria **a valorização da técnica em detrimento do cuidado - a realidade do cuidar em UTI**, reunimos os depoimentos em que os informantes apresentam uma realidade na qual prevalecem ações mecânicas, rotineiras, centradas na execução de tarefas. O depoimento a seguir exemplifica essa situação: *...a gente é tecnicista, só quer executar, limpar e acabou... (...) A enfermagem é muito... "receita de bolo", chegou lá e é isso, é isso e é isso..., a gente não pára muito para refletir, para pensar, não dá valor a esse tipo de coisa. (E).*

O paciente, nestas circunstâncias, se encontra exposto à perda de identidade e à falta de privacidade. Apesar de os profissionais terem consciência da necessidade do cuidado humano, o cuidado técnico impera no ambiente cultural da UTI. A estruturação de UTIs cada vez mais sofisticadas e burocratizadas é inevitavelmente despersonalizante. Pacientes estão à mercê de estranhos cujas funções e papéis desconhecem, de máquinas, de aparelhos de testes e de rotinas totalmente desconectadas de seus hábitos. O cliente torna-se somente um paciente a mais, outra patologia, outro tratamento, outro prontuário, ele é solicitado a descartar sua identidade e tornar-se um paciente<sup>(16)</sup>.

Não deixa de ser interessante e necessário refletirmos sobre o fato de que, apesar das discussões e posições teóricas sobre humanizar, ainda hoje é impressionante a flagrante violação dos direitos do homem e de sua dignidade. Ninguém questiona a importância da existência da tecnologia, porque ela em si mesma não é benéfica nem maléfica, tudo depende do uso que se faz dela. A UTI precisa e deve utilizar recursos tecnológicos cada vez mais

avançados, porém os profissionais não deveriam esquecer que jamais a máquina substituirá a essência humana<sup>(18)</sup>.

Existe, nesse cenário cultural, uma enorme contradição entre o que é falado com o que é vivido. No contexto real, transparecem as raízes de um cuidado despersonalizado, centrado na execução de tarefas e agressivo com o paciente, a família e a equipe multiprofissional. Constatamos que prevalecem ações curativas, voltadas para valorização das tecnologias. O objeto da enfermagem está centrado mais na tarefa a ser executada do que no paciente.

Na subcategoria **relacionamento da equipe com paciente e familiares - uma coisa assim mais superficial**, foi observado que os momentos de contato entre paciente e equipe estavam relacionados às atividades como o banho, a aspiração endotraqueal, os curativos, a mudança de decúbito, enfim, às rotinas e aos procedimentos. A partir dos depoimentos obtidos e das observações realizadas, constatamos que, apesar das declarações de que *...gosto muito de conversar com a família..., ...gosto de estar orientando os familiares...*, o envolvimento com o paciente e a família está longe do ideal para humanizar. Essa percepção é também caracterizada pelos depoimentos transcritos a seguir: *...a gente não interage muito com a família... (...) ...nosso relacionamento com a família é muito curto, muito pequeno. (H).*

*...só converso com a família no momento em que o paciente chega, a gente dá uma orientação prévia, em relação ao horário de visita. Uma coisa assim, mais superficial, não é uma interação assim, mais profunda. (I).*

Durante as observações, foi possível constatar que o contato com a família é bastante formal e burocrático e, principalmente, despersonalizado. O diálogo com os familiares é restrito e, raras vezes, o enfermeiro acompanhou de fato o momento de sofrimento e angústia da família. Justamente no horário de visitas, todos os funcionários aproveitavam para tomar o lanche. Terminado esse período, eram reiniciadas as atividades e, mais uma vez, o cuidado, centrado na execução de tarefas, denotava claramente o ambiente da UTI.

É preciso ter em mente que, para a família cumprir o seu papel e dar suporte à situação vivenciada pelo paciente, ela também precisa de suporte para suas necessidades físicas e emocionais<sup>(18)</sup>.

Estresse e sofrimento - *é preciso cuidar de quem cuida*

Nessa categoria, os informantes ressaltaram aspectos referentes ao estresse pela sobrecarga de trabalho e o intenso número de atividades no dia-a-dia da UTI. Refletiram sobre o sofrimento gerado quando se envolvem com pacientes e familiares, justificando, assim, que o relacionamento distante, muitas vezes, é um mecanismo de defesa. Mencionaram, ainda, a importância de estender a atenção

à equipe de enfermagem no cuidado humanizado, ou melhor, *cuidar de quem cuida*, como condição necessária para melhorar a qualidade do cuidado na UTI.

Nesse aspecto, as subcategorias que emergiram foram: Cuidar em Terapia Intensiva - *ambiente estressante e sobrecarga de trabalho*; Envolvimento com pacientes e familiares - *a gente se apega e sofre*; Humanizar - *cuidar de quem cuida*.

Na subcategoria **cuidar em Terapia Intensiva - ambiente estressante e sobrecarga de trabalho**, reunimos os depoimentos em que os informantes salientaram o estresse e o cansaço causados pela sobrecarga de trabalho que envolve o ambiente cultural da UTI. O depoimento a seguir exemplifica essa situação: *O ambiente é estressante, pela sobrecarga de trabalho.(...) ...nunca deixa de ter alguma coisa para fazer. (...) ...se você for responsável demais, você se esgota, e não consegue vencer o trabalho que você tem aqui. (M).*

*...é muito cansativo e sobrecarregado trabalhar aqui... (...) ...exige muito da gente.. (D).*

Observamos que a maioria dos informantes e da equipe de enfermagem, como um todo, tem mais de um emprego. O ambiente da UTI é bastante instável, há dias tranquilos, mas também, dias agitados, com pacientes graves, que exigem atenção e cuidado rigoroso de toda a equipe. No período matutino, acontece a maioria das atividades como RX, curativos, exames. O número de pessoas que transitam pela UTI é intenso, e o barulho também. O ruído do monitor, do respirador, as conversas da equipe médica e de enfermagem dificultavam a própria realização das observações participantes.

A equipe de enfermagem está, provavelmente, exposta a um nível maior de estresse que qualquer outra do hospital, porque deve lidar não somente com a assistência a seus pacientes e familiares, mas também com suas próprias emoções e conflitos.

A UTI é uma unidade geradora de estresse, sendo as principais manifestações: fadiga física e emocional, tensão e ansiedade. Dentre as fontes que produzem alto poder estressante, a equipe considera: o ambiente de crise, risco de vida, situação vida/morte, sobrecarga de trabalho, má utilização de habilidades médicas e a falta de reconhecimento pelos profissionais<sup>(7)</sup>.

Na subcategoria **envolvimento com pacientes e familiares - a gente se apega e sofre**, reunimos os depoimentos em que os informantes mencionaram, o que também pode ser observado, que alguns pacientes, principalmente, os idosos e as crianças, *sensibilizam mais a equipe*. Nas ocasiões em que isso ocorreu, constatamos um cuidado mais carinhoso. Em situações assim, esporadicamente, observamos que o cuidado humano de fato aconteceu. Nessas ocasiões, o cuidado se torna mais centrado no paciente, na família, mas os informantes referiram que esse apego, esse envolvimento, leva a uma aproximação e, conseqüentemente,

ao sofrimento. Como pode ser observado neste depoimento: *...a gente sofre, principalmente, com os pacientes a que a gente se apega mais... (...) ...a gente envolve com a família... (...)...às vezes você fica o dia inteiro, com um paciente grave, você fica ali o tempo inteiro e de repente ele vai a óbito, então aquilo para você é sempre uma perda. (D).*

O envolvimento com o paciente e a família é um pré-requisito essencial para humanizar. Porém, esse aspecto deveria ser trabalhado e discutido com a equipe, para não gerar a angústia, o sentimento de impotência, levando, com isso, à negação e ao distanciamento como mecanismo de defesa. Essa perspectiva aparece representada pelas falas: *...a gente tem como defesa o próprio ser humano, de manter uma distância, uma defesa da gente emocional, manter uma distância do paciente. (E).*

*Acho que é um mecanismo de defesa meu, eu mantenho uma certa distância dos pacientes/... eu procuro não me envolver muito não... (C).*

O processo de interação efetiva entre membros da equipe e familiares não é fácil, uma vez que aspectos psicológicos negativos estarão sempre envolvidos, em maior ou menor escala. A análise qualitativa do efeito benéfico dessa interação é altamente estimulante e permite antever a sua eficiência na assistência global ao paciente criticamente enfermo. Trata-se, pois, de um desafio, para a equipe que atua em UTI, promover interação efetiva com o paciente e com a família<sup>(19)</sup>.

Na subcategoria **Humanizar - cuidar de quem cuida**, ao refletirem sobre o conceito de humanizar, reunimos os depoimentos em que os informantes mencionaram a necessidade de cuidar da equipe de enfermagem: *...não adianta você fazer uma área física linda e maravilhosa, onde o paciente tem um Box individualizado, onde ele tem tudo, onde ele tem televisão, ele tem som, ele tem um banheiro privativo, mas que a equipe também não está humanizada. (B).*

Só é possível humanizar a UTI partindo de nossa própria humanização. Os profissionais de enfermagem não podem humanizar o atendimento do paciente crítico, antes de aprender como ser inteiro/ íntegro consigo mesmo. O encontro com o paciente nunca é neutro, sempre carregamos conosco os preconceitos, valores, atitudes, enfim, nosso sistema de significados culturais. Por isso, cuidar de quem cuida é essencial para se poder cuidar terapêuticamente de outros<sup>(18)</sup>.

## O CUIDADO HUMANIZADO: *muito falado e pouco vivido*

Considerando as categorias e subcategorias que emergiram, o tema cultural deste estudo está condensado na afirmação **O CUIDADO HUMANIZADO: muito falado e pouco vivido**. Esse tema desvela a realidade do processo de cuidar, em

terapia intensiva, de uma equipe de enfermagem que tem um conceito sobre humanizar sintetizado na afirmativa: *amar ao próximo como a si mesmo*, mas, na prática, o cuidar não reflete essa tão profunda expressão.

Ao refletirem sobre o cuidado humanizado, os informantes apresentaram duas perspectivas: a realidade da prática na UTI, “o vivido” e o ideal de humanizar, “o falado”. Dessa forma, do ponto de vista do profissional de enfermagem, a realidade na prática da UTI é interpretada considerando o conceito de “doença processo” que se refere às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas<sup>(20)</sup>. Reflete o vivido nessa unidade.

Quando o profissional assume a posição do doente, o conceito de humanizar reflete a percepção da “doença enfermidade” que constitui uma interpretação e um julgamento das impressões sensíveis produzidas pelo corpo. Portanto, não é meramente um estado de sofrimento, mas também uma realidade sociocultural<sup>(20)</sup>. Essa é, então, a perspectiva do ideal de humanizar. Colocando-se no lugar do outro, o profissional passa a cuidar, considerando um significado de humanizar que envolve respeito, dignidade, abrangendo a expressão ***amar ao próximo como a si mesmo***.

A organização do trabalho baseada na execução da tarefa e o distanciamento entre equipe, pacientes e familiares, justificados como mecanismo de defesa, em função do estresse pela sobrecarga de trabalho, são referidos pelos informantes como o real, *o vivido* na UTI. Os informantes referem que o cuidar é tecnicista e mecânico, *desprovido de sentimento*. *Executar a técnica, limpar, manter a ordem na unidade* são procedimentos que estão fortemente enraizados nesse cenário cultural, esquecendo-se, muitas vezes, dos sentimentos

do paciente, família e até mesmo de seus próprios sentimentos, enquanto profissionais que, diariamente, lidam com o estresse.

Ao refletir sobre o significado cultural de cuidado humanizado, tendo a cultura como um sistema de significados pelo qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele, concluímos que a enfermagem tem a responsabilidade e o compromisso ético e profissional de resgatar o sentido do seu agir, e isso só será possível a partir da conscientização de que o ser humano é capaz de buscar a si mesmo, a sua essência e, por conseqüência, buscar o outro.

É possível que esta realidade também esteja presente na maioria das UTIs brasileiras. Assim, essas características não devem ser apenas relacionadas a problemas burocráticos, muito menos estruturais e técnicos, mas sim a uma questão que envolve atitudes, comportamentos, valores e ética moral e profissional.

Se cada um de nós entender e aceitar quem somos e o que estamos fazendo, seremos capazes de lutar e agir para que essa mudança aconteça, nem que, para isso, sejam necessárias décadas. O significado de humanizar: *amar ao próximo como a si mesmo*, que nada mais é do que uma forma de dar sentido a nossa vida, deixará de ser simplesmente um discurso para ser verdadeiramente vivenciado.

Este trabalho não pretende esgotar o tema acerca da compreensão do significado cultural de cuidado humanizado para equipe de enfermagem em UTI. No entanto, pretende contribuir para a realização de novos estudos e para melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem, nesse cenário cultural.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boemer MR, Rossi LR, Nastari, RR. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva - análise de depoimentos. Rev Gaúch Enfermagem 1989 julho; 10(2):8-14.
2. Castro DS. Experiência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva: análise fenomenológica. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1990.
3. Lima MG. Assistência prestada pelo enfermeiro em unidades de terapia intensiva: aspectos afetivos e relacionais. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1993.
4. Holland C, Cason CL, Prater LR. Patient's recollections of critical care. Dimens Crit Care Nurs 1997 May-June; 16(3):132-41.
5. Russell S. An exploratory study of patient's perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. J Adv Nurs 1999; 29(4):783-91.
6. Guirardello EB, Romero-Gabriel CAA, Pereira IC, Miranda AF. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enfermagem USP 1999 junho; 33(2):123-9.
7. Spindola T, Castañon FF, Lopes GT. O estresse na Unidade de Terapia Intensiva. Âmbito Hospitalar 1994; 5:2-41.
8. Souza M, Possari JF, Mugaier KHB. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. Rev Paul Enfermagem 1985 abr./jun.; 5(2):77-9.
9. Rockenbach LH. A enfermagem e a humanização do paciente. Rev Bras Enfermagem 1985 jan/mar; 38(1):49-54.
10. Oliveira LMAC. Assistência de enfermagem à família na UTI: uma abordagem sobre o atendimento de suas necessidades. [dissertação]. Rio de Janeiro(RJ): Escola de Enfermagem Ana Neri/UFRJ;1991.
11. Barr WJ, Bush HA. Four factors of nurse caring in the ICU. Dimens Crit Care Nurs 1998; 17(4):214-23.
12. Santos CR, Toledo NN, Silva SC. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: paciente-equipe de enfermagem – família. Nursing 1999 out: p.26-9.



13. Hudak CM, Gallo BM. Efeitos da unidade de terapia intensiva sobre o enfermeiro. In: Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1997. p.98-109.
14. Parse OR, Coyne AB, Smith MJ. Nursing research: qualitative methods. Maryland: Brady Communications; 1985.
15. Germain C. Ethnography - the method. In: Munhakk PL, Oiler CJ. Nursing research: a qualitative perspective. New York: Appliton-Century-Crofts; 1986. p.147-62.
16. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato; 1998.
17. Knobel E. Condutas no paciente grave. 2ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 1999.
18. Silva MPJ. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA, organizadoras. Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p 1-11.
19. Dunkell J, Eisendrath S. Families in the intensive care unit – their effect on staff. Heart Lung 1983; 12(3):258-61.
20. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.

# Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva

*Stressful factors for families of critically ill patients of the intensive care unit*

Jaquiline Barreto da Costa<sup>1</sup>, Claudia Regina Felicetti<sup>1</sup>, Claudia Rejane L. de Macedo Costa<sup>1</sup>, Dalas Cristina Miglioranza<sup>1</sup>, Erica Fernanda Osaku<sup>1</sup>, Gelena Lucinéia G. da Silva Versa<sup>1</sup>, Joanito Solstoski<sup>1</sup>, Péricles Almeida D. Duarte<sup>1</sup>, Silvana Triló Duarte<sup>1</sup>, Suely Mariko Ogasawara<sup>1</sup>, Sheila Taba<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar os principais estressores ambientais, conforme a percepção de familiares de pacientes internados em uma UTI-G de adultos de um hospital público universitário.

**Método:** Estudo transversal descritivo com familiares de pacientes gravemente enfermos internados na UTI de um hospital escola. Para a coleta de dados, utilizou-se uma escala contendo 25 itens relacionados a eventos da referida UTI. Para análise dos resultados, as respostas foram classificadas como estressores ambientais, referentes à equipe, ao paciente e à visita.

**Resultados:** Participaram 53 familiares, 67,9% mulheres, com média de idade de 39,7 anos. Os fatores relacionados ao paciente foram mais estressantes do que aqueles referentes à equipe e ao ambiente ( $p < 0,005$ ). Os eventos mais estressantes para os familiares estiveram relacionados à insegurança e ao medo quanto ao estado clínico do paciente, dentre esses, o motivo e o tempo de internação e ver o paciente em coma. **Conclusão:** A internação de um parente próximo na UTI foi considerada pelos familiares que efetivamente participaram desse processo um evento estressante. Todos os participantes indicaram pelo menos um evento causador de estresse capaz de provocar diferentes reações emocionais. Conhecer tais eventos pode facilitar as estratégias de humanização hospitalar, propiciando alternativas para reduzir os níveis de estresse e alterações psiquiátricas subsequentes.

## Palavras-chave

Unidades de terapia intensiva, estresse psicológico, família.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify main environment stressors according to the perception of relatives of patients hospitalized in an adult ICU in a university public hospital. **Method:** It is a transversal descriptive study involving family members of critically ill patients hospitalized in an ICU of a school hospital. To collect data we used a 25-item scale related to the referred ICU. For result analysis, answers were classified as environmental stressors concerning the team, patients, and visits. **Results:** There were 53 family-member participants where 67.9% were women averaging 39.7 years of age. Factors related to patients were more stressing than those concerning the hospital team and the environ-

Recebido em  
10/5/2010  
Aprovado em  
15/7/2010

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Setor de Psicologia.

Endereço para correspondência: Jaquiline Barreto da Costa  
Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Setor de Psicologia  
Av. Tancredo Neves, 3224, Santo Onofre – 85806-470 – Cascavel, PR  
Telefone: (45) 3321-5206  
E-mail: jaquihuop@yahoo.com.br

ment ( $p < 0.005$ ). The most stressed events for the family members were related to uncertainty and fear of the clinical state of the patient, among them reason and length of hospital stay, and witness the patients in a coma. **Conclusion:** Hospital ICU stay of a relative was considered by the close to kin, who actually participated in the process, a stressful event. All participants indicated at least one event that causes stress as capable of provoking diverse emotional reactions. Knowing such events can favor hospital humanization strategies thus providing alternatives to reduce stress levels and subsequent psychiatric disorder.

## Keywords

Intensive care units, psychological stress, family.

## INTRODUÇÃO

A admissão em uma unidade de terapia intensiva geral (UTI-G) é um evento estressante tanto para o paciente quanto para os familiares, sendo este caracterizado como uma situação tensa, fisiológica e/ou psicológica, podendo afetar as pessoas em todas as suas dimensões.

Muitos estudos têm pesquisado o estresse do paciente relacionado ao ambiente da UTI<sup>1-4</sup> e, em sua grande maioria, o enfoque recai sobre a avaliação dos eventos estressores na perspectiva da família e da equipe<sup>5,6</sup>. No entanto, no caso de pacientes gravemente enfermos, frequentemente sedados e imobilizados, o familiar, como também a própria equipe, pode apenas supor o que causa dor ou desconforto ao paciente, angústia e sofrimento psíquico<sup>7</sup>.

O estresse tem sido relacionado a sensações de tensão, ansiedade, medo e desconforto caracterizado por alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que estão além de suas habilidades de enfrentamento<sup>8</sup>. Situações específicas como a presença de tubos na boca e/ou nariz, dor, comprometimento do sono, não ter controle de si mesmo, limitação de movimentos e não ter explicação sobre o seu tratamento são descritas na literatura como os itens mais associados ao desenvolvimento de estresse pelos pacientes<sup>4,5</sup>.

A internação em UTI gera também um alto grau de estresse e ansiedade na família<sup>9</sup>. A gravidade clínica do paciente e a impossibilidade em se comunicar têm sido descritas como fatores de impacto no grau de estresse da família. Dessa forma, a avaliação de eventos causadores de estresse e sofrimento psíquico deve assumir um enfoque diferente, sendo necessária uma atenção direcionada aos familiares.

A gravidade do quadro clínico, a alteração do nível de consciência e a ausência de comunicação implicam a impossibilidade de tomada de decisões pelo paciente<sup>10</sup>, transferindo para os familiares um papel central durante o tratamento, reabilitação e cuidados empregados após a alta. É necessário, portanto, detectar e minimizar o impacto de eventos estressores na saúde mental dos familiares.

A literatura tem apontado altos níveis de ansiedade e sintomas depressivos entre membros de familiares de pacientes internados em UTI<sup>11-13</sup>, já que a internação nessa unidade envolve uma ameaça iminente à integridade física do

paciente, podendo se configurar como um potencial evento traumático causador de estresse emocional. Nessa linha, outros estudos<sup>14-16</sup> têm descrito a presença de reações de estresse pós-traumático meses após o internamento na UTI, e pelos resultados encontrados sugere-se a necessidade de desenvolver estratégias preventivas para minimizar o desencadeamento de alterações emocionais em familiares a curto e longo prazo.

Diante disso, ao longo dos últimos anos os cuidados têm sido estendidos aos familiares, proporcionando atenção especial às suas necessidades emocionais, reduzindo os riscos de transtornos psíquicos subsequentes<sup>7-17</sup>. Conhecer os fatores associados ao desencadeamento de estresse dentro do ambiente de terapia intensiva pode ser útil para ampliar as estratégias de atenção aos familiares com vistas à prevenção de possíveis alterações emocionais.

Este estudo teve como objetivo avaliar os principais estressores ambientais, conforme a percepção de familiares de pacientes internados em uma UTI-G de adultos de um hospital público universitário.

## MÉTODO

Estudo transversal descritivo com familiares de pacientes internados em uma UTI-G de um hospital universitário público. A UTI em estudo é referência de alta complexidade para 26 municípios da região, conta com nove leitos destinados a pacientes adultos acometidos de patologias clínicas diversas (clínico-cirúrgicas, trauma e neurológicos) e atende em média 350 pacientes ao ano.

As visitas de familiares nesta UTI são realizadas duas vezes ao dia, em períodos de 30 minutos, seguidas de entrevista com o médico plantonista. É permitida a entrada de duas pessoas durante cada período de visita, sendo estimulada a presença de familiares como acompanhantes dentro da UTI, exclusivamente no caso de pacientes em processo de desmame ou já fora da ventilação mecânica. No caso de pacientes sedados e gravemente enfermos, não há acompanhantes continuamente e a interface com a equipe se dá durante ou após a visita, na entrevista com o médico plantonista.

Participaram deste estudo familiares de pacientes internados no período de junho a dezembro de 2008 e que

preencheram os seguintes critérios de inclusão: parentes de primeiro grau (pais, irmãos, cônjuges, filhos), com familiar internado na UTI por mais de 36 horas e em ventilação mecânica no dia da visita, que tivesse realizado pelo menos duas visitas até o momento da entrevista, maiores de 18 anos, e que consentiram sua participação no estudo. Foram excluídos familiares de pacientes com diagnóstico de morte cerebral e doença terminal.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário contendo dados sociodemográficos e clínicos do paciente, ficha de identificação do entrevistado e uma escala contendo 25 itens referentes a eventos relacionados à UTI considerados como estressantes.

Atualmente, não há instrumentos nacionais padronizados para avaliar os eventos estressores relacionados ao contexto de tratamento intensivo, causadores de estresse na família. Diante disso, os pesquisadores desenvolveram uma escala baseada no conteúdo de alguns itens da Escala de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva (*Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale – ICUESS*), validada por Ballard<sup>18</sup> e por Nastasy<sup>19</sup>, traduzida e adaptada culturalmente por Novaes et al.<sup>4</sup>, composta por 40 itens para identificar os principais eventos percebidos como estressantes para o paciente. Para a construção do instrumento, realizou-se uma adaptação da referida escala, considerando as especificidades do tratamento intensivo e os eventos estressores que poderiam ser aplicados na avaliação dos familiares. Para a elaboração do instrumento, foram percorridas duas etapas: análise do instrumento por um grupo de profissionais com experiência na área de terapia intensiva (3 médicos, 2 psicólogos, 1 assistente social, 2 enfermeiros, 3 fisioterapeutas e 1 fonoaudióloga), com vistas a sugerir e verificar a forma e apresentação dos itens quanto à clareza, facilidade de leitura, abrangência do conteúdo e relevância. Em seguida, realizou-se um estudo piloto para verificar a aplicabilidade na população-alvo. No estudo piloto, foram convidados, aleatoriamente durante o horário de visita da UTI estudada, 13 sujeitos para responder à escala, indicando os eventos causadores de estresse de acordo com a pontuação estabelecida. Desses, seis eram homens e sete, mulheres, com idade variando entre 20 e 65 anos, sendo informados do objetivo de sua participação. Após realização do estudo piloto, verificou-se que os itens eram compreensíveis e que o instrumento possibilitou a identificação de eventos relacionados à UTI indicados pelos familiares como causadores de estresse. A versão final do instrumento ficou constituída por 25 itens, agrupados em quatro domínios: os eventos estressores relacionados ao ambiente, relativos ao paciente, a interação equipe/família e referentes à visita.

Após a avaliação do instrumento pelo grupo de profissionais, ajustamento de alguns itens e realização do estudo piloto, teve início a pesquisa com os familiares de pacientes internados durante o período do estudo.

A aplicação da escala foi realizada individualmente na sala de espera, logo após o horário de visita. Os participantes determinaram o grau de estresse de cada item por meio de uma escala de valores pontuando de 0 a 3, sendo o valor zero (0) considerado como não estressante, um (1), pouco estressante, dois (2), estressante e três (3), muito estressante. Foi entrevistado apenas um familiar por paciente e, em nenhum dos casos, os familiares estavam na rotina de permanência, como acompanhantes.

Para a análise dos dados, os fatores estressores foram classificados de acordo com as quatro categorias: estressores ambientais (8 itens), relacionados ao paciente (9 itens), relativos à interação entre equipe/família (4 itens) e referentes à visita ou rotinas administrativas (4 itens). O escore de todos os itens foi baseado nas respostas dadas, variando entre não estressante (1 ponto), pouco estressante (2 pontos), estressante (3 pontos) e muito estressante (4 pontos). A análise dos estressores foi feita a partir do *ranking* estabelecido pelo escore de todos os itens.

Os dados foram armazenados no programa Microsoft® Excel® e, para análise e interpretação dos resultados, foi utilizado o programa Statistica 8.0. Foi realizada análise de porcentagem simples para caracterizar a amostra de acordo com as variáveis clínicas e sociodemográficas. Realizaram-se estatística descritiva e análise de variância e teste-T, aceitando-se um  $p < 0,05$ . Os resultados são mostrados em forma de tabelas e apresentados em frequência absoluta e relativa. Dados contínuos são apresentados como média e desvio-padrão, quando indicados, e dados categóricos em número absoluto e porcentagem.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com o preconizado pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi apreciado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. A avaliação de todos os pacientes incluídos no estudo ocorreu após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

Durante o período de estudo, 187 pacientes foram admitidos na UTI de adultos, sendo 172 por período maior do que 36 horas. Desses, 119 foram excluídos, seguindo critérios previamente determinados.

Dos 53 familiares participantes, 67,9% eram do sexo feminino e a idade deles variou entre 18 e 69 anos, com média de  $39,7 \pm (12,7)$  anos. A maioria dos entrevistados (66,1%) tinha completado o ensino fundamental e 56,6% desenvolviam atividade laboral remunerada. Quanto ao grau de parentesco, 33,9% dos entrevistados eram cônjuges, e uma grande proporção (62,3%) afirmou que, após a internação, seria o cuidador do paciente. A maioria dos entrevistados (62,3%)

residia na mesma cidade onde estava internado o paciente e, no momento da entrevista, 58,5% dos familiares tinham realizado em média cinco visitas.

Quanto aos pacientes, 67,3 eram do sexo masculino e, do total, 51% foram admitidos por causa de condições clínicas diversas, especialmente a sepse (38,8%), seguidas daqueles com trauma (34,7%) e por condições neurológicas (14,3%). O tempo médio de permanência na UTI foi de 10,0 dias ( $\pm 8,5$ ), variando entre 2 e 37 dias; 47,8% dos pacientes ficaram internados na UTI por mais de sete dias e mais da metade (55,8%) permaneceu em ventilação mecânica por mais de dois dias, com um tempo médio de 7,2. O escore médio do índice de APACHE II foi 20,2 (mortalidade esperada de cerca de 36%). Não houve diferenças significantes entre os pacientes incluídos no estudo e os não incluídos em relação a idade, sexo, gravidade (mensurado pelo escore APACHE II) e causas de admissão. Dados epidemiológicos e sociais dos pacientes e dos familiares envolvidos no estudo são mostrados na tabela 1.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos pacientes e membros das famílias

	Pacientes	Familiares
Sexo masc. (%)	67,3%	32,1%
Idade (média + DP)	42,08 + 17,28	39,7 + 12,7
Idade média (mín.-máx.)	42,08 (17 – 87)	39,7 (18 – 69)
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	11,3%	01,9%
1º grau	64,2%	66,1%
2º grau	11,3%	22,6%
Superior	03,8%	09,4%
Não respondeu	09,4%	0
<b>Ocupação</b>		
Trabalha	56,6%	56,6%
Não trabalha	28,3%	35,9%
Aposentado	15,1%	07,5%
<b>Grau de parentesco</b>		
Cônjuge	–	33,9%
Filho(a)	–	22,7%
Pai/mãe	–	18,9%
Irmã(o)	–	24,5%

A possibilidade de pontuação da escala variava entre 25 e 100 pontos, e quanto maior o valor do somatório dos itens, mais estressantes eram os eventos analisados pela escala. Na amostra estudada, foram obtidos valores entre 56 e 150 pontos referentes às quatro notas da escala (0, 1, 2, 3), tendo os itens relacionados ao paciente alcançado a maior média (127,1 pontos). Na sequência ficou o agrupamento dos itens

referentes à visita (103 pontos), seguidos da categoria ambiente (90,4 pontos) e equipe (74,2 pontos). Pelas medidas descritivas referentes aos quatro domínios da escala, constatou-se que as médias obtidas no agrupamento dos itens de cada categoria foram relativamente próximas (0,16; 0,36; 0,2 e 0,28). A tabela 2 mostra o *ranking* dos fatores estressores referidos pelos familiares.

No geral, os familiares indicaram pelo menos um evento percebido como estressante referente à internação de um familiar na UTI. Os eventos percebidos como muito estressantes, pontuados como nível três, foram: ver o paciente em coma/sedado (66,1%), entubado (58,5%), seguidos do motivo de internação (56,6%) e o paciente não conseguir falar (51%).

Os itens relacionados ao contato com a equipe da UTI foram os que receberam os mais baixos escores de estresse. Apenas o item “Não conhecer os membros da equipe” foi percebido como sendo um fator estressante. Os fatores ambientais que também tiveram baixa pontuação, entre os mais citados, foram: “O ambiente da UTI” e “Ver os outros pacientes”. Por outro lado, “As luzes da UTI” e “Os barulhos da UTI” foram raramente mencionados. O gráfico 1 mostra os cinco primeiros fatores estressantes com maiores e menores escores.

Os fatores relacionados à visita tiveram uma pontuação intermediária, atrás apenas dos relacionados ao paciente. A exceção foi o item “Não poder permanecer como acompanhante”, que foi considerado pelos familiares como um evento muito estressante. Já os eventos considerados como muito estressante foram os itens relacionados ao paciente, entre eles os mais pontuados foram: “A causa e tempo de internação”, “O paciente em coma” e “Ver o paciente entubado”. Nenhum item referente à categoria ambiente e equipe esteve entre os mais citados, por outro lado, quatro dos cinco itens mais citados eram do grupo “Paciente”.

Pelos resultados da análise realizada, foram observados níveis de significância estatística em relação às categorias paciente e equipe ( $p < 0,001$ ); paciente e ambiente ( $p = 0,004$ ). Houve uma clara diferença entre os grupos “Paciente”/“Visita” versus “Ambiente”/“Equipe”, com os primeiros causando muito mais estresse aos membros das famílias do que os últimos. Os dados referentes aos grupos são mostrados no gráfico 2.

## DISCUSSÃO

A evolução da tecnologia, habilidade e experiência no manejo de pacientes criticamente enfermos, bem como a disseminação do conhecimento pela população leiga, têm levado a mudanças na abordagem por parte dos profissionais de terapia intensiva. O enfoque exclusivamente tecnicista tem sido colocado em dúvida quanto a aspectos éticos e humanísticos, e uma abordagem voltada aos interesses do paciente tem sido demonstrada ser factível e eficaz e, recentemente, tem-se dado maior atenção à assistência aos familiares<sup>15-17,20</sup>.

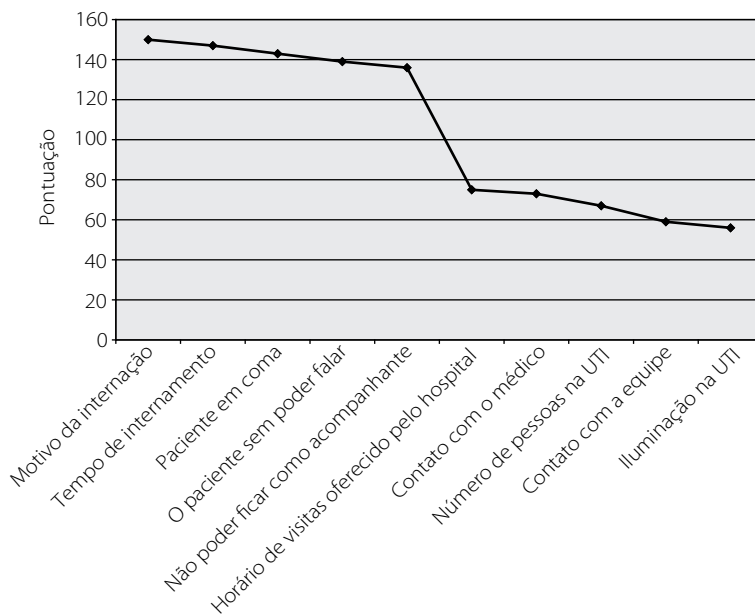
**Tabela 2.** Ranking dos fatores estressantes de acordo com a classificação das notas de cada item das categorias: visita, paciente, equipe e ambiente

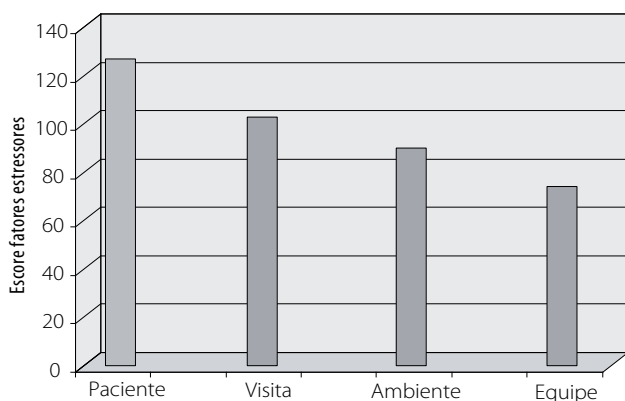
Categorias	Itens	% dos escores				N/A	Notas	Ranking	Média categ.
		0	1	2	3				
Visita	Horário de visitas	69,9	22,7	3,7	3,7		75	21	<b>0,16</b>
	Tempo para visita	62,3	18,9	6,8	12,0		90	15	
	Não ficar como acompanhante	28,3	20,7	17,0	34,0		136	05	
	Atraso no horário de visita	45,3	18,9	17,0	18,9		111	11	
Paciente	Tempo de internação	22,7	15,1	24,5	37,7		147	02	<b>0,36</b>
	Ver o paciente entubado	5,6	15,1	20,8	58,5		133	07	
	Motivo da internação	1,9	13,2	28,3	56,6		150	01	
	Paciente em coma	1,9	9,5	22,6	66,1		143	03	
	Paciente sem conseguir falar	3,7	18,9	22,7	51,0	3,7	139	04	
	Paciente amarrado/contido	11,3	15,1	9,5	28,3	35,9	97	13	
	Paciente amarrado a tubo	13,2	15,1	41,5	30,2		134	06	
	Ver o paciente sem roupa	62,3	18,9	5,6	13,2		90	14	
	Ver o paciente descoberto	37,7	22,7	17,0	18,9	3,7	111	10	
Equipe	Contato com a equipe	88,7	11,3	0	0		59	24	<b>0,2</b>
	Contato com o médico	73,6	15,1	11,3	0		73	22	
	Informações dadas	71,3	9,5	13,2	5,6		81	20	
	Não conhecer a equipe	58,5	0	13,2	15,1	13,2	84	18	
Ambiente	Barulho dos aparelhos	66,1	15,1	7,5	11,3		87	16	<b>0,28</b>
	Iluminação	94,4	5,6	0	0		56	25	
	Barulho do ambiente	69,9	15,1	7,5	7,5		81	19	
	Aparelhos ao redor do paciente	37,7	20,7	26,5	15,1		116	09	
	Número de pessoas na UTI	81,1	13,2	3,7	1,9		67	23	
	Ver os outros pacientes	45,3	18,9	18,9	17,0		111	12	
	O ambiente da UTI	39,6	18,9	20,7	20,7		118	08	
Cheiros da UTI	66,0	13,2	11,3	9,5		87	17		

(1) não estressante; (2) pouco estressante; (3) estressante (4) muito estressante.

N/A: não se aplica; média categ.: médias de cada categoria (visita, paciente, equipe e ambiente).

Obs.: Nos itens com notas semelhantes, considerou-se para posição no ranking aquele com maior porcentagem na escala de valores (0-3).

**Gráfico 1.** Fatores estressantes de acordo com os cinco maiores e menores escores.



**Gráfico 2.** Escore médio de cada grupo de acordo com a relação entre os fatores estressantes: paciente x equipe:  $p < 0,001$ ; paciente x ambiente:  $p = 0,004$ ; visita x equipe:  $p = 0,004$ ; visita x ambiente:  $p = 0,093$ .

Neste estudo, uma escala aplicada a familiares que efetivamente participaram do processo de visitas avaliou quais fatores são percebidos como estressantes durante a visita a um membro da família na UTI. Os resultados obtidos fornecem evidências adicionais de que a admissão de um parente próximo na UTI é considerada um evento estressante que provoca reações emocionais durante o período de internação nessa unidade. Estudos<sup>15,20,21</sup> têm relatado que a internação em UTI, além de ser um evento estressante, gera nos familiares altos índices de sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, sendo essas alterações persistentes mesmo após a alta hospitalar. Os resultados do estudo de Paparrigopoulos *et al.*<sup>12</sup> identificaram que 81% dos familiares avaliados apresentavam reações indicativas de estresse pós-traumático seis meses após a alta hospitalar do familiar.

Neste estudo, os fatores relacionados ao ambiente, tais como barulho, luzes ou excesso de pessoas, foram relatados como eventos geradores de pouco estresse. Também, de maneira surpreendente, não foram relatados problemas em relação ao contato com a equipe ou durante a visita e entrevista com o médico, sugerindo um grau satisfatório em relação ao atendimento prestado pela equipe, principalmente nas questões relacionadas à comunicação.

Uma consideração importante em relação à baixa pontuação atribuída aos itens referentes à equipe e ao ambiente diz respeito às diferenças entre os pacientes de terapia intensiva de acordo com o tipo de UTI e/ou a gravidade dos pacientes. Os familiares e os próprios pacientes, quando em situação menos crítica (por exemplo, em unidades coronarianas ou pacientes com menor gravidade), tendem a apresentar mais queixas referentes aos fatores ambientais, tais como ruídos, iluminação, incômodo pelos aparelhos, além disso, a perda da privacidade revela-se um fator importante de estresse para essa população<sup>22,23</sup>.

Por outro lado, apesar de essa pesquisa não ter incluído dados econômicos dos familiares entrevistados, a população atendida na instituição pesquisada é constituída prioritariamente de pessoas de baixo poder aquisitivo, com baixa escolaridade. Assim, pode-se especular se as respostas poderiam ter sido influenciadas por essas características e se seriam diferentes em outras populações, com alto nível de exigência e/ou maior acesso a informações por outros meios, como a internet. Isso é sugerido pelo fato de que em nosso estudo os itens relacionados ao paciente foram percebidos como os eventos mais estressantes, o que poderia estar relacionado a uma inadequada orientação por parte da equipe, por outro lado, não houve reclamações sobre o contato com os profissionais e a entrevista médica. No entanto, apesar da garantia de sigilo pelo pesquisador, pode ter havido um receio de que uma eventual “queixa” poderia constranger ou provocar represálias.

A impossibilidade de permanência na UTI como acompanhante ao lado do paciente foi descrita como sendo um evento estressante. Em relação a esse item “Não poder ficar como acompanhante”, a política da UTI é de duas visitas diárias com duração de 30 minutos e, como regra, não há permanência de familiares enquanto o paciente permanecer em condições críticas, ou seja, sedado ou instável do ponto de vista respiratório ou hemodinâmico. Em geral, a presença dos familiares é requisitada para permanecer como acompanhante quando da melhora clínica e/ou retirada da sedação.

A análise desses dados permite considerar medidas que possam reduzir o nível de estresse das famílias e assim possibilitar uma melhor compreensão acerca das rotinas da UTI. Uma explicação mais detalhada para os familiares sobre os motivos que levam a essa rotina poderia reduzir o estresse percebido por parte dos familiares pela não permanência como acompanhante durante essa fase crítica do paciente.

Ainda em relação ao item “Não poder ficar como acompanhante”, que é também considerado um dos principais estressores referido pelo paciente, alguns estudos<sup>19,24,25</sup> têm indicado como necessário um plano individualizado de visitas para minimizar a dificuldade de separação da família, com vistas à melhoria da assistência e redução da ansiedade do paciente e da família.

Neste estudo, o grande motivo de preocupação para os familiares residiu na insegurança sobre as reais condições do paciente, particularmente sobre o diagnóstico e prognóstico, bem como o nível de consciência rebaixado e a percepção de estar amarrado e/ou “preso” por meio dos vários tubos, fios e cateteres. Estudos<sup>5,6</sup> que têm procurado avaliar o estresse dos pacientes na perspectiva dos familiares têm demonstrado que tanto os familiares quanto a equipe têm uma percepção ou previsão equivocadas em relação à intensidade e aos fatores causadores de estresse percebido pelo paciente. Esses estudos identificaram que os principais

estressores para o paciente foram: ver a família por apenas alguns minutos, tubos no nariz e/ou boca e não ter controle de si mesmo. Já na perspectiva dos familiares, os eventos mais estressantes foram: não conseguir dormir, ter dor e estar dependente de tubos; e na visão da equipe, ter dor e o ruído dos aparelhos e do ambiente foram indicados como os fatores causadores de estresse para o paciente.

Um importante aspecto na avaliação do impacto da UTI e da doença crítica sobre os pacientes e seus familiares é a condição socioeconômica e cultural. Tais variáveis, junto com diferenças étnicas e religiosas, podem levar a dificuldade de percepção e reações diversas, ou mesmo ser causadoras de conflitos<sup>26,27</sup>. No Brasil, particularmente, as diferenças socioeconômicas são gritantes, exigindo cuidadosa interpretação de dados epidemiológicos em virtude de características peculiares de cada população estudada. Assim, dados coletados de hospitais privados, por exemplo, podem não refletir fielmente à realidade de uma população atendida em hospital público, e vice-versa.

Um estudo<sup>23</sup> nacional que avaliou a percepção de fatores estressantes na UTI pelos familiares identificou que fatores econômicos e sociais aparentemente têm impacto significativo nas respostas. A população atendida em hospitais públicos brasileiros é em geral muito diferente daquela de hospitais privados, no que se refere ao poder aquisitivo e condições socioculturais. Assim, imagina-se que os resultados de uma pesquisa de fatores estressantes sejam diferentes entre esses dois grupos. Os resultados do presente estudo também demonstram que a pontuação atribuída aos diferentes estressores esteve relacionada com características individuais, como nível de instrução mais elevado, sexo feminino, número de visitas e cônjuge (esposa). Familiares com essas características tenderam a indicar uma pontuação maior na escala de eventos estressores, principalmente nos itens relacionados ao paciente (ver o paciente entubado, amarrado a tubos e em coma), além disso, a maioria dos familiares, independentemente de características individuais, indicou como principal estressor o motivo e o tempo de internação, provavelmente em virtude de que uma grande proporção dos pacientes admitidos foi devida a trauma, decorrente de acidentes automobilísticos e estavam em condição crítica.

Outros estudos<sup>28,29</sup> também apontam para a influência de que algumas características dos familiares estariam relacionadas às percepções individuais de cada grupo familiar, como no estudo<sup>28</sup> que avaliou o nível de satisfação de familiares com pacientes internados em UTI, verificando que um menor grau de satisfação esteve relacionado com o sexo, grau de instrução e número de visitas realizadas.

Um grande diferencial neste estudo é que todos os pacientes estavam, no momento da entrevista, com o familiar em situação extremamente crítica, sedados e submetidos à ventilação mecânica invasiva; isso é evidenciado pelo escore médio de APACHE, portanto retrata o perfil de pacientes in-

ternados em UTIs de instituições públicas, diferenciando-se de dois outros estudos prévios<sup>4,5,23</sup>, em que o pré-requisito para participação no estudo era que o paciente estivesse consciente, lúcido e em respiração espontânea.

Além disso, a tentativa de avaliar os eventos estressores dentro do ambiente de terapia intensiva deve envolver não apenas o que a família pensa sobre o estresse do paciente, mas também entender quais eventos experimentados durante a internação de familiar na UTI poderão acarretar manifestações emocionais nos familiares<sup>20,21,24</sup>. Portanto, considerar as respostas emocionais dos familiares poderá ajudar em um melhor atendimento<sup>19,30</sup>, manter a humanização do serviço<sup>30</sup> e reduzir as complicações psiquiátricas a curto e longo prazo<sup>31</sup>, bem como poderá ser um poderoso instrumento em um programa de melhoria na qualidade da assistência<sup>31,32</sup>. Isso é particularmente importante em um contexto clínico, como o do atual estudo, em que o paciente encontra-se em coma ou sedado e com alto risco de morte. Muitos desses pacientes irão morrer na UTI sem que a equipe possa ter uma real avaliação sobre a adequação do tratamento, principalmente no que se refere às necessidades dos familiares, portanto a única interface de ligação pode ser a família. Essa abordagem leva a uma nova concepção de atendimento em terapia intensiva, centrado também na família<sup>17,33</sup>.

Algumas limitações devem ser ponderadas. Uma delas refere-se à ausência de itens no instrumento relacionados aos cuidados de fim de vida. Referente a isso, é de interesse que familiares de pacientes que, porventura, venham a morrer na UTI tenham demonstrado satisfação em relação à assistência prestada ao paciente e familiar. Além disso, o fato de o paciente, no momento da entrevista, permanecer internado na UTI pode ter intimidado alguns dos respondentes, os quais podem ter minimizado os fatores relacionados ao ambiente ou à interface com a equipe.

## CONCLUSÕES

Neste estudo realizado em um hospital universitário com uma população de menor condição socioeconômica, os fatores estressantes para os familiares visitantes de pacientes criticamente enfermos com alto risco de morte estiveram relacionados com o estado geral do paciente e o seu sofrimento. O ambiente e as rotinas de visita foram indicados como menos geradores de estresse para essa população. Conhecer a população atendida e os fatores tidos como estressantes para os familiares pode facilitar as estratégias de humanização hospitalar, propiciando alternativas para reduzir os níveis de estresse e alterações psiquiátricas subsequentes. Estudos são necessários para avaliar a eficácia de estratégias que contribuam para a diminuição de eventos considerados como estressantes pelos familiares no contexto das unidades de cuidados intensivos.



## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

## REFERÊNCIAS

- Williams CMA. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nurs Crit Care*. 2005;10(1):6-14.
- Lee LYK, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs*. 2003;12:490-500.
- Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2002;11:140-8.
- Novaes MA, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E. Stressors in ICU: patients' evaluation. *Intensive Care Med*. 1997;23(12):1282-5.
- Novaes MA, Knobel E, Bork AM, Pavão OF, Nogueira-Martins LA, Ferraz MB. Stressor in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Med*. 1999;25:1421-6.
- Bitencourt AGV, Neves FBCS, Dantas MP, Albuquerque LC, De Melo RMV, Almeida AM, et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(1):53-9.
- Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163:135-9.
- Lipp MEN. O stress no adulto e a necessidade de um diagnóstico preciso. In: Lipp MEN. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos. 2. ed. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo; 2000.
- Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *J Clin Nurs*. 2002;11:575-84.
- SUPPORT principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA*. 1995;274:1591-8.
- Jones C, Griffiths RD. Social support and anxiety levels in relatives of critically ill patients. *Br J Intensive Care*. 1995;44-7.
- Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, Tsekou H, Vadala C, Kribeni G, et al. Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *J Psychos Res*. 2006;61:719-22.
- Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, Zatzick D, Nielsen EL, Downey L, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest*. 2010;137(2):280-7.
- Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S, Eddleston J, et al. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med*. 2004;30:456-60.
- Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171:987-94.
- Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *Am J Crit Care*. 2005;14:202-10.
- Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*. 2007;35(2):605-22.
- Ballard KS. Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues Ment Health Nurs*. 1981;3:89-108.
- Nastasy EL. Identifying environmental stressors for cardiac surgery patients in SICU. In: Proceedings of the 12<sup>th</sup> Annual National Teaching Institute of AACN (1985). Newport Beach, Calif.: AACN 357.
- Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171:987-94.
- Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al. Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive Care Med*. 2003;29:1498-504.
- Dodek PM, Heyland DK, Graeme RM, Cook DJ. Translating family satisfaction data into quality improvement. *Crit Care Med*. 2004;32:1922-7.
- Marosti CA, Dantas RAS. Relação entre estressores e características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados em uma unidade coronariana. *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(5):713-9.
- Correa AK, Sales CA, Soares L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. *Acta Sci*. 2002;24:811-8.
- Souza RMC. Visitas em UTI: subsídios para reflexão. *Rev Paul Hosp*. 1988;36:24-9.
- Plowright CI. Needs of visitors in the intensive care unit. *Br J Nurs*. 1995;4(18):1081-3.
- Byock I. Caring well of the families of our patients. *Chest*. 2007;132(5):1420-1.
- Fumis RRL. As famílias dos pacientes da UTI do Hospital do Câncer – A. C. Camargo: suas necessidades e compreensão [dissertação]. São Paulo (SP): Fundação Antônio Prudente; 2004.
- Neves FBCS, Dantas MP, Bitencourt AGV, Vieira PS, Magalhães LT, Teles JMM, et al. Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(1):32-7.
- Vandall-Walker V, Jensen L, Oberle K. Nursing support for family members of critically ill adults. *Qual Health Res*. 2007;17(9):1207-18.
- Jamerson PA, Scheibmeir M, Bott MJ, Crighton F, Hinton RH, Cobb AK. The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart Lung*. 1996;25(6):467-74.
- Heyland DK, Tranmer JE. Measuring family satisfaction with care in the Intensive Care Unit: The development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care*. 2001;16(4):142-9.
- Mularski RA, Heine CE, Osborne ML, Ganzini L, Curtis JR. Quality of dying in the ICU: ratings by family members. *Chest*. 2005;128:280-7.

# CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO DE PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E MORTALIDADE

VANESSA MARIA HORTA CALDEIRA<sup>1</sup>, JOÃO MANOEL SILVA JÚNIOR<sup>2</sup>, AMANDA MARIA RIBAS ROSA DE OLIVEIRA<sup>1\*</sup>, SEYNA REZENDE<sup>3</sup>, LEONARDO ATEM GOLÇALVES DE ARAÚJO<sup>4</sup>, MARCUS RIBEIRO DE OLIVEIRA SANTANA<sup>4</sup>, CRISTINA PRATA AMENDOLA<sup>1</sup>, EDERLON REZENDE<sup>5</sup>

Trabalho realizado no Serviço de Terapia Intensiva do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira - HSPE - FMO, São Paulo, SP

## RESUMO

**OBJETIVO.** O objetivo do estudo foi avaliar os critérios utilizados na prática clínica, no processo de triagem de pacientes para admissão em UTI.

**MÉTODOS.** Estudo de coorte prospectivo, em hospital terciário. Foram comparados quatro grupos diferentes de pacientes em relação à necessidade para admissão na UTI e divididos em prioridades 1, 2, 3 e 4, ou seja, prioridade 1 mais necessária até prioridade 4, menos necessária.

**RESULTADOS.** Incluiu-se 359 pacientes, idade 66 (53,2-75,0) anos. APACHE II foi 23 (18-30). Obteve-se 70,4% de vagas cedidas na UTI. A idade foi maior nos pacientes para os quais foram recusadas vagas em UTI 66,2±16,1 vs 61,9±15,2 anos ( $p=0,02$ ) e a prioridade 1 apresentou mais vagas cedidas 39,1% vs 23,8% vagas recusadas ( $p=0,01$ ), o contrário ocorreu com prioridades 3 e 4. Pacientes com prioridades 3 e 4 apresentaram maiores idade, escores prognósticos e mais disfunções orgânicas, assim como maiores taxas de recusas. Ocorreram altas mortalidades destes grupos na UTI, 86,7% vs 31,3% no grupo de prioridades 1 e 2 ( $p<0,001$ ).

**CONCLUSÃO.** A idade, o escore prognóstico e a disfunção orgânica são maiores nas categorias 3 e 4, sendo estas relacionadas com a recusa na UTI. Os pacientes recusados para admissão na UTI apresentam taxa de mortalidade elevada, que permanece alta entre pacientes prioridades 3 e 4, mesmo quando estes são admitidos na UTI.

**UNITERMOS:** Admissão do paciente. Unidades de terapia intensiva. Prognóstico. Seleção de pacientes. Mortalidade.

## \*Correspondência:

Rua Pedro de Toledo, 1800  
6º andar - Vila Clementino  
São Paulo - SP  
CEP: 04039-901  
Fone/Fax (11) 5088-8146

## INTRODUÇÃO

A escassez de leitos especializados em cuidados intensivos para atender a demanda de pacientes elegíveis em todo o mundo <sup>1,2</sup> é um dos principais limitantes para admissões em unidades de terapia intensiva (UTI). Devido aos elevados custos despendidos com recursos de alta tecnologia, deve-se atentar para a necessidade de se ocupar tais leitos com pacientes em reais probabilidades de recuperação <sup>3-6</sup>.

A Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM) elaborou critérios para admissão da UTI<sup>3</sup>, com a finalidade de priorizar, no processo de triagem, a internação dos pacientes que mais se beneficiarão do tratamento intensivo e para melhorar alocação dos recursos disponíveis. Sendo assim, os pacientes são divididos em quatro prioridades para internação, ou seja, prioridade 1 - pacientes graves, instáveis, que necessitam de tratamento intensivo e monitorização em UTI, até prioridade 4 - pacientes sem indicação de admissão em UTI,

por estarem muito bem ou muito mal para se beneficiarem do tratamento na terapia intensiva.

Dessa forma, faz-se necessário racionalizar uma conduta para admissão de pacientes em UTI, principalmente quando os leitos são escassos. Isso torna muitas vezes a escolha de pacientes direcionada aos mais graves com múltiplas disfunções e poucas possibilidades de tratamento, fato que limita a monitorização em pacientes com potenciais riscos que acabam sendo atendidos tardiamente em piores condições<sup>7</sup>. Portanto, os critérios sugeridos pela SCCM <sup>3</sup> podem auxiliar neste problema, pois são de fácil implementação e tem caráter mais objetivo aos utilizados na prática clínica, que habitualmente seguem o modelo por gravidade, estes muitas vezes se baseiam em cálculos matemáticos complexos ou em avaliações muito subjetivas.

Então, o objetivo do presente estudo foi correlacionar o processo de triagem de pacientes para admissão em UTI com

1. Residentes em Terapia Intensiva do Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP

2. Coordenador da Unidade Crítica de Paciente Cirúrgico do Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP

3. Interna do Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP

4. Residentes em Clínica Médica do Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP

5. Diretor do Serviço de Terapia Intensiva do Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP

os critérios sugeridos pela SCCM<sup>3</sup> e definir quais os fatores relacionados com a recusa para admissão na terapia intensiva de um hospital público terciário.

## MÉTODOS

Após aprovação pelo Comitê Institucional de Ética e pesquisa da instituição, que dispensou o termo de consentimento livre e esclarecido, realizou-se estudo de coorte prospectivo observacional, do período de 1º de julho a 30 de setembro de 2005, em Serviço de Terapia Intensiva de um hospital público terciário, constituído de 28 leitos.

A equipe da terapia intensiva é coordenada diariamente por um médico e uma enfermeira especializados, médicos residentes prestam assistência aos pacientes supervisionados por médicos assistentes. A relação entre pacientes/médicos é 8, pacientes/enfermeiro é 5, e entre pacientes/técnico auxiliar de enfermagem é 2, exceto para os pacientes em suporte dialítico, cuja relação restringe-se a 1. A UTI possui próteses ventilatórias microprocessadas, monitorização hemodinâmica invasiva e não-invasiva, hemodiálise, endoscopia e broncoscopia que podem ser oferecidas para todos os pacientes nas 24 horas do dia.

Os critérios de inclusão no estudo foram idade maior que 18 anos e solicitação de vaga na UTI; sendo eles, clínicos (da emergência ou enfermaria), cirúrgicos (eletivos ou de urgência) e cirúrgicos com complicações clínicas.

Portanto, todos os pacientes acima de 18 anos com solicitação de vaga em UTI foram classificados em quatro grupos distintos, de acordo com critérios de prioridades de admissão em UTI<sup>3</sup>. No grupo 1 foram incluídos os pacientes gravemente doentes, que se apresentassem instáveis, necessitando de monitorização e tratamento intensivo, com chances significativas de recuperação; no grupo 2 foram classificados pacientes sem instabilidade, mas que necessitassem de monitorização intensiva pela possibilidade de descompensação; pacientes do grupo 3 apresentavam-se instáveis, mas com baixa probabilidade de recuperação por conta da gravidade da doença aguda ou presença de comorbidades; pacientes do grupo 4 apresentavam antecipadamente pouco ou nenhum benefício com a internação na UTI.

Para a realização dos índices prognósticos APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*)<sup>8</sup> e MODS (*Multiple Organ Dysfunction Score*)<sup>9</sup> que contemplam variáveis fisiológicas, laboratoriais, idade e comorbidades prévias; os piores valores utilizados nos escores, das primeiras 24 horas a partir da solicitação de vaga em UTI foram coletados. Outras informações como dados demográficos, procedência e serviço solicitante, diagnóstico(s), necessidade de ventilação mecânica, droga vasoativa, terapia renal, estado de coma, prioridade na solicitação de vagas, presença ou não de vagas em UTI, tempo de permanência em UTI e hospitalar, se houve admissão posterior na UTI, presença de doença crônica, foram coletados no decorrer do estudo.

Os pacientes foram acompanhados até alta ou óbito hospitalar e o pesquisador não exercia qualquer influência nas decisões dos médicos que cederam as vagas em UTI ou assistiram os pacientes.

Durante a vigência do estudo não existia nenhuma diretriz institucional quanto ao preenchimento das vagas de UTI. A avaliação quanto ao mérito da internação na UTI era feita com

base na disponibilidade de leitos, além de conhecimentos e experiência do médico coordenador, que é especialista em terapia intensiva e com maior tempo de trabalho na instituição.

Os dados foram expressos como média  $\pm$  desvio padrão, mediana (intervalo interquartil) ou porcentagens. Para análise estatística, variáveis sem distribuição normal foi utilizado o teste de Mann-Whitney assim como variáveis ordinais. Estas variáveis foram descritas utilizando mediana e intervalo interquartil. Variáveis categóricas foram analisadas pelo teste do Qui quadrado. Para análise de mais do que duas variáveis contínuas foi utilizado o teste ANOVA.

Foi realizada ainda análise multivariada através de análise em "enter", com o objetivo de identificar fatores de risco independentes e controlar efeitos confundidores (variáveis mutuamente ajustadas). Variáveis que apresentaram probabilidade de significância (valor-p) menor que 0,05 na análise univariada foram consideradas como candidatas ao modelo de regressão múltipla. Todas as probabilidades de significância (valores de p) apresentadas são do tipo bicaudal e valores menores que 0,05 foram considerados estatisticamente significantes. *Odds ratios* e seus respectivos intervalos de confiança 95% foram estimados pela regressão logística. Análises de sobrevida foram realizadas pelo método de Kaplan-Meier e comparadas pelo *log rank test*. A análise estatística dos dados foi efetuada através do programa SPSS 13.0.

## RESULTADOS

Foram envolvidos no estudo 359 pacientes que preenchiam os critérios de inclusão. A idade mediana foi de 66 (53,2-75) anos, sendo 52,6% do sexo feminino. A mediana dos escores APACHE II e MODS foram respectivamente de 23 (18-30) e 5 (3-8). A mortalidade na UTI foi 34,8% e hospitalar foi 42,9%.

Apresentaram maior prevalência os pacientes cirúrgicos (56,9%). Houve 66,6% de admissões na UTI e 70,4% de vagas cedidas, pois alguns pacientes evoluíram a óbito ou apresentaram melhora antes da internação na terapia intensiva, sendo que a maior causa de admissão na UTI foi por choque séptico com 5,5 % dos casos.

O tempo até a admissão na UTI foi elevado, mediana de 12 (5-26) dias.

Dos pacientes incluídos, 34,6% apresentaram classificação como prioridade 1, 52,4% prioridade 2 e 14% somaram as prioridades 3 e 4.

A idade foi maior nos pacientes prioridade 4 (média de 71,5 anos), assim como os escores APACHE II e MODS (média de 34,9 e 7,8 respectivamente) foram maiores nos pacientes prioridade 3. Houve prevalência de pacientes cirúrgicos no grupo prioridade 2 (90,2%) e de pacientes clínicos no grupo prioridade 4 (89,5%) provenientes da enfermaria (Tabela 1).

O choque séptico foi o diagnóstico mais presente nos grupos prioridades 3 e 4 (25,9% e 21,2% respectivamente). Em adição, os pacientes prioridades 3 e 4 estavam mais em uso de ventilação mecânica (76,9% e 64,7%) e mais em coma induzido ou não por sedativos (30,8% e 35,3%) do que os pacientes prioridade 1 e 2 (Tabela 1).

A ausência de doenças prévias foi maior nos pacientes prioridades 1 e 2 (20,5% e 16,9%) em comparação com os grupos 3 e 4 (8,3% e 6,3%) (Tabela 1).

O tempo de internação na UTI e hospital foi maior nos pacientes prioridade 4, respectivamente, média de 28,8 e 38,3 dias (Tabela 1).

A análise entre vagas recusadas e cedidas observou que a idade, a procedência dos pacientes e as prioridades 1, 3 e 4 foram os fatores determinantes entre recusar vagas de UTI ou não ( $p \leq 0,05$ ). O óbito hospitalar foi maior nos pacientes com vagas recusadas na UTI 52,8% (Tabela 2).

Dessa forma, as variáveis com maior risco na análise univariada foram submetidas à análise multivariada com a finalidade de evitar fatores confundidores. Apenas pacientes com prioridade 1 foi fator protetor independente para recusa de vagas na UTI (Tabela 3).

A classificação dos pacientes em prioridades mostrou que pacientes prioridades 1 e 2 apresentaram maiores benefícios na internação à UTI do que pacientes prioridades 3 e 4, pois a mortalidade foi maior nos pacientes prioridades 3 e 4, quando este são internados na UTI (Figura 1).

Na curva de Kaplan Meier, a sobrevida dos pacientes dos grupos prioridades 1 e 2 foi maior aos grupos prioridades 3 e 4 (Figura 2).

## DISCUSSÃO

Os resultados mostram que os critérios utilizados na seleção de vagas de UTI pelos médicos responsáveis - coordenadores de plantão - recaíam nos pacientes com prioridades 1 e 2, os quais realmente tiveram mais benefícios com o tratamento em UTI. Na análise univariada, a comparação entre as vagas cedidas e as vagas recusadas mostrou uma maior porcentagem de vagas cedidas para pacientes prioridade 1 e recusadas para pacientes prioridades 3 e 4. Por outro lado, a análise multivariada mostrou que prioridade 1 foi fator protetor independente para recusa de vagas na UTI.

Pacientes com prioridades 3 e 4, quando são internados na UTI, tem mortalidade maior que pacientes prioridades 1 e 2, além de maior permanência hospitalar e na UTI, o que sugere que os grupos prioridades 1 e 2 têm maiores benefícios na internação de UTI que os prioridades 3 e 4, e categorizar os pacientes para triagem de admissão é uma maneira eficiente de usar os recursos disponíveis.

O uso apropriado dos recursos de terapia intensiva faz-se fundamental, dada à escassez de leitos no Brasil e no mundo<sup>1,2</sup>, e ao elevado investimento empregado nestes centros especializados no atendimento de pacientes graves. Na tentativa de se uniformizar condutas de triagem a pacientes candidatos à internação em terapia intensiva, a Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM) elaborou critérios de prioridades de vagas para admissão em UTI<sup>3</sup>, dentre os quais foram divididos em quatro prioridades conforme a gravidade do caso.

Desta maneira, foi observado neste estudo que os pacientes categorizados como prioridades 3 e 4 eram mais idosos, com mais comorbidades e com escores prognósticos e de disfunções orgânicas maiores, além de apresentarem-se mais em uso de ventilação mecânica, coma, choque séptico e maior recusa na UTI. O que está de acordo com a literatura que mostra como fatores independentes para admissão em UTI, idade menos avançada, escores prognósticos menos elevados e a presença de menos doenças crônicas (especialmente cardiovasculares) presentes, sobretudo, nos pacientes clínicos<sup>10</sup>.

A taxa de recusa de vagas para internação em UTI esteve aproximadamente em 30% das solicitações das mesmas, dentro do percentual esperado na literatura que é de 16% a 51,2%<sup>11-15</sup>, mais elevado quanto maior a presença de pacientes clínicos em relação aos cirúrgicos<sup>16-17</sup>.

Griner identificou duas condições nas quais a UTI não oferece maior benefício do que o cuidado convencional, que são os extremos da condição de risco de morte: muito baixo risco e muito alto risco<sup>3,18</sup>. Categorizar estes dois grupos se torna mais difícil se utilizamos apenas o diagnóstico, por exemplo, pacientes com intoxicação exógena são comumente admitidos em UTI. Entretanto, Brett et al.<sup>19</sup> demonstraram que pacientes sem determinados critérios clínicos de alto risco nunca utilizarão procedimentos de UTI, mesmo assim, 70% destes são admitidos em UTI para observação.

Existe também critério específico de “benefício substancial” da admissão do paciente na UTI, que está sujeita a interpretações<sup>3</sup>. Paz et al. examinaram admissões em UTI de pacientes pós-transplantes de medula óssea, aqueles que necessitaram de ventilação mecânica tiveram uma taxa de alta da UTI de 3,8% comparado com 81,3% daqueles que não precisaram deste suporte<sup>20</sup>. Outras publicações apontam taxas de sobrevivência baixas (2,5% a 7,0%) para pacientes submetidos a transplante de medula óssea que necessitam de suporte ventilatório<sup>21-23</sup>. Portanto, admitir estes pacientes na UTI tem “benefício substancial”? Esta pergunta teria respostas discrepantes entre médicos e instituições.

Em virtude disso, a seleção de pacientes para ocupação dos leitos de UTI tem se tornado um assunto relevante; sobretudo, no que se refere a critérios de admissão, pela perspectiva de assegurar vagas a pacientes com elevadas chances de recuperação<sup>3</sup>.

Apesar da aparente praticidade deste assunto, existe um caráter subjetivo que o envolve, porque infelizmente poucos estudos avaliaram as indicações e os resultados de internação na UTI, mostrando a incapacidade de categorizar pacientes com precisão<sup>3,18,24-26</sup>. Alguns estudos mostraram que existe imprecisão na previsão de mortalidade e morbidade em pacientes de UTI<sup>27</sup>, principalmente em pacientes oncológicos<sup>28-29</sup>. Além disso, escores prognósticos nem sempre são precisos para determinar o desfecho dos pacientes, o escore APACHE II<sup>8</sup>, por exemplo, foi desenvolvido em população geral de terapia intensiva e não em populações específicas, e ele é implementado para avaliação global da UTI e não em pacientes individualmente. Por outro lado, o escore MODS<sup>9</sup> avalia apenas disfunções orgânicas e foi desenvolvido para avaliações diárias, determinando a tendência evolutiva dos pacientes, portanto não é capaz com única avaliação determinar prognóstico hospitalar.

Em adição, no estudo atual o tempo de internação hospitalar antes da admissão na UTI foi de 12 dias. Este dado pode sugerir evolução desfavorável de uma doença que inicialmente não tinha indicação de cuidados de terapia intensiva, ou pode demonstrar um atraso na admissão da UTI, o que certamente contribui com o agravamento do quadro clínico, surgimento de sepse e o acúmulo de disfunções de múltiplos órgãos e sistemas<sup>30</sup>, tornando menor a probabilidade de reversão do quadro, mesmo com todo o tratamento em UTI.

Goldhill et al. mostram que o tempo de internação hospitalar antes da admissão na UTI é um preditor independente de mortalidade e quanto maior este tempo maior a mortalidade<sup>31</sup>. Em

Tabela 1 - Características dos pacientes conforme a classificação de prioridades

Variáveis	Características				p
	Prioridade 1	Prioridade 2	Prioridade 3	Prioridade 4	
<b>Idade*</b>	63,6±13,9	61,3±16,1	69,0±13,3	71,5±16,5	0,014
<b>APACHE*</b>	27,3±8,6	20,8±7,4	34,9±10,5	23,5±0,7	<0,001
<b>MODS*</b>	6,8±3,6	3,9±2,9	7,8±2,4	5,0±4,2	<0,001
<b>Sexo- feminino %</b>	54,1	51,9	51,9	47,4	0,949
<b>Pacientes %</b>					<0,001
Clínico	72,9	9,3	100	89,5	
Cirúrgico eletivo	2,5	90,2	0,0	10,5	
Cirúrgico urgência	24,6	0,5	0,0	0,0	
<b>Procedência %</b>					<0,001
Pronto Socorro	33,1	2,2	19,0	3,3	
Centro Cirúrgico	28,1	81	3,8	5,6	
Enfermaria	38,0	16,8	73,1	55,6	
Outros <sup>a</sup>	0,8	0	3,8	0	
<b>Doença prévia (%)</b>					0,005
Cardiovascular	51,3	65,7	45,8	56,3	
Renal	9,4	4,1	8,3	6,3	
Imunossuprimidos	3,4	2,3	12,5	18,8	
Respiratório	10,3	10,5	16,7	12,5	
Hepático	5,1	0,6	8,3	6,3	
Ausente	20,5	16,9	8,3	6,3	
<b>Choque séptico %</b>	6,4	0	25,9	21,2	0,010
<b>Ventilação Mecânica invasiva %</b>	66,7	29,1	76,9	64,7	<0,001
<b>Uso de droga vasoativa %</b>	46,2	16,7	42,3	35,3	<0,001
<b>Necessidade de Diálise%</b>	14,3	2,9	11,5	0,0	0,002
<b>Coma %</b>	25,4	3,5	30,8	35,3	<0,001
<b>Permanência em UTI*</b>	7,6±10,8	4,4±7,6	6,7±4,2	28,8±24,3	<0,001
<b>Permanência hospitalar*</b>	28,3±35,5	21,5±18,6	26,8±26,7	38,3±59,0	0,044
<b>Permanência hospitalar antes da admissão em UTI*</b>	22,4±37,0	20,4±17,5	21,2±30,0	11,0±10,0	0,817

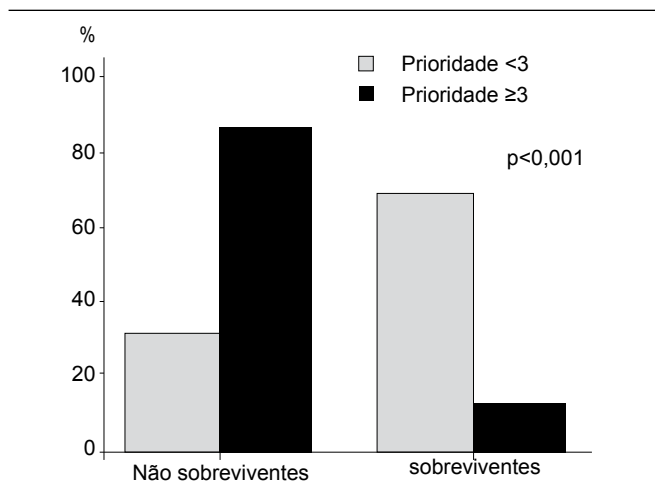
\* média, a= outra unidade de terapia intensiva ou outro hospital, o Coma poderia ser induzido ou não por sedativos.

Tabela 2 - Comparação entre vagas cedidas e vagas não cedidas na UTI

Variáveis	Vagas recusadas (n=107)	Vagas cedidas (n=252)	p
<b>Idade (anos)</b>	66,2±16,1	61,9±15,2	0,02
<b>Masculino (%)</b>	40,6	50,4	0,08
<b>Feminino (%)</b>	59,4	49,6	
<b>APACHE II</b>	26,6±10,7	23,9±8,8	0,21
<b>MODS</b>	5,3±3,1	5,2±3,6	0,92
<b>Pacientes (%)</b>			0,002
Clínicos	56,8	37,1	
Cirúrgicos eletivos	40,6	51,4	
Cirúrgicos de urgência	2,8	11,6	
<b>Procedência (%)</b>			0,003
Enfermaria	45,0	25,0	
Cirurgia	39,0	58,5	
Pronto socorro	15,0	16,1	
Outro hospital	1,0	0,4	
<b>Doença prévia (%)</b>			0,18
Cardiovascular	57,0	59,1	
Renal	7,5	5,9	
Imunossupressão	7,5	3,0	
Respiratório	14,0	9,7	
Hepático	1,1	3,8	
Ausente	12,9	18,6	
<b>Coma (%)</b>	14,6	15,3	0,87
<b>Diálise (%)</b>	7,2	8,0	0,80
<b>Ventilação invasiva (%)</b>	46,9	48,5	0,80
<b>Droga vasoativa (%)</b>	24,7	32,1	0,18
<b>Óbito hospitalar (%)</b>	52,8	38,5	0,01
<b>Tempo de internação hospitalar</b>	23,0±22,2	25,8±31,7	0,410
<b>Prioridade (%)</b>			0,00
1	23,8	39,1	0,01
2	47,6	54,4	0,29
3	19,0	2,8	0,00
4	9,5	3,6	0,03

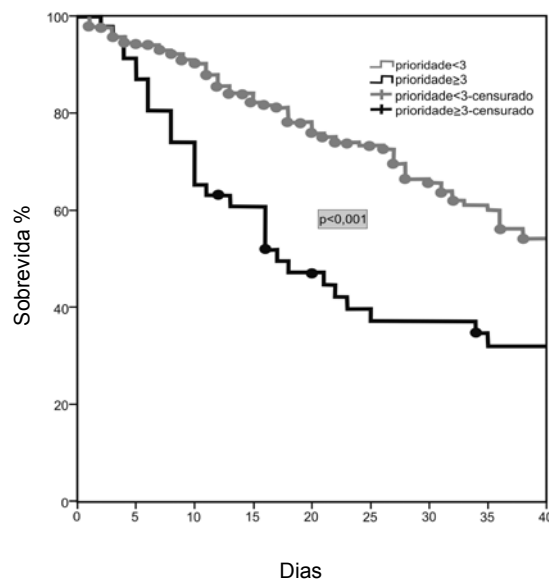
**Tabela 3 - Análise multivariada para vagas recusadas em UTI**

Variáveis	p	OR	IC95%	
Prioridade 1	0,031	0,292	0,096	0,891
Prioridade 3	0,153	2,616	0,700	9,780
Prioridade 4	0,993	1,007	0,234	4,337
Idade	0,250	1,010	0,993	1,029
Procedência	0,131			
Clínico	0,526	1,365	0,522	3,568
Cirurgia Eletiva	0,118	0,431	0,150	1,237
Cirurgia urgência	0,391	0,519	0,116	2,324

**Figura 1 - Evolução dos pacientes internados na UTI em relação às prioridades para admissão. Houve maior mortalidade dos pacientes prioridades 3 e 4 (p<0,001)**

um estudo realizado em cinco hospitais israelenses<sup>1</sup>, os pesquisadores observaram que a sobrevida foi maior nos pacientes internados na terapia intensiva nos três primeiros dias seguintes à deterioração do quadro clínico. Este atraso na admissão reflete tanto a escassez de leitos especializados em cuidados intensivos quanto o atraso no diagnóstico de patologias que necessitam de UTI, como num estudo onde apenas 31% dos pacientes com sepse grave e choque séptico tiveram este diagnóstico pela equipe do departamento de emergência<sup>7</sup>.

A idade na análise univariada foi maior nos pacientes recusados quando comparada com pacientes admitidos ( $66,2 \pm 16,1$  vs  $61,9 \pm 15,2$ ;  $p=0,02$ ), mas esta diferença não se manteve na análise multivariada. Em pacientes idosos, os estudos apontam que melhor do que a idade per se para prever mortalidade na UTI seria o status funcional prévio e a gravidade da doença aguda. Em contrapartida não podemos desconsiderar que existe piora da qualidade de vida destes pacientes após admissão na UTI<sup>32-35</sup>.

**Figura 2 - Curva de sobrevida hospitalar dos grupos internados na UTI, log rank teste p<0,001**

Uma limitação não apenas deste estudo, como de outros relacionados a este assunto, é o fato de avaliarmos ferramentas aplicadas a pacientes já admitidos na terapia intensiva. Não testamos uma ferramenta de triagem antes da sua admissão na UTI. Outra limitação é o desenho observacional com as restrições inerentes a este tipo de estudo.

## CONCLUSÃO

Decisões acerca de recusa de vagas para admissão de pacientes em UTI são, além de complexas, desafiadoras. A idade, a presença de comorbidades e o escore prognóstico e de disfunção orgânica são maiores nas categorias 3 e 4, sendo estas relacionadas com a recusa do paciente na UTI. Os pacientes recusados para admissão na UTI apresentam taxa de mortalidade elevada e esta taxa permanece alta entre pacientes prioridades 3 e 4, mesmo quando estes são admitidos na UTI. Então, critérios objetivos, pautados em níveis de prioridades, parecem ser eficientes na triagem de pacientes que terão maiores benefícios do suporte de terapia intensiva, melhorando a utilização dos recursos disponíveis.

Os estudos que examinam critérios objetivos para admissão e benefício da admissão na UTI devem ser incentivados a fim de melhor definir a utilização adequada dos recursos.

**Conflito de interesse:** não há

## SUMMARY

### CRITERIA FOR PATIENT ADMISSION IN THE INTENSIVE CARE UNIT AND MORTALITY RATE

**OBJECTIVE.** The aim of the study was to evaluate criteria used in clinical practice, for screening of patients for ICU admission.

**METHODS.** Cohort prospective study in a tertiary hospital. Four groups were compared in relation to ICU admission by ranking priorities into groups 1, 2, 3 and 4; highest priority 1, lowest priority 4.

**RESULTS.** Enrolled were 359 patients, 66 (53.2-75.0) years old. APACHE II was 23 (18-30). The ICU made available 70.4% of beds. Patients who were refused beds in the ICU were older,  $66.2 \pm 16.1$  versus  $61.9 \pm 15.2$  years of age ( $p = 0.02$ ) and the priority 1 group had less refusal of beds, which means, 39.1% versus 23.8% had beds refused ( $p = 0.01$ ). The opposite occurred with priorities 3 and 4. Patients in priority 3 and 4 showed older ages, score system and more organ dysfunctions as well as more refusals of beds. ICU mortality rates were higher for priority groups 3 and 4 when compared to 1 and 2 priority groups, 86.7% versus 31.3% ( $p < 0.001$ ).

**CONCLUSION.** Age, score system and organ dysfunctions were greater in priority groups 3 and 4 and these were related with refusal from the ICU. Patients refused admission to the ICU showed higher mortality rates and these remained higher among priority groups 3 and 4 even when patients were admitted to the ICU. [Rev Assoc Med Bras 2010; 56(5): 528-34]

**KEY WORDS:** Patient admission. Intensive care units. Prognosis. Patient selection. Mortality.

## REFERÊNCIAS

1. Simchen E, Sprung CL, Galai N, Zitser-Gurevich Y, Bar-Lavi Y, Gurman G, et al. Survival of critically ill patients hospitalized in and out of intensive care under paucity of intensive care unit beds. *Crit Care Med.* 2004;16:54-61.
2. Franklin C, Rackow EC, Mandoni B, Burke G, Weil MH. Triage considerations in medical intensive care. *Arch Intern Med.* 1990;150:1455-9.
3. Task Force of the American College of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. *Crit Care Med.* 1999; 27:633-8.
4. NIH Consensus Conference. Critical care medicine. *JAMA.* 1983;250:798-804.
5. Mulley AG. The allocation of resources for medical intensive care. In: Presidents Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Research: Securing Access to Health Care. Washington (DC): Government Printing Office; 1983. p.285-311.
6. Kollef MH, Shuster DP. Predicting ICU Outcomes with Scoring Systems: Underlying Concepts and Principles. *Crit Car Clin* 1994; 101-18
7. Rezende E, Silva JM, Isola AM, Campos EV, Amendola CP, Almeida SL. Epidemiology of severe sepsis in the emergency department and difficulties in the initial assistance. *Clinics.* 2008;63:457-64.
8. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmermann JE. APACHE II: A severity of disease classification. *Crit Care Med.* 1985;13:818-29.
9. Marshall JC, Cook DJ, Christou NV, Bernard GR, Sprung CL, Sibbald WJ. Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome. *Crit Care Med.* 1995;23:1638-52.
10. Sinuff T, Kahn moui K, Cook DJ, Luce JM, Levy MM. Rationing critical care beds: A systematic review. *Crit Care Med.* 2004;32:1588-97.
11. Joynt GM, Gomersall CD, Tan P, Lee A, Cheng CAY, Wong ELY. Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, utility and outcome. *Intensive Care Med.* 2001;27:1441-5.
12. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Vinsonneau C, Garrouste M, Cohen Y et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med.* 2001;29:3132-6.
13. Orgeas-Garrouste M, Montuclard L, Timsit JF, Reigier J, Desmettre T, Karoubi P, et al. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: a multiple-center study. *Crit Care Med.* 2005;33:750-5.
14. Metcalfe MA, Sloggett A, McPherson K. Mortality among appropriately referred patients refused admission to intensive care units. *Lancet.* 1997; 350:7-12.
15. Friso-Lima P, Gunman D, Shapira A, Porath A. Rationing critical care - what happens to patients who are not admitted? *Theor Surg.* 1994;39:208-11.
16. Marshall MF, Schwenzler KJ, Orsina M, Fletcher JC, Durbin CG. Influence of political power, medical provincialism, and economic incentives on the rationing of surgical intensive care unit beds. *Crit Care Med.* 1992;20:387-94.
17. Society of Critical Care Ethics Committee: Consensus statement on the triage of critically ill patients. *JAMA.* 1994;271:1200-3.
18. Griner PF. Treatment of acute pulmonary edema: conventional or intensive care? *Ann Intern Med.* 1972;77:501-6.
19. Brett AS, Rothschild N, Gray-Rerry M. Predicting the Clinical Course in Intentional Drug Overdose: Implications for the Use of the Intensive Care Unit. *Arch Intern Med.* 1987;147:133-7.
20. Paz HL, Crilley PC, Weiner M, Brodsky I. Outcome of patients requiring medical ICU admission following bone marrow transplantation. *Chest.* 1993;104:527-531.
21. Denardo SJ, Oye RK, Bellamy PE. Efficacy of intensive care for bone marrow transplant patients with respiratory failure. *Crit Care Med.* 1989;17:4-6.
22. Afessa B, Tefferi A, Hoagland HC, Letendre L, Peters SG. Outcome of recipients of bone marrow transplants who require intensive care unit support. *Mayo Clin Proc.* 1992;67:117-22.
23. Crawford SW, Petersen FB. Long-term survival from respiratory failure after bone marrow transplantation for malignancy. *Am Rev Resp Dis.* 1992;148:510-4.
24. Kollef MH, Canfield DA, Zuckerman GR. Triage considerations for patients with acute gastrointestinal hemorrhage admitted to a medical intensive care unit. *Crit Care Med.* 1995;23:1048-54.
25. Kraiss LW, Kilberg L, Critch S, Johansen KJ. Short-stay carotid endarterectomy is safe and cost-effective. *Am J Surg.* 1995;169:512-5
26. Willmitch B, Egol A, Prager R. Outcome equivalency for femoral bypass patients admitted to step down units. *Crit Care Med.* 1997;25:A43
27. O'Brien JM, Abernethy SK, Ali NA, Diette GB, Lemeshow S. Results from the national sepsis practice survey: predictions about mortality and morbidity and recommendations for limitation of care orders. *Care Med.* 2009;13:R96.
28. Azoulay E, Afessa B. The intensive care support of patients with malignancy: doing everything that can be done. *Intensive Care Med.* 2006;32:3-5.
29. Amendola CP, Almeida SLS, Horta VM, Sousa E, Gusmão CAB, Sousa JMA, et al. Doença oncológica não deve ser um fator limitante para admissão na UTI de pacientes submetidos a cirurgia de alto risco. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2006;18:251-5.
30. Higgins TL, McGee WT, Steingrub JS, Rapoport J, Lemeshow S, Teres D. Early indicators of prolonged intensive care unit stay: impact of illness severity, physician staffing, and pre-intensive care unit length of stay. *Crit Care Med.* 2003;31:45-51.
31. Goldhill DR, McMarry AF. The longer patients are in hospital before Intensive Care admission the higher their mortality. *Intensive Care Med.* 2004;30:1908-13.
32. Rocco JR, Soares M, Gago MF. Referred medical patients not admitted to the intensive care unit: prevalence, clinical characteristics and prognosis. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2006;18:2:114-20.
33. Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, Montuclard L, Colvez A, Gattolliat O, Philippart F, et al. Decision-making process, outcome and 1 - year quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission. *Intensive Care Med.* 2006;32:1045-51.
34. Rady M, Johnson D. Hospital discharge to care facility: a patient-centered outcome for the evaluation of intensive care for octogenarians. *Chest.* 2004;126:1583-91.
35. Stein FC, Barros RK, Feitosa FS, Toledo DO, Silva JM, Isola AM, et al. Fatores prognósticos em pacientes idosos admitidos em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009;21:3:255-61.

---

Artigo recebido: 23/10/09  
Aceito para publicação: 31/05/10

---



Tatiane Gomes de Araujo<sup>1</sup>, Marcelo de Mello Rieder<sup>2</sup>, Fernanda Machado Kutchak<sup>2</sup>, João Wilney Franco Filho<sup>3</sup>

## Readmissões e óbitos após a alta da UTI - um desafio da terapia intensiva

*Readmissions and deaths following ICU discharge - a challenge for intensive care*

1. Residência Integrada em Saúde - Terapia Intensiva, Grupo Hospitalar Conceição - GHC - Porto Alegre (RS), Brasil.
2. Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Cristo Redentor - HCR - Porto Alegre (RS), Brasil.
3. Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Nossa Senhora Conceição - Porto Alegre (RS), Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar os pacientes com risco de retornar à unidade de terapia intensiva, os motivos e as taxas de readmissão, e a mortalidade após a estadia na unidade de terapia intensiva; além de descrever a sensibilidade e a especificidade da escala *Stability and Workload Index for Transfer* como critério de alta da unidade de terapia intensiva.

**Métodos:** Pacientes adultos críticos de unidades de terapia intensiva de dois hospitais públicos de Porto Alegre (RS) compuseram a amostra. Nas primeiras 24 horas de internação, foram obtidas informações clínicas e demográficas dos pacientes. Eles eram monitorados até seu destino final na unidade de terapia intensiva (óbito ou alta) para a realização do *Stability and Workload Index for Transfer*. Os óbitos durante a primeira admissão na unidade de terapia intensiva foram desconsiderados, seguindo-se com o acompanhamento dos demais pacientes, pelo sistema eletrônico dos hospitais, para a identificação das altas, óbitos e readmissões.

**Resultados:** As taxas de readmissão foram 13,7% na unidade de terapia intensiva 1 - clínica cirúrgica (UTI1) e

9,3% na unidade de terapia intensiva 2 - trauma e neurocirurgia (UTI2); as mortes após a alta da unidade de terapia intensiva foram 12,5% na UTI1 e 4,2% na UTI2. Houve diferença estatística significativa do *Stability and Workload Index for Transfer* ( $p < 0,05$ ) nos pacientes da UTI1 em relação ao desfecho, o que não se repetiu nos da UTI2. Na UTI1 46,5% (N=20) dos pacientes foram readmitidos de forma precoce (em menos de 48 horas de alta). A mortalidade entre os readmitidos foi alta, 69,7% (UTI1) e 48,5% (UTI2).

**Conclusão:** A escala *Stability and Workload Index for Transfer* apresentou maior eficácia em reconhecer os pacientes mais propensos à readmissão e a óbitos após a alta em uma unidade de terapia intensiva clínica-cirúrgica. A readmissão dos pacientes na unidade de terapia intensiva, durante a mesma hospitalização, resultou em aumento da morbidade e mortalidade, de tempo de permanência e de custos totais.

**Descritores:** Unidades de terapia intensiva; Readmissão do paciente; Alta do paciente; Coeficiente de mortalidade; Qualidade da assistência à saúde; Hospitalização

Estudo realizado no Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre (RS), Brasil.

**Conflitos de interesse:** Nenhum.

Submetido em 12 de setembro de 2012

Aceito em 4 de março de 2013

### Autor correspondente:

Tatiane Gomes de Araujo  
Avenida Independência, 661, bloco A, 4º andar  
CEP: 90035-072 - Porto Alegre (RS), Brasil  
E-mail: tatinhaga@yahoo.com.br

### INTRODUÇÃO

A introdução de tecnologias avançadas, o aumento do número de idosos e a gravidade dos casos resultaram em cuidados intensivos cada vez mais caros, tornando a efetividade clínica e o custo-eficiência das unidades de terapia intensiva (UTIs) aspectos de suma importância no cuidado a pacientes extremamente doentes.<sup>(1)</sup> Nesse contexto, as taxas de readmissão na UTI e as mortes inesperadas após a alta, durante

a mesma internação hospitalar, têm sido utilizadas como indicadores de qualidade da assistência à saúde.<sup>(1-4)</sup>

Com esforços para reduzir a utilização, os gastos e o tempo de permanência na UTI, a decisão de determinar quais indivíduos estão aptos a deixar os leitos intensivos é influenciada pela pressão socioeconômica de conceder a alta o mais rápido possível, visando à redução das despesas hospitalares e à garantia de rotatividade dos leitos.<sup>(1)</sup> Sendo assim, pacientes que ainda necessitam de tratamento intensivo podem ter sua alta antecipada, devido à necessidade de liberação de leitos para a internação de pacientes mais graves. Além disso, os critérios empregados para determinar a alta dos pacientes de UTI são amplos e bastante subjetivos, contribuindo para indicações indevidas e riscos para os pacientes.<sup>(1-3)</sup>

O impacto dessas inconsistências é alta antecipada da UTI para enfermarias, o que pode expor os pacientes a níveis inadequados de cuidados, resultando em mortes inesperadas ou em readmissões na UTI durante a mesma hospitalização.<sup>(1-5)</sup> As taxas de reinternação relatadas na literatura internacional variam de 0,9 a 19%,<sup>(6,7)</sup> com índices de mortalidade entre esses pacientes de 26 a 58%.<sup>(3,8-10)</sup> Os pacientes readmitidos apresentam piora ou agravamento de seu quadro inicial, aumento de morbidade e mortalidade, tempo de permanência hospitalar e custos totais.<sup>(1,2,5)</sup>

O objetivo principal deste estudo foi identificar os pacientes com risco de retornar a UTI, os motivos e as taxas associadas à readmissão e à mortalidade após a estadia na UTI, durante a mesma internação hospitalar. Os objetivos secundários foram descrever a sensibilidade e a especificidade da escala *Stability and Workload Index for Transfer* (SWIFT) como possível critério de alta da UTI e subsidiar a implementação de estratégias de qualidade assistencial.

## MÉTODOS

Estudo de coorte, prospectivo, observacional, realizado nas UTIs de dois hospitais públicos de grande porte e alta complexidade, não universitários, localizados na cidade de Porto Alegre (RS). Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa institucionais, que devido às características observacionais do mesmo, desconsideraram a necessidade de Consentimento Informado.

A UTI identificada como “1” é a clínica-cirúrgica (geral), com 40 leitos de internação para pacientes com quadro clínico grave, que necessitavam de cuidados intensivos, em um hospital geral de 801 leitos. A UTI denominada “2” é especializada no atendimento a pacientes vítimas de trauma (acidentes de trânsito, ferimentos por arma de fogo e arma branca, grandes queimaduras etc.), além de pós-operatório de neurocirurgia (tumores e doenças vasculares do sistema ner-

voso central, traumas craniocéfálico e raquimedulares), tem capacidade de 20 leitos em um hospital de 290 internações. Ambas as unidades pertencem a hospitais do mesmo grupo e apresentam características tecnológicas e de conformação assistencial pelo número de leitos de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 e das normas da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

Todos os pacientes adultos críticos ou potencialmente críticos, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os gêneros, que permaneceram internados por mais de 24 horas nas UTIs dos hospitais, entre maio de 2008 e março de 2009 foram incluídos no estudo, que foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinki. Excluíram-se da pesquisa pacientes que, após a alta da UTI, foram encaminhados para unidades de cuidados paliativos e os que foram transferidos para outros hospitais. As readmissões planejadas para a UTI também foram desconsideradas da análise, entendendo-se a “planejada” como necessária para a continuidade diagnóstica ou terapêutica.

A coleta de dados foi realizada por avaliadores treinados, através de formulário específico, composto por três partes: (1) Admissão na UTI; (2) Desfecho na UTI e (3) Acompanhamento após a alta da UTI.

A primeira parte foi realizada nas primeiras 24 horas de internação na UTI e permitiu o registro das informações clínicas e demográficas dos pacientes, que incluíram identificação, gênero, idade, procedência, motivo da internação e comorbidades.

Seguia-se fazendo o acompanhamento diário dos pacientes, até seu destino final na UTI (óbito ou alta), momento no qual se preenchia a segunda parte do instrumento. Os indivíduos que faleceram durante a primeira admissão na UTI foram desconsiderados da análise final do estudo. Nos casos que receberam alta da UTI, foram levantados a enfermaria de destino, o tempo total de permanência, a escala de coma de Glasgow (ECG), a última gasometria arterial realizada e calculado o SWIFT, um índice numérico simples, desenvolvido por Gajic et al.,<sup>(11)</sup> para predizer risco de readmissões na UTI e mortes inesperadas após a alta durante a mesma internação hospitalar.

A parte final era preenchida ao término do seguimento de todos os pacientes em estudo, após o acompanhamento pelo sistema eletrônico dos hospitais para a identificação das altas, óbitos e readmissões. Em casos de readmissão na UTI, foram levantados o motivo da reinternação, o tempo de permanência e o destino final na UTI (alta ou óbito) e no hospital, nos casos de nova alta da UTI.

Neste estudo, empregamos os termos “readmissão” para caracterizar o evento de retorno a UTI, que ocorreu durante a mesma hospitalização; “readmissão precoce” para os eventos

que ocorreram em menos de 48 horas após a alta da UTI e “mortes inesperadas” para os óbitos que ocorreram em menos de 7 dias após a alta da UTI.

Todas as informações foram obtidas do prontuário do paciente durante sua internação na UTI e o acompanhamento do mesmo foi feito diariamente, pelo sistema eletrônico de movimentação dos hospitais até seu desfecho final (alta hospitalar ou óbito). Os dados de readmissão são referentes a pacientes que permaneceram hospitalizados após a alta da UTI durante a mesma internação hospitalar, sendo que não foram analisadas readmissões em internações distintas.

Para a tabulação e análise dos dados, utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0. Foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas das variáveis não paramétricas (contínuas) e paramétricas (categóricas) por estatística descritiva expressa em termos de média, desvio padrão e porcentagem. As correlações configuraram-se pelo uso da análise da variância (ANOVA), para as variáveis não pareadas, e o teste do qui-quadrado de Pearson, para as variáveis categóricas. Foi considerado significativo quando  $p < 0,05$ .

Curvas *Receiver Operating Characteristic* (ROC) foram construídas para identificar a acurácia global (área sobre a curva) do SWIFT, segundo o desfecho dos pacientes, e comparadas utilizando-se o teste do qui-quadrado. As áreas foram estimadas por pontos e intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Os dados das UTIs foram analisados separadamente, devido à heterogeneidade das populações, que poderiam limitar e/ou extrapolar os resultados para cada UTI.

## RESULTADOS

No período do estudo, foram avaliados 1.030 pacientes, sendo que 53 foram excluídos por critérios metodológicos (transferências para outros hospitais, readmissões planejadas e internações na UTI por menos de 24 horas). Dos 977 pacientes incluídos na análise, 61,2% eram homens com idade média de  $53,69 \pm 17,63$  anos. A média do escore *Acute Physiology and Chronic Health Disease Classification System II* (APACHE II) dos pacientes internados na UTI1, durante o período do estudo, foi de 19,6 pontos; na UTI2 durante o período de realização deste estudo, não se utilizava nenhum escore de gravidade em UTI.

A tabela 1 demonstra os desfechos dos pacientes durante a primeira admissão nas UTIs e após a alta das UTIs, durante a mesma internação hospitalar. Observam-se elevada mortalidade na UTI1 e taxas de readmissão antes da alta hospitalar consideráveis em ambas as unidades.

A tabela 1 também apresenta a caracterização clínica-demográfica das amostras. Nota-se que, para ambas, não houve diferença estatística significativa entre homens e mulheres, no referente ao desfecho; na UTI2, os pacientes que foram readmitidos eram mais velhos, já na UTI1 a idade não se correlacionou de forma significativa com o desfecho. Em relação ao tempo médio de internação na UTI, não houve diferença estatística significativa entre os grupos. Os pacientes readmitidos em ambas as UTIs apresentaram rebaixamento de consciência mais grave (ECG mais baixo) no dia da alta, em comparação aos pacientes que não foram readmitidos. Não foram encontradas diferenças nos valores

**Tabela 1** - Características clínicas-demográficas das unidades de terapia intensiva

	UTI	Todos	Readmitidos	Óbitos na enfermaria	Não readmitidos	Valor de p
N	1	546	43(13,7)	39 (12,5)	231 (73,8)	
	2	431	33 (9,3)	15 (4,2)	304 (70,5)	
Gênero masculino	1	317 (58,1)	23 (53,5)	23 (59)	130 (56,3)	0,882
	2	281 (65,2)	19 (57,5)	9 (60)	205 (67,4)	0,355
Idade (anos)	1	$57,75 \pm 16,3$	$61,91 \pm 13,18$	$58,67 \pm 15,5$	$56,81 \pm 16,24$	0,319
	2	$48,56 \pm 17,8$	$56,03 \pm 17,91$	$61,60 \pm 19,84$	$45,55 \pm 17,28$	0,000
Tempo de permanência UTI (dias)	1	$13,7 \pm 19,22$	$15,30 \pm 17,69$	$16,79 \pm 19,3$	$13,91 \pm 15,98$	0,571
	2	$10,04 \pm 8,8$	$8,44 \pm 8,43$	$12,40 \pm 6,03$	$10,39 \pm 9,11$	0,314
ECG	1	$13,46 \pm 2,03$	$12,6 \pm 1,86$	$11,67 \pm 2,74$	$13,92 \pm 1,69$	0,000
	2	$12,64 \pm 2,28$	$11,35 \pm 2,52$	$11,67 \pm 1,54$	$12,83 \pm 2,23$	0,000
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	1	$340,44 \pm 152,48$	$337,98 \pm 152,6$	$368,9 \pm 272,8$	$336 \pm 121,7$	0,460
	2	$361,45 \pm 126$	$374,68 \pm 124,7$	$389,2 \pm 113,5$	$358,61 \pm 127,4$	0,538
PaCO <sub>2</sub>	1	$41,31 \pm 9,9$	$39,30 \pm 9,53$	$40,59 \pm 8,43$	$41,81 \pm 10,18$	0,280
	2	$39,5 \pm 6,7$	$39,15 \pm 6,8$	$38,60 \pm 8,14$	$39,53 \pm 6,70$	0,842
SWIFT	1	$20,34 \pm 9,87$	$23,53 \pm 9,65$	$26,28 \pm 10,5$	$18,74 \pm 9,29$	0,000
	2	$20,87 \pm 10,9$	$22,24 \pm 11,5$	$25,27 \pm 8,00$	$20,50 \pm 10,98$	0,194

UTI - unidade de terapia intensiva; ECG - escala de coma de Glasgow; SWIFT - *Stability and Workload Index for Transfer*; PaO<sub>2</sub> - pressão arterial de oxigênio; FiO<sub>2</sub> - fração inspirada de oxigênio; PaCO<sub>2</sub> - pressão parcial de gás carbônico. Resultados expressos em número (%) ou média  $\pm$  desvio padrão. Mortalidade na 1ª admissão nas UTIs: UTI1 233 pacientes (42%) e na UTI2 78 pacientes (18%).

de pressão arterial de oxigênio/fração inspirada de oxigênio ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ) e pressão parcial de gás carbônico ( $\text{PaCO}_2$ ) entre os pacientes que não foram readmitidos e aqueles que foram readmitidos na UTI. Houve diferença estatística significativa do SWIFT entre os grupos da UTI1 em relação ao desfecho, já na UTI2 não se observou diferenças relevantes desse escala entre os grupos.

Os principais diagnósticos apresentados pelos pacientes da UTI1 que levaram a necessidade de internação em terapia intensiva foram: pneumonia (35,7%), insuficiência renal (29,3%), sepse (18,5%), choque não especificado (16,5%), doença pulmonar obstrutiva crônica (12,3%), insuficiência cardíaca (11,4%), infarto agudo do miocárdio (10,1%), pós-parada cardiorrespiratória (8,1%), acidente vascular encefálico (6,6%) e tuberculose (5,1%). Na UTI 2 foram: traumatismo cranioencefálico (28,9%), acidente vascular encefálico hemorrágico (21,6%), tumor no sistema nervoso central (18,1%), hemorragia subaracnoide (HSA) não traumática (17,2%), HSA traumática (2,5%), traumatismo raquimedular (2%) e outras causas somaram 9,8%.

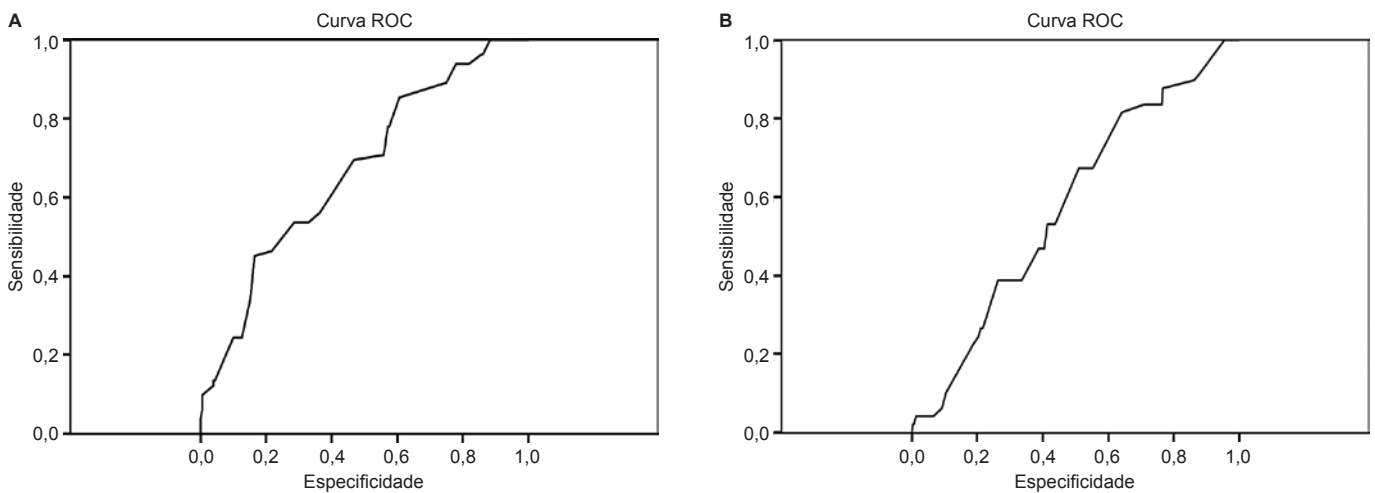
A escala SWIFT mostrou ter melhores sensibilidade e especificidade em uma UTI clínica-cirúrgica (UTI1), de acordo com as curvas ROC representadas nas figuras 1(A) e (B).

Os pacientes readmitidos nas UTIs estão caracterizados na tabela 2. Observa-se considerável porcentagem de readmissões precoces (em menos de 48 horas de alta da UTI) na UTI1 e elevada mortalidade associada à readmissão em ambas as unidades pesquisadas. Por fim, a tabela 2 também demonstra o tempo entre a alta da UTI e os óbitos que ocorreram nas enfermarias, sendo que os óbitos em menos de 7 dias de alta da UTI2 chamam a atenção (40%).

**Tabela 2 - Características das readmissões nas unidades de terapia intensiva e dos óbitos nas enfermarias**

	UTI - clínica-cirúrgica	UTI - trauma
Tempo entre a alta e o retorno (dias)	13,14±15,56	11,70±11,20
Retorno em menos de 48 horas da alta - N (%)	20 (46,5)	5 (15,2)
Motivo da readmissão		
Pneumonia/broncopneumonia	3 (13,6)	7 (21,2)
Sepse/choque séptico	5 (22,7)	8 (24,2)
Pós-PCR	5 (22,7)	3 (9,1)
Rebaixamento do nível de consciência	0 (0)	2 (6,1)
Necessidade de assistência intensiva após reintervenção cirúrgica	5 (22,7)	0 (0)
PO de reintervenção neurocirúrgica	0 (0)	9 (27,3)
Outras	4 (18,1)	3 (9)
Tempo de permanência (dias)	16,33±17	10,67±8,90
Desfecho na UTI		
Óbito	18 (41,9)	14 (42,4)
Alta	25 (58,1)	19 (57,6)
Desfecho hospital		
Óbito	5 (20,8)	2 (10,5)
Alta	19 (79,2)	16 (84,2)
Transferência de hospital	0 (0)	1 (5,3)
Mortalidade total	23 (69,7)	16 (48,48)
Tempo entre a alta da UTI e o óbito na enfermaria	22,13±18,83	14,36±15,8
Óbito em menos de 1 semana de alta da UTI	11(28,2)	6 (40)

UTI - unidade de terapia intensiva; PCR - parada cardiorrespiratória; PO - pós-operatório. Resultados expressos em número (%) ou média±desvio padrão.



**Figura 1 - Curvas ROC para escala Stability and Workload Index for Transfer (SWIFT). (A) Unidade de terapia intensiva 1. (B) Unidade de terapia intensiva 2. A: Área sobre a curva=0,670±0,34; p<0,001 e IC95%=0,603-0,737; B: Área sobre a curva=0,577±0,041; p=0,085; IC95%=0,496-0,658.**

## DISCUSSÃO

As readmissões e as mortes após a alta da UTI vêm sendo amplamente discutidas na literatura internacional, mas, a despeito disso, existe grande variedade de estudos publicados que têm sido limitados pelo pequeno tamanho amostral, pela natureza retrospectiva dos dados e pela heterogeneidade das populações envolvidas.<sup>(1,5,11)</sup>

Neste estudo, a UTI1 apresentou uma clientela predominantemente de idosos, sendo a maioria do gênero masculino, com internação prolongada (13,7 dias) devido, principalmente, a condições cardiorrespiratórias. As taxas de mortalidade na primeira admissão (42%) e após a readmissão (69,7%) na UTI1 foram elevadas. As taxas de readmissão (13,7%) e os óbitos em menos de 7 dias da alta da UTI (28,2%) estão dentro das relatadas na literatura internacional, porém praticamente metade dos pacientes (46,5%) foi readmitida na UTI1 em menos de 48 horas da alta, sugerindo altas precoces e reafirmando a necessidade e a importância da definição de critérios para a alta da UTI. O índice SWIFT predisse readmissão de forma significativa nesta UTI, embora a procedência, o tempo de internação e as variáveis respiratórias ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  e  $\text{PaCO}_2$ ) dos pacientes não tenham demonstrado diferenças significativas entre os grupos, com valores significativos somente no item neurológico (ECG).

A UTI2, por sua vez, prestou atendimento a pacientes relativamente mais jovens, sendo também a maioria do gênero masculino e com internação prolongada (10,04 dias) ocasionada por traumas e pós-operatório neurocirúrgico. Os pacientes readmitidos e que faleceram após a alta nessa UTI eram significativamente mais idosos. As taxas de readmissão (9,3%) e de mortalidade na primeira admissão (18%) na UTI2 estão dentro das descritas na literatura, porém a taxa de mortalidade associada aos pacientes readmitidos (48,48%) e aos óbitos em menos de 7 dias de alta da UTI2 (40%) foram elevadas. O índice SWIFT não predisse readmissão de forma significativa nesta UTI, apresentando valores significativos somente na ECG.

Estudos de prevalência de readmissão em UTI, realizados no Brasil, Europa, Canadá e Austrália, variam de 0,9 a 19%,<sup>(6,7)</sup> estando ambas as UTIs deste estudo dentro desse intervalo de prevalência. Rosenberg e Watts<sup>(1)</sup> relataram médias de taxas de readmissão, em uma revisão sistemática de estudos que incluiu 4.684 pacientes, de 6% (intervalo de 5 a 14%). Em outra recente revisão de 20 estudos, Elliot<sup>(8)</sup> relatou taxa de readmissão média de 7,8% (variação de 0,89 a 19%). Em pacientes de UTI cirúrgica, as taxas de readmissão citadas na literatura variam de 0,89 a 9,4%.<sup>(1,3,6,12-15)</sup> Snow et al.<sup>(10)</sup> relataram a taxa de readmissão de 9,4% nesses locais, no entanto eles não excluíram da análise os pacientes que morre-

ram na UTI. Nishi et al.<sup>(6)</sup> relataram a taxa de readmissão de 0,89%, mas eles consideraram apenas as que ocorreram em menos de 48 horas de alta (readmissões precoces).

A análise da UTI1 permite verificar que os dados observados em relação à idade e ao sexo do pacientes corroboram estudos anteriores, que apontam uma clientela predominante de homens idosos nas UTIs, porém sem diferenças significativas entre os grupos em relação ao desfecho. A UTI2, entretanto, por atender emergências traumáticas, apresenta um público masculino relativamente mais jovem, nessa unidade (UTI2) os pacientes que foram readmitidos e que faleceram após a alta da UTI eram significativamente mais velhos em comparação aos que não foram readmitidos.

Em relação ao tempo de permanência na UTI, durante a primeira admissão, não houve diferença estatística significativa entre os grupos estudados, em ambas as UTIs, divergindo de outros trabalhos que relatam uma estadia pelo menos duas vezes mais longa dos readmitidos em relação aos não readmitidos.<sup>(1)</sup>

As readmissões precoces (em menos de 48 horas de alta) na UTI1 (46,5%) e mortes inesperadas após a alta (em menos de 7 dias de alta) na UTI2 (40%) foram elevadas. Essas taxas são consideradas indicadores de qualidade da assistência recomendados pela Associação Médica de Cuidados Críticos e podem refletir qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.<sup>(1,5)</sup> Esses pacientes poderiam necessitar de períodos maiores de internação, cuidados mais intensivos de UTI ou alta para uma unidade de cuidado intermediário, em vez de uma enfermaria normal.

Os critérios de alta da UTI empregados atualmente também podem contribuir para indicações indevidas e riscos para os pacientes. Eles foram sugeridos e publicados pela primeira vez em 1988. Houve relativamente pouca pesquisa, porém, resultados relativos para o uso dessas diretrizes empregadas para as altas de UTI. Critérios de alta bem definidos podem resultar em menor permanência na UTI, sem abrir mão da qualidade do cuidado aos pacientes, resultando, assim, em menores taxas de readmissão e mortalidade.<sup>(1,4)</sup> Além disso, o que pode ter contribuído para essas taxas elevadas é a “pressão por leitos de terapia intensiva” e a garantia de rotatividade pela alta demanda de pacientes que necessitam de tratamento intensivo, além da disponibilidade de vagas existentes, situação em que o paciente “menos grave” tem que ter sua alta da UTI antecipada para dar lugar para o “mais grave”. De qualquer forma, em ambas as unidades pesquisadas, os pacientes considerados de “menor gravidade” internados na UTI só liberavam leitos para outros de “maior gravidade” após 24 horas de observação em ventilação espontânea.

Os principais motivos das readmissões nas duas populações pesquisadas foram pós-parada cardiorrespiratória (PCR)

(22,7%), necessidade de assistência intensiva após reintervenção cirúrgica (22,7%), pós-operatório de reintervenção neurocirúrgica (recidiva do quadro neurovascular) (27,2%), sepse (24,2%) e pneumonia (21,2%). Rosenberg e Watts,<sup>(1)</sup> em sua revisão sistemática, relataram que as razões mais comuns de readmissão em UTI são complicações pulmonares (hipoxemia, higiene pulmonar inadequada, pneumonia e insuficiência ventilatória) e alterações cardíacas (arritmias, insuficiência cardíaca congestiva e parada cardíaca), seguidas por sangramento gastrointestinal alto e déficit neurológico. Os casos de readmissão por PCR, neste estudo, fazem supor que esses pacientes eram de alto risco para serem liberados para a enfermaria (quartos) e seriam eles o que contribuiriam para a alta mortalidade após readmissão. Na UTI2, as readmissões decorreram principalmente por necessidade de reintervenção neurocirúrgica por recidiva de quadros graves (por exemplo: recidiva de tumor cerebral), que também contribuem para entender a elevada mortalidade.

A mortalidade associada aos readmitidos foi elevada em ambas as UTIs (69,7% na UTI1 e 48,5% na UTI2). Tal taxa de mortalidade apresentada pelos pacientes da UTI1 é mais elevada do que a observada em outros estudos, dentro e fora do Brasil. Estudos prévios têm relato de taxas de mortalidade de 12 a 58% em pacientes readmitidos.<sup>(3,9,10,16)</sup> A mortalidade entre os readmitidos foi 4,8 vezes maior na UTI1 e 10,3 vezes maior na UTI2 em comparação aos índices de mortalidade hospitalar sem readmissão na UTI. A literatura cita um aumento de mortalidade 4 a 11 vezes<sup>(17-20)</sup> em comparação a pacientes não readmitidos, com taxas variando de 12 a 58%.<sup>(3,10,21,22)</sup> A alta taxa de mortalidade da UTI1 durante a primeira internação justifica-se, até certo ponto, pela gravidade do quadro dos pacientes, que, muitas vezes, já se encontram em suporte ventilatório mecânico na emergência do hospital, aguardando leitos de terapia intensiva. Sabe-se que o Brasil possui número limitado de leitos de UTI para proporcionar atendimento a toda a demanda de pacientes. Assim, os leitos disponíveis devem ser ocupados por pacientes com indicação criteriosa e/ou elevadas probabilidades de recuperação.

A escala SWIFT apresentou melhores resultados para estimar a possibilidade de alta na UTI1, com características clínicas-cirúrgicas. No que se refere à comparação entre os grupos e as variáveis que integram o SWIFT, os resultados mostraram pela ECG, no dia da alta da UTI, que os pacientes que foram readmitidos e que faleceram após a alta da UTI apresentavam um maior rebaixamento no nível de consciência (sensório) quando comparados aos indivíduos que não foram readmitidos em ambas as UTIs. Mesmo assim, o SWIFT não foi capaz de prever readmissões de forma significativa na UTI2, demonstrando que as variáveis

respiratórias são menos sensíveis para utilizar na predição de altas para pacientes neurológicos, visto que a ECG foi diferente entre os grupos e as demais variáveis, não.

O índice SWIFT apresentou melhores resultados em um estudo realizado em uma UTI clínica norte americana em comparação ao executado em uma UTI clínica-cirúrgica europeia. A contagem SWIFT predisse readmissão não planejada em UTI com aceitável validação em ambas as derivações de coorte, porém, a regulagem do modelo foi ruim na UTI clínica-cirúrgica europeia. A taxa de readmissão observada permaneceu alta (>5%) nas duas coortes de pacientes. O resultado observado para pacientes que foram readmitidos foi pior do que o predito pelo APACHE III neste estudo.<sup>(11)</sup>

Sendo assim, na realidade atual das UTIs brasileiras, sabe-se que a aplicação de uma escala como SWIFT, para definir o melhor momento da alta dos pacientes de terapia intensiva, é bastante complexa num cenário em que se observam ocupação/lotação elevadas, com um número reduzido de leitos de cuidados intensivos pelo sistema público de saúde. A equipe assistencial frequentemente se obriga a liberar leitos, face à elevada demanda, mesmo antes da adequada estabilização clínica, resultando em readmissões e óbitos, devido à descontinuação dos cuidados necessários nos leitos hospitalares comuns.

Nosso estudo apresenta algumas limitações. Observamos dados de prontuário eletrônico e de papel dos pacientes internados nas UTIs, pois nem todas as informações de que necessitávamos estavam registradas no sistema eletrônico. Entretanto, sabemos que o prontuário em papel apresenta diversas limitações, sendo ineficiente para o armazenamento e organização de grande volume de dados, apresentando diversas desvantagens em relação ao prontuário eletrônico, entre elas: a informação do prontuário em papel está disponível somente a um profissional ao mesmo tempo, possui baixa mobilidade e está sujeito a ilegitimidade, ambiguidade, perda frequente da informação, multiplicidade de pastas, dificuldade de pesquisa coletiva, falta de padronização, dificuldade de acesso, fragilidade do papel e a sua guarda requer amplos espaços nos serviços de arquivamento.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, evidenciou-se que é dramaticamente mais alta a mortalidade associada à readmissão na UTI. A escala SWIFT apresentou maior eficácia em reconhecer os pacientes mais propensos à readmissão e a óbitos após a alta em uma UTI clínica-cirúrgica. A importância do presente estudo está na identificação e na caracterização

da população readmitida nas UTIs. Espera-se que ele sirva como referência epidemiológica para rever os critérios de alta empregados e a qualidade da assistência oferecida, representando um começo para futuras avaliações do impacto dessas políticas no cuidado a pacientes criticamente enfermos.

## ABSTRACT

**Objectives:** Identify patients at risk for intensive care unit readmission, the reasons for and rates of readmission, and mortality after their stay in the intensive care unit; describe the sensitivity and specificity of the Stability and Workload Index for Transfer scale as a criterion for discharge from the intensive care unit.

**Methods:** Adult, critical patients from intensive care units from two public hospitals in Porto Alegre, Brazil, comprised the sample. The patients' clinical and demographic characteristics were collected within 24 hours of admission. They were monitored until their final outcome on the intensive care unit (death or discharge) to apply the Stability and Workload Index for Transfer. The deaths during the

first intensive care unit admission were disregarded, and we continued monitoring the other patients using the hospitals' electronic systems to identify the discharges, deaths, and readmissions.

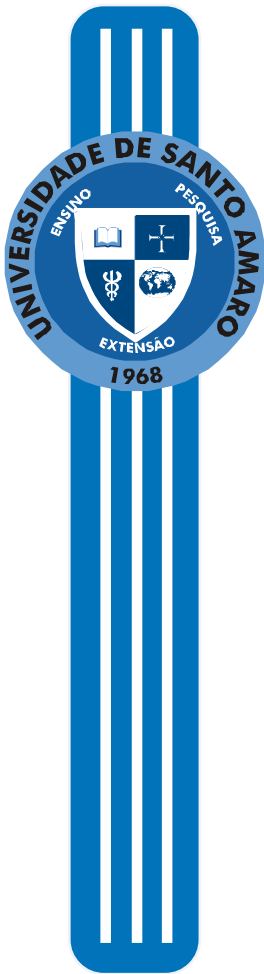
**Results:** Readmission rates were 13.7% in intensive care unit 1 (medical-surgical, ICU1) and 9.3% in intensive care unit 2 (trauma and neurosurgery, ICU2). The death rate following discharge was 12.5% from ICU1 and 4.2% from ICU2. There was a statistically significant difference in Stability and Workload Index for Transfer ( $p < 0.05$ ) regarding the ICU1 patients' outcome, which was not found in the ICU2 patients. In ICU1, 46.5% ( $N=20$ ) of patients were readmitted very early (within 48 hours of discharge). Mortality was high among those readmitted: 69.7% in ICU1 and 48.5% in ICU2.

**Conclusions:** The Stability and Workload Index for Transfer scale showed greater efficacy in identifying patients more prone to readmission and death following discharge from a medical-surgical intensive care unit. The patients' intensive care unit readmission during the same hospitalization resulted in increased morbidity, mortality, length of stay, and total costs.

**Keywords:** Intensive care units; Patient readmission; Patient discharge; Mortality rate; Quality of health care; Hospitalization

## REFERÊNCIAS

- Rosenberg AL, Watts C. Patients readmitted to ICUs: a systematic review of risk factors and outcomes. *Chest*. 2000;118(2):492-502.
- Durbin CG Jr, Kopel RF. A case-control study of patients readmitted to the intensive care unit. *Crit Care Med*. 1993;21(10):1547-53.
- Franklin C, Jackson D. Discharge decision-making in a medical ICU: characteristics of unexpected readmissions. *Crit Care Med*. 1983;11(2):61-6.
- Rosenberg AL, Hofer TP, Hayward RA, Strachan C, Watts CM. Who bounces back? Physiologic and other predictors of intensive care unit readmission. *Crit Care Med*. 2001;29(3):511-8.
- Kaben A, Corrêa F, Reinhart K, Settmacher U, Gummert J, Kalf R, et al. Readmission to a surgical intensive care unit: incidence, outcome and risk factors. *Crit Care*. 2008;12(5):R123.
- Nishi GK, Suh RH, Wilson MT, Cunneen SA, Margulies DR, Shabot MM. Analysis of causes and prevention of early readmission to surgical intensive care. *Am Surg*. 2003;69(10):913-7.
- Levy MF, Greene L, Ramsay MA, Jennings LW, Ramsay KJ, Meng J, et al. Readmission to the intensive care unit after liver transplantation. *Crit Care Med*. 2001;29(1):18-24.
- Elliott M. Readmission to intensive care: a review of the literature. *Aust Crit Care*. 2006;19(3):96-8, 100-4.
- Rubins HB, Moskowitz MA. Discharge decision-making in a medical intensive care unit. Identifying patients at high risk of unexpected death or unit readmission. *Am J Med*. 1988;84(5):863-9.
- Snow N, Bergin KT, Horrigan TP. Readmission of patients to the surgical intensive care unit: patient profiles and possibilities for prevention. *Crit Care Med*. 1985;13(11):961-4.
- Gajic O, Malinchoc M, Comfere TB, Harris MR, Achouiti A, Yilmaz M, et al. The Stability and Workload Index for Transfer score predicts unplanned intensive care unit patient readmission: initial development and validation. *Crit Care Med*. 2008;36(3):676-82.
- Chung DA, Sharples LD, Nashef SA. A case-control analysis of readmissions to the cardiac surgical intensive care unit. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2002;22(2):282-6.
- Kogan A, Cohen J, Raanani E, Sahar G, Orlov B, Singer P, et al. Readmission to the intensive care unit after "fast-track" cardiac surgery: risk factors and outcomes. *Ann Thorac Surg*. 2003;76(2):503-7.
- Metnitz PG, Fioux F, Jordan B, Lang T, Moreno R, Le Gall JR. Critically ill patients readmitted to intensive care units--lessons to learn? *Intensive Care Med*. 2003;29(2):241-8.
- Moreno R, Morais P. Outcome prediction in intensive care: results of a prospective, multicentre, Portuguese study. *Intensive Care Med*. 1997;23(2):177-86.
- Campbell AJ, Cook JA, Adey G, Cuthbertson BH. Predicting death and readmission after intensive care discharge. *Br J Anaesth*. 2008;100(5):656-62.
- Cooper GS, Sirio CA, Rotondi AJ, Shepardson LB, Rosenthal GE. Are readmissions to the intensive care unit a useful measure of hospital performance? *Med Care*. 1999;37(4):399-408.
- Cohn WE, Sellke FW, Sirois C, Lisbon A, Johnson RG. Surgical ICU recidivism after cardiac operations. *Chest*. 1999;116(3):688-92.
- Russell S. Reducing readmissions to the intensive care unit. *Heart Lung*. 1999;28(5):365-72.
- Chen LM, Martin CM, Keenan SP, Sibbald WJ. Patients readmitted to the intensive care unit during the same hospitalization: clinical features and outcomes. *Crit Care Med*. 1998;26(11):1834-41.
- Baigelman W, Katz R, Geary G. Patient readmission to critical care units during the same hospitalization at a community teaching hospital. *Intensive Care Med*. 1983;9(5):253-6.
- Kirby EG, Durbin CG. Establishment of a respiratory assessment team is associated with decreased mortality in patients re-admitted to the ICU. *Respir Care*. 1996;41:903-7.



# Monitorização hemodinâmica: fundamentos para a assistência de enfermagem

**Régia Mota**

*Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem.*

**Isaac Rosa Marques**

*Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Orientadora.*

## RESUMO

A monitorização hemodinâmica com o uso do Cateter de Swan-Ganz é cada vez mais freqüente em pacientes internados em Terapia Intensiva. Este trabalho teve como objetivo realizar uma atualização sobre o uso da monitorização hemodinâmica invasiva e fazer uma correlação com a assistência de Enfermagem. Trata-se de uma revisão bibliográfica cuja fonte de dados foram a bases de dados LILACS e BDENE, usando-se expressões de pesquisa pertinentes à área enfocada. Dos trabalhos localizados, 15 foram selecionados. No trabalho são enfocados os aspectos técnicos da Monitorização Hemodinâmica, as indicações da monitorização e a assistência de Enfermagem.

**Descritores:** Débito cardíaco; Monitoramento; Cuidados intensivos; Cuidados de enfermagem.

Mota R, Marques IR. Monitorização hemodinâmica: fundamentos para a assistência de enfermagem. Rev Enferm UNISA 2006; 7: 52-8.

## INTRODUÇÃO

O cateter de Swan-Ganz, ou cateter de artéria pulmonar foi desenvolvido na década de 1960<sup>(1)</sup>. Por volta dos anos de 1970, com o avanço da tecnologia, foi adicionado um termistor permitindo um rápido acesso ao débito cardíaco e à outras informações consideradas importantes para o diagnóstico e tratamento de tais pacientes. Como uma forma de identificar a disfunção ventricular esquerda à beira do leito, e que mede pressões ventriculares e débito cardíaco além de prover outras informações que servem para monitoração fisiológica e guia da terapia nos pacientes em estado grave, internados em unidades de terapia intensiva. Esta monitorização continua a ser utilizada rotineiramente até os dias de hoje, tanto como primeiro quanto como último recurso. Isto, apesar de diversos estudos realizados a partir da década de 80, apontarem falta de benefícios e sugerirem um aumento de mortalidade associado a seu uso<sup>(2)</sup>.

Nestes últimos anos, ocorreram sofisticções nos sistemas de monitorização e no próprio cateter e, como resultado, temos a mais segura e relativamente fácil assistência hemodinâmica à beira do leito do paciente.

Em 1997 o uso do cateter pulmonar chegou a sofrer

intensos debates, pró e contra seu uso, inclusive pela Fundação de Anestesia para a Segurança do Paciente. Posteriormente, o assunto ficou em suspenso até a publicação de estudos mais completos<sup>(2)</sup>.

Logo a enfermagem tem seu papel específico a desempenhar com relação ao que está envolvido na Monitorização Hemodinâmica. Neste sentido, este trabalho encontra justificativa para ser realizado, considerando que os conhecimentos necessários para lidar com este tipo de monitorização são requeridos de enfermeiros de hospitais especializados. Contudo, a tendência é de que ocorra no futuro próximo um maior acesso generalizado destas tecnologias mesmo para hospitais não especializados, ao considerar os aspectos ou a relação custo benefício ao se implementar determinada terapêutica. Isto sem contar com as preocupações inerentes do contexto sócio-econômico do mundo da saúde os quais impõem como palavras de ordem a qualidade e a redução dos custos.

Considerando este contexto, este estudo teve como objetivo realizar uma atualização sobre o uso da monitorização hemodinâmica invasiva por meio do cateter de Swan-Ganz e fazer algumas considerações sobre a assistência de enfermagem.



## METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica que considera primariamente os materiais referendados nas bases de dados bibliográficos LILACS e BDENF. Para tanto, foram utilizados os seguintes unitermos: “*Monitorização Hemodinâmica*”, “*Monitorização Hemodinâmica Invasiva*”; “*Assistência de Enfermagem*”. Demais materiais foram acessados voluntariamente considerando – se a pertinência do tema e a relevância da publicação, como livros texto e manuais consagrados na literatura e, ainda, materiais formais disponibilizados livremente na Web.

Para a composição da mostra foram estabelecidos os seguintes critérios: recorte temporal de 1997-2006; idiomas português e espanhol sem restrição de tipo de publicação.

A análise dos materiais recuperados resulta no estabelecimento das seguintes categorias temáticas: aspectos técnica e indicações da monitorização hemodinâmica e assistência de enfermagem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Indicação

A monitorização Hemodinâmica Invasiva deve ser indicada somente quando alguma decisão de diagnóstico ou conduta está sendo considerada e quando o intensivista estiver comprometido em trabalhar apartir dos dados obtidos com o procedimento. Essa indicação deve obrigatoriamente levar em conta que os dados obtidos vão contribuir para a decisão terapêutica, sem acarretar algum tipo de risco sem necessidade ao paciente<sup>(3)</sup>. Excepcionalmente, pode também trazer papel terapêutico, como por exemplo: aspiração do êmbolo gasoso<sup>(4)</sup> e para guiar a terapêutica farmacológica da insuficiência cardíaca avançada que vem dando resultados promissores. Com a MHI é possível reduzir, na maioria dos casos, as pressões de enchimento ventricular de forma significativa, separar seus grupos de maior gravidade que não respondem ao tratamento, melhorar sintomas e retirar pacientes da fila de transplantes<sup>(5)</sup>. Apesar de alguns autores dizerem que o Cateter de Swan-Ganz é um instrumento monitorização diagnóstico e não uma modalidade terapêutica<sup>(6)</sup> e diz ainda que a alteração terapêutica proporcionada com a adequação da reposição volêmica e melhor titulação das doses das drogas vasoativas, podem melhorar o prognóstico e não o uso isolado do Cateter de Swan-Ganz (CSG). As indicações mais comuns para a MHI são:

- Insuficiência cardíaca aguda (ex: infarto agudo do miocárdio, complicado com hipotensão progressiva ou choque cardiogênico).
- Complicações mecânicas do infarto agudo do miocárdio.
- Infarto do ventrículo direito. O CSG ajuda a guiar a expansão volêmica e o suporte farmacológico dos pacientes hipotensos com infarto do ventrículo direito.
- Insuficiência cardíaca congestiva refratária. O CGS pode ser útil não apenas para otimizar o balanço hídrico, mas também, para definir os pacientes nos quais a terapia não pode ser tolerada ou é ineficiente, que são os casos em que

pode estar indicado o uso do balão intra-aórtico.

- Hipertensão pulmonar. O CSG é indicado para diagnóstico e para guiar a terapia vasodilatadora nestes pacientes.
- Choque Circulatório ou Estabilidade Hemodinâmica, que não respondeu a expansão volêmica nem ao uso de drogas vasoativas. A avaliação clínica do estado hemodinâmico não é confiável nesses pacientes
- Situações circulatórias complexas (ex: reposição volêmica, do grande queimado).

### Emergências médicas:

- Síndrome da Angústia Respiratória Aguda. O CSG auxilia nesses casos, principalmente nos casos de hipotensão, com evidência clínica de má perfusão tecidual ou nos pacientes estáveis hemodinamicamente.
- Sepses por bactérias gram-negativas. O CSG é útil nos pacientes que não respondem á reposição volêmica e ao uso de amins simpatomiméticas, onde a PVC não é fidedigna, sendo elevada pela disfunção ventricular direita.
- Intoxicação por drogas.
- Anestesia<sup>(6)</sup>
- Insuficiência Renal Aguda.
- Pancreatite Necroemorrágica.
- Pacientes de auto risco intra e pós-operatório:
- História de prévia doença cardíaca ou pulmonar.
- Cirurgias de grande porte, principalmente cardíacas e aórticas, em pacientes com disfunções ventriculares, esquerdas, importantes.
- Pacientes obstétrica de auto risco:
- Cardiopatas (ex: estenose mitral).
- Doenças hipertensiva específica da gestação (pré-eclâmpsia), o uso do CSG está indicado nas pacientes com pré-eclâmpsia severa, associada com oligúria, não responsiva a ressuscitação volêmica, presença de edema pulmonar ou hipertensão resistente á terapia.
- Descolamento prematuro de placenta.
- Determinação do débito cardíaco pelo método de termodiluição.
- Colheita de sangue venoso misto e infusão de soluções<sup>(6)</sup>
- Processos dialíticos complicados.
- Cirurgia vascular: aneurisma dissecante, ressecção de aneurisma de aorta torácica e abdominal.
- Cirurgia abdominal de grande porte.
- Cirurgia ortopédica extensa (idosos).
- Politrauma.
- Ressecções prostáticas extensas (casos especiais).
- Como coadjuvante para monitorização cerebral.
- Investigação clínica: avaliando efeitos de novos tratamentos, novos conceitos<sup>(3)</sup>.

### Técnica de Inserção

Para a inserção de um CSG requer um acesso venoso central, como para qualquer outro cateter arterial pulmonar. Pode também ser colocado por meio da técnica de dissecação de uma veia periférica. As veias mais comuns de acesso venoso central para introduzir o cateter de SG estão: a veia jugular interna, a veia subclávia, a veia braquial (técnica de dissecação),

ou veia femoral.

Normalmente a introdução de um cateter de Arteria Pulmonar (AP), à beira do leito é feita através da veia jugular interna direita, porque proporciona um acesso direto ao átrio direito. A introdução do cateter através da veia femoral requer orientação pela fluoroscopia, porque o cateter exige manobras feitas manualmente para passar a veia cava inferior para o átrio e o ventrículo direito e depois para a AP<sup>(7)</sup>. Mas os locais mais comumente utilizados para a inserção do cateter são: veia jugular interna e veia subclávia.

### **A inserção do cateter é feita através da técnica de Seldinger:**

- Punção da artéria com uma agulha
- Introdução de condutor flexível na artéria, através da agulha
- Retirar a agulha
- Introdução do cateter sobre o condutor
- Remoção do condutor e conexão do cateter ao sistema com transdutor ligado ao monitor, em qualquer veia usada para cateterismo venoso central. É efetuado por controle radiológico, através de fluoroscopia e pela análise das curvas de pressão das respectivas cavidades cardíacas, porque para posicionar na artéria pulmonar tem que passar através das câmaras cardíacas direitas (AD-VD-AP). Durante a inserção, á medida que o cateter segue pela aurícula direita, tem que observar no monitor, as curvas de pressão na AD. Antes de passar a válvula tricúspide, o balão tem que ser insuflado, porque evita que a extremidade do cateter toque na parede do VD, causando arritmias, e por outro favorece a progressão do cateter junto com o fluxo sanguíneo. Mesmo com insuflação não são raras as arritmias, o doente deve estar monitorizado e o carro de reanimação devidamente preparado e junto do doente.

É indispensável a manutenção da observação do traçado para se despistar a migração do cateter para a posição de encravamento, pois se houver oclusão prolongada do capilar pulmonar tem se o subsequente enfarte segmentar do pulmão<sup>(8)</sup>.

### **Descrição do cateter e variáveis hemodinâmicas obtidas**

#### **Via proximal (azul)**

Como orifício proximal, fica localizado na aurícula direita, permitindo avaliar a PVC (Pressão Venosa Central), que por transdutor quer por manômetro de água, colheita de exames de sangue e injeção de líquidos para as medidas hemodinâmicas.

#### **Via distal (amarela)**

Com orifício distal que situa-se na ponta do cateter, fica localizado na artéria pulmonar, avaliando, quando ligado a um transdutor a pressão da artéria pulmonar (PAP), pressões nas câmaras cardíacas, direitas, e pressão capilar, pulmonar, durante a inserção, além da colheita da amostra de sangue venoso misto, na artéria pulmonar.

#### **Via balão (vermelha)**

Situado a 1 cm do orifício distal, quando insuflado

progride com a corrente sanguínea encravando num dos ramos menores da artéria pulmonar e, avalia, quando insuflado e ligado a um transdutor a pressão de encravamento capilar pulmonar (PECP).

### **Via do termistor**

Localizado na extremidade do cateter, permite avaliar o débito cardíaco por meio de termodiluição. Para determinar o débito cardíaco, injecta-se pela via proximal um "bólus" de 10cc de SF a uma temperatura pré-conhecida, o termômetro detecta a alteração da temperatura, transmitindo-a ao aparelho medidor que converte em um 1/min. Efectuam-se 3 medidas consecutivas, considerando-se a sua média o débito cardíaco no momento<sup>(9)</sup>.

O CSG permite avaliar os seguintes parâmetros hemodinâmicos:

### **Frequência cardíaca**

- É uma das variáveis mais fáceis de ser obtida para avaliação do estado hemodinâmico. É um componente do débito cardíaco; é um determinante importante do tempo de enchimento diastólico e do volume diastólico final.

A frequência cardíaca pode ser palpada ou obtida pelo monitor de ECG.

### **Pressão arterial sanguínea**

- A pressão arterial sanguínea é a medida da tensão exercida pelo sangue nos vasos durante a sístole e a diástole ventricular. Esta medida pode ser obtida indiretamente através do esfigmomanômetro ou, com melhor acurácia, através de um cateter intra-arterial.

### **Pressão de artéria pulmonar e pressão de oclusão de capilar pulmonar (POAP)**

- Com a utilização do cateter podemos obter as pressões sistólica e diastólica da artéria pulmonar (PAP) e a pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP).

A pressão arterial pulmonar sistólica reflete a pressão gerada pelo ventrículo direito durante a sístole. A pressão arterial pulmonar diastólica reflete a pressão diastólica do ventrículo direito na vasculatura pulmonar.

Quando ocluimos a artéria pulmonar através do cateter, estamos eliminando a influência das pressões do lado direito do coração e, a pressão de átrio esquerdo será refletida.

### **Pressão atrial direita (PVC)**

- Pressão de enchimento atrial direito ou pressão venosa central (PVC), tanto em mmHg ou cm de H<sub>2</sub>O, é obtida através de um acesso venoso central. No cateter de artéria pulmonar podemos utilizar a via proximal. Este valor nos informa sobre a função ventricular direita.

O valor normal da PVC situa-se entre 8 e 12 cmH<sub>2</sub>O, quando o ponto zero é fixado na linha axilar média, como paciente em decúbito dorsal. O valor obtido de PVC, em cmH<sub>2</sub>O, deve ser digitado na célula B26. Automaticamente, a célula B27 converterá este valor de cmH<sub>2</sub>O em mmHg, na seguinte equação:

B27 = B26\*0.735, onde 0.735 é a constante de conversão

de cmH<sub>2</sub>O para mmHg<sup>(6)</sup>.

### Débito cardíaco

- É a quantidade de sangue bombeado pelo coração por minuto. Pode ser medida a beira leito através do método de termodiluição do cateter de artéria pulmonar. O seu valor nos ajuda a avaliar o desempenho cardíaco.

$$DC = FC \times VS$$

O método de termodiluição é a técnica mais utilizada para medida do débito cardíaco. Esse método foi descrito pela primeira vez em 1954 por Fegler, mas foi utilizado na prática com desenvolvimento do cateter de artéria pulmonar.

Neste método o “indicador” é a solução resfriada. Uma quantidade conhecida da solução indicadora, que no caso é mais fria que o sangue, é injetada na via proximal do cateter de Swan-Ganz.

A solução indicadora é introduzida rápida e continuamente em um bolus no átrio direito (via proximal). Esse bolus passa pelo ventrículo direito e é injetado até a artéria pulmonar. A temperatura de base do paciente é estabelecida e apresentada pelo computador antes da injeção. Durante a medida, a temperatura do sangue misturado com a solução indicadora é identificada pelo sensor (termistor) localizado próximo a via distal e apresentada pelo computador.

Forma-se uma curva através do diferencial da temperatura, onde temos o tempo do sangue resfriado na horizontal e a temperatura na vertical. O volume do débito cardíaco é inversamente proporcional a área formada pela curva. O resultado débito cardíaco é apresentado de forma digital na tela do monitor.

### Pressão arterial média

- A manutenção de uma pressão mínima é necessária para a perfusão coronariana e tecidual.

$$PAM = \frac{PAS + (PAD \times 2)}{3}$$

Onde:

**PAS** = Pressão Arterial Sistólica

**PAD** = Pressão Arterial Diastólica

**PAM** = Pressão Arterial Média

### Pressão alveolar de oxigênio

- O ar alveolar é o resultado da mistura do ar inspirado com o ar pré-existente nos alvéolos. A difusão do gás alveolar para os capilares pulmonares depende da concentração fracionária ou pressão parcial de todos os gases alveolares, exceto do oxigênio. O valor da pressão alveolar de oxigênio (PaO<sub>2</sub>), cujo valor normal situa-se entre 600 e 640 mmHg, pode ser estimada através da seguinte equação:

$$PaO_2 = (Pb - PH_2O) \times F_{iO_2} - PaCO_2 / 0.8$$

Onde:

**Pb** = pressão barométrica

**PH<sub>2</sub>O** = pressão parcial de vapor de água no alvéolo

**F<sub>i</sub>O<sub>2</sub>** = fração de oxigênio no ar inspirado

**PaCO<sub>2</sub>** = pressão parcial de CO<sub>2</sub> no sangue arterial, em mmHg<sup>(6)</sup>.

### Índice cardíaco

- Quando utilizamos o valor do débito cardíaco e relacionamos este a massa corpórea obtemos o índice cardíaco. Esta medida é mais precisa para avaliar a função dos ventrículos. Os valores hemodinâmicos indexados são calculados utilizando a massa corpórea do paciente calculada através do seu peso e da sua altura. **IC = DC/MC**

Onde:

**IC** = índice cardíaco

**DC** = débito cardíaco

**MC** = massa corpórea

O índice cardíaco (IC) é expresso pelo débito cardíaco (DC em L/min) por unidade de superfície corpórea (SC em m<sup>2</sup>), onde:

$$IC (L/mim/m^2) = DC/SC$$

O índice cardíaco (célula C46), cujo valor normal situa-se entre 2.8 e 4.0 L/mim/m<sup>2</sup>, é calculado da seguinte maneira:

$$C46 = (C33/B28)$$

### Volume sistólico;

- É a quantidade de sangue que será bombeado pelo coração em uma contração. Ele é uma parte da equação do débito cardíaco.

$$VS = \frac{DC}{FC}$$

Onde:

**DC** = débito cardíaco

**FC** = frequência cardíaca

**VS** = volume sistólico

### Índice do volume sistólico

- Como o débito cardíaco, o volume sistólico pode ser avaliado com relação a massa corpórea, também conhecida como índice sistólico. Existem duas formas de chegar a esse valor.

$$IVS = \frac{VS \text{ ou } IC}{MC \text{ FC}}$$

### Índice sistólico;

- O índice sistólico (IS) avalia a simples relação entre índice cardíaco (IC) e a frequência cardíaca (FC). O IS indica o volume de ejeção do ventrículo esquerdo em relação a superfície corpórea do paciente. O seu valor normal está entre 35 e 50 mL/m<sup>2</sup> e é expresso da seguinte maneira:

$$IS (mL/m^2) = (IC/FC) * 1000$$

### Trabalho sistólico do ventrículo esquerdo

- O trabalho sistólico do ventrículo esquerdo (TSVE) é simplesmente o produto do volume sistólico (VS) pela diferença entre a pressão arterial sistêmica média (PAM) e a pressão capilar pulmonar (PCP), que corresponde à pressão diastólica, final, do ventrículo esquerdo. O valor normal do TSVE é de 50 a 70 gm.M. O seu cálculo efetua-se da seguinte maneira:

$$TSVE (gm.M) = VS * (PAM - PCP) * 0.0136$$

### Índice do trabalho sistólico do ventrículo esquerdo

- é o trabalho executado pelo ventrículo para ejetar o

índice do volume sistólico através de um gradiente pressórico na aorta.

$$\text{ITSVE} = (\text{PAm} - \text{POAP}) \times \text{IVS} \times 0.0136$$

Onde:

**PAm** = pressão arterial média

**POAP** = pressão de oclusão da artéria pulmonar

**IVS** = índice do volume sistólico

**0.0136** = converte pressão e volume para unidades de trabalho.

### Superfície corpórea

- A superfície corpórea (SC) útil para o cálculo do índice cardíaco, é obtida através da equação clássica Du Bois e Du Bois:

$$\text{SC} = \text{Peso (kg)}^{0.425} \times \text{Altura (cm)}^{0.725} \times 0.007184$$

• **Diferença alvéolo-arterial do oxigênio;**

- A diferença ou gradiente alvéolo-arterial de oxigênio – D(A-a) O<sub>2</sub> constitui. Na prática diária, o método mais simples de quantificar a disfunção pulmonar, no paciente crítico, sobre tudo nos casos de SARA (Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto). Ao lado do “shunt” pulmonar, a D(A-a) O<sub>2</sub> contribui para o estudo das desigualdades de ventilação /perfusão do pulmão e da admissão do sangue venoso no sangue arterial.

O valor da D(A-a) O<sub>2</sub>, que geralmente é menor do que 200mmHg (para FiO<sub>2</sub>=1), pode ser estimado através da seguinte equação:

$$\text{D(A-a) O}_2 = \text{PaO}_2 - \text{PaO}_2$$

Onde:

**PaO<sub>2</sub>** = pressão parcial de O<sub>2</sub> no sangue arterial, em mmHg.

### Conteúdo de oxigênio no sangue arterial, venoso e dos capilares pulmonares

- Para o cálculo do “shunt” pulmonar e da oferta de oxigênio normalmente afetados no choque e no hipermetabolismo, é necessário determinar, inicialmente o conteúdo de O<sub>2</sub> (Ca O<sub>2</sub>) no sangue arterial, no sangue venoso misto (Cv O<sub>2</sub>) nos capilares pulmonares (Cc'O<sub>2</sub>). Estes são calculados a partir das respectivas pressões parciais nos sangues arterial e venoso de O<sub>2</sub> (P O<sub>2</sub>, em mmHg), saturações de O<sub>2</sub> (S O<sub>2</sub>) e da concentração sérica de hemoglobina (g%). Para o cálculo do conteúdo de O<sub>2</sub> nos capilares pulmonares, a pressão parcial de O<sub>2</sub> local é considerado igual a PaO<sub>2</sub> e a saturação de O<sub>2</sub> é igual a 1, no caso de o paciente esta com um a FiO<sub>2</sub> > 0.4<sup>4</sup>. Dessa maneira o cálculo do Ca O<sub>2</sub> e do Cc'O<sub>2</sub> serão os seguintes:

$$\text{Ca O}_2 = (1,39 \times \text{Hb} \times \text{SaO}_2) + (0.0031 \times \text{PaO}_2)$$

### Shunt pulmonar

- O “shunt” pulmonar (Qs/Qt: Valor normal 5-7%) é o guia mais utilizado para avaliar o grau de disfunção pulmonar ou de admissão do sangue venoso no sangue arterial, resultado do comprometimento dos capilares pulmonares ou de alvéolos não funcionantes que é, geralmente, observado na síndrome do choque circulatório, mas notadamente o sépticos, e a SARA. Assim, o método mais

correto para o cálculo do “shunt” pulmonar é o da colheita do sangue arterial na artéria radial e de sangue venoso na artéria pulmonar através do cateter de SG, após uma prova de hiperoxia (FiO<sub>2</sub>=1, durante 15min). O cálculo do “shunt” pulmonar emprega os conteúdos de O<sub>2</sub>, no sangue arterial venoso e dos capilares pulmonares.

$$\frac{Q_s}{Q_t} = \frac{C_c' O_2 - C_a O_2}{C_c' O_2 - C_v O_2}$$

$$\frac{Q_s}{Q_t} = \frac{C_c' O_2 - C_a O_2}{C_c' O_2 - C_v O_2}$$

Onde a equação final será:

$$\frac{Q_s}{\text{SaO}_2} = \frac{(1.39 \times \text{Hb}) + (0.0031 \times \text{PaO}_2) - (1.39 \times \text{Hb} \times \text{SaO}_2) + (0.0031 \times \text{PaO}_2)}{1}$$

$$\frac{Q_s}{\text{SaO}_2} = \frac{(1.39 \times \text{Hb}) + (0.0031 \times \text{PaO}_2) - (1.39 \times \text{Hb} \times \text{SvO}_2) + (0.0031 \times \text{PvO}_2)}{1}$$

### Oferta de oxigênio

- A oferta de oxigênio (DO<sub>2</sub>) é de crucial importância na manutenção da respiração celular e nos processos metabólicos oxidativos. Sob a luz da fisiologia, aproximadamente 25% do conteúdo arterial de O<sub>2</sub> é extraído pelos tecidos a cada minuto (valor normal da DO<sub>2</sub>: 520 a 700 mL/min/m<sup>2</sup>). porém, esta extração pode elevar-se a 80% em situações de hipermetabolismo, como a sepse, ou de baixa perfusão periférica, como a síndrome do choque de qualquer etiologia. Se houver um decréscimo crítico, abaixo de 300 mL/min/m<sup>2</sup>, na oferta de O<sub>2</sub>, a extração aumentada não será suficiente para suprir as necessidades teciduais metabólicas.

$$\text{DO}_2 \text{ (mL/min/m}^2\text{)} = \text{DC} \times \text{CaO}_2 \times 10$$

### Consumo de Oxigênio

- O consumo de oxigênio (VO<sub>2</sub>) indica a quantidade de O<sub>2</sub> utilizada pelos tecidos e é determinado, em condições fisiológicas normais, pelas necessidades metabólicas individuais de cada tecido orgânico, normalmente independente da oferta de oxigênio. A taxa de consumo de oxigênio é uma medida global do metabolismo corpóreo, representando a somatória de todas as reações oxidativas celulares. O VO<sub>2</sub> é o produto do débito cardíaco (DC) pela diferença artério-venosa dos conteúdos de O<sub>2</sub> (CaO<sub>2</sub> - CvO<sub>2</sub>). O seu valor normal gira em torno de 180 a 300 ml/min/m<sup>2</sup> e é definida pela seguinte equação:

$$\text{VO}_2 \text{ (mL/min/m}^2\text{)} = (\text{DC (L/min)} \times (\text{CaO}_2 - \text{CvO}_2)) \times 10$$

### Índice de extração de oxigênio

- Conforme foi mencionado anteriormente, o índice de extração de oxigênio (IEO) reflete a porcentagem de extração de O<sub>2</sub> em relação á oferta, indicando a fração de O<sub>2</sub>, extraída do conteúdo de O<sub>2</sub> arterial, durante sua passagem pelos diversos tecidos orgânicos. O seu valor normal situa-se entre 20 e 25% e é definido pela equação matemática abaixo:

$$\text{IEO}(\%) = ((\text{CaO}_2 - \text{CvO}_2) / \text{CaO}_2) \times 100$$

### Resistência vascular sistêmica

- A resistência vascular sistêmica (RVS: valor normal 770 a 1500 din/seg/cm<sup>-5</sup>) é o resultado da subtração da pressão arterial sistêmica média (PAM) pela pressão venosa central

(PVC) dividido pelo débito cardíaco(DC). O seu cálculo é efetuado dessa maneira:

$$RVS = ((PAM - (PVC * 0.735)) / (DC * 1000)) * 79980$$

### **Resistência vascular pulmonar**

- A resistência vascular pulmonar (RVP: valor normal de 50 a 200 din/seg/cm<sup>-5</sup>) é calculada pela subtração da pressão média da artéria pulmonar (PAPM) pela pressão capilar pulmonar (PCP), dividida pelo débito cardíaco (DC), conforme a seguinte equação:

$$RVP = ((PAM - PCP) / (DC * 1000)) * 79980$$

Embora existam outros métodos informatizados para os cálculos dos parâmetros hemodinâmicos, a partir das informações originadas pelo Swan-Ganz, nos parece que o uso de um Software de uso corriqueiro, como Excel 7.0, torna estes cálculos muito mais fáceis e acessíveis a qualquer Intensivista ou Unidade de Terapia Intensiva<sup>(6)</sup>.

### **Assistência de Enfermagem**

#### **Pré-monitorização**

- Informar o doente/família do procedimento a realizar e a finalidade do mesmo;
- Preparar o material necessário com técnica asséptica;
- Preparar o local de inserção do cateter;
- Posicionar o doente
- Tricotomizar, se necessário
- Lavar e desinfetar
- Apoiar emocional e fisicamente o doente;
- Manter monitorização básica;
- Colaborar com o médico na colocação do cateter;
- Acompanhar trajeto do cateter por fluoroscopia, e monitorização;
- Posicionar e calibra o transdutor, verificando a sua funcionalidade;
- Fazer penso do local de inserção;
- Posicionar adequadamente o doente;

#### **Durante a monitorização**

- Verificar a funcionalidade do sistema/equipamento;
- Manter monitorização contínua da curva da PAP;
- Manter soro heparinizado em perfusão contínua da via distal e proximal;
- Utilizar técnica asséptica em qualquer procedimento;
- Antes das medições lavar o cateter com soro heparinizado através do sistema de flushing, nivelar e calibrar o transdutor;
- A seringa de insuflação deve estar sempre ligada a via entrada para o balão;
- Renovar sistemas, conexões e soluções de acordo com protocolos do serviço;
- Fazer penso do local de inserção, diariamente e em SOS;
- Observar local de inserção;
- Valorizar e estar atento a queixas do doente;
- Posicionar e calibrar o equipamento para obter leituras corretas;
- Identificar o sistema;

#### **Pós - monitorização**

- Informar o doente e preparar o material necessário para a remoção do cateter;
- Posicionar o doente em decúbito dorsal sem almofada, para retirar o cateter durante a expiração;
- Clampar e retirar soros;
- Retirar penso, fazer limpeza e desinfecção do local;
- Retirar ponto de fixação do cateter;
- Retira cateter, nunca com o balão insuflado e fazer compressão adequada;
- Fazer peso compressivo após hemóstase;
- Posicionar confortavelmente o doente<sup>(8)</sup>.

### **CONCLUSÃO**

O crescimento dos custos na área da saúde e do contínuo progresso tecnológico tem se tornado uma preocupação em todo o mundo. E isto inclui a Monitorização Hemodinâmica Invasiva com o Cateter de Swan-Ganz, uma tecnologia de ponta. E o que podemos perceber ao longo do trabalho é que num futuro próximo haverá um acesso maior a este tipo de tecnologia mesmo em hospitais com recursos escassos e não especializados. E não esquecendo que para trabalhar com esse tipo de tecnologia haverá a necessidade de ter profissionais tecnicamente treinados. E melhor investir em uma tecnologia cara e obter resultados de maior qualidade do que manter o paciente hospitalizado por vários dias sem ter um respaldo sobre seu caso e além de ter mais gastos corre o risco de aumentar a taxa de morbi-mortalidade.

Como já visto neste trabalho, a Monitorização Hemodinâmica Invasiva pode ser utilizada em: cirurgias cardíacas, choque, Emergências Médicas como: Síndrome da Angústia Respiratória Aguda, Sepsis por bactérias gram negativas, Intoxicação por drogas, Insuficiência Renal Aguda, Pancreatite Necro-hemorrágica, História de prévia doença cardíaca ou pulmonar, pré e pós operatório, Cirurgias de grande porte, Cardiopatas, Doença hipertensiva específica da gestação, Descolamento prematuro de placenta, Anestésias, entre outras indicações.

A enfermagem tem um papel fundamental na Monitorização Hemodinâmica Invasiva, diante da utilização de cateteres invasivos e monitores sofisticados, a enfermagem tem que conhecer os aspectos técnicos do cateter, saber prestar os devidos cuidados, verificar o débito cardíaco, avaliar a função cardíaca do doente, o volume de sangue circulante a resposta física ao tratamento e além de tudo saber interpretar os resultados. O conhecimento acerca da monitorização hemodinâmica ajuda a desenvolver a capacidade de decisão clínica, passando do simples registro dos sinais vitais para a interpretação e análise daquela informação, de modo a formular um plano de cuidados de enfermagem apropriado para aquele indivíduo.

### **REFERÊNCIAS**

1. Weil MR. A case history of constrained technology, constrained bedside clinicians, and constrained monetary expenditures. Chest 1998; 113: 1379-86.

2. O cateter de Swan-Ganz. [citado em: 2006 Set 10]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/NIEn/hemodinamica/pag/cateter.htm>
3. Knobel E, Akamine N, Constantino Junior FJ. O cateter de Swan-Ganz deve ser indicado em todo paciente de terapia intensiva? [citado em: 2006 Mar 30]. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br>
4. Stefanine E, Amarantes AJ, Maristela C, Monanchini. Análise crítica dos métodos de Monitorização Hemodinâmica em Terapia Intensiva. Revista Soc Cardiol Estado de São Paulo 1998; 8(3): 571-574
5. Govêia LG, Esporcatte R, Oswaldo FR, Rocha MR, Tura RB, Jorge CKJ, Drumont FEL, Albanesi MF. Terapia da Insuficiência cardíaca avançada ajustada por objetivos Hemodinâmicos obtidos pela Monitorização Invasiva. Arq Bras Cardiol 2005; 85(4):248
6. Pereira Junior GA, Marson F, Ostini MF, Antoniazi P, Gomide ADM, Basile-Filho A. Monitorização hemodinâmica invasiva. Medicina 1998; 31: 369-9.
7. Cone DR, Davison R, Albrink M. Manual de terapia intensiva - terapêutica e procedimentos. Rio de Janeiro: Revinter; 1997.
8. Capelas MLU. Monitorização em cuidados intensivos. Lisboa: 2002.
9. Silva HJ, Silva SE. Anestesia em Cirurgia Vascular. [citado em: 2006 Maio 16]. Disponível em: <http://www.lava.med.br/livro>

# MOVIMENTAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES: ASPECTOS POSTURAI E ERGONÔMICOS

## MOVING AND LIFTING PATIENTS: POSTURAL AND ERGONOMIC ASPECTS

Neusa Maria Costa Alexandre\*  
Maria Marilene Rogante\*\*

ALEXANDRE, N. M. C; ROGANTE, M. M. Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonômicos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 165-73, jun. 2000.

### RESUMO

*Os procedimentos que envolvem a movimentação e o transporte de pacientes são considerados os mais penosos e perigosos para os trabalhadores de saúde, sendo que a implementação de treinamentos e reciclagem é parte obrigatória de programas de prevenção de lesões músculo-esqueléticas em escolas e instituições de saúde. O presente trabalho descreve orientações básicas e inovadoras sobre esses procedimentos, dentro de uma abordagem ergonômica e com a utilização de materiais auxiliares.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Ergonomia. Postura. Transporte de pacientes.

### ABSTRACT

*The most dangerous and difficult tasks faced by health workers are those procedures involved with lifting and moving patients. Therefore, training and recycling programs in lifting procedures are a compulsory part of programs for the prevention of musculoskeletal disorders in schools and health institutions. The present study presents basic and innovative orientation with an ergonomic approach regarding these procedures, together with the use of devices.*

**KEYWORDS:** Ergonomics. Posture. Transportation of patient.

## 1 INTRODUÇÃO

Grande parte das agressões à coluna vertebral em trabalhadores da saúde estão relacionadas a condições ergonômicas inadequadas de mobiliários, posto de trabalho e equipamentos utilizados nas atividades cotidianas, sendo as dores nas costas causadas por traumas crônicos repetitivos, que envolvem muitos outros fatores, além da manipulação de pacientes<sup>2,3,4,15,23</sup>. Dessa forma, as recomendações sobre um aspecto relevante do problema das algias vertebrais, que é a prevenção, têm caminhado em direção a uma abordagem ergonômica.

A literatura tem sugerido a administração de cursos sobre movimentação e transporte de pacientes como uma das estratégias mais

importantes para reduzir a incidência de problemas na coluna vertebral entre os trabalhadores da saúde<sup>14,21,24</sup>. A utilização de equipamentos especiais e auxílios mecânicos também tem sido indicada para prevenir as dores nas costas<sup>9,26</sup>. Atualmente sabe-se que para resolver tais problemas é necessário um amplo estudo do ambiente, dos equipamentos e dos indivíduos, baseando-se num enfoque ergonômico<sup>11,18,20,23</sup>. Assim, as habilidades em movimentação de pacientes devem ser complementadas com o estabelecimento de práticas seguras de trabalho dentro de uma estrutura ergonômica, usando-se, sempre que possível, materiais e equipamentos auxiliares. O presente trabalho tem por objetivo discutir e descrever as

\* Enfermeira. Professora Assistente Doutora do Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP

\*\* Enfermeira. Assistente Técnico em Recursos Materiais. Hospital das Clínicas. UNICAMP

técnicas de movimentação e transferência de pacientes dentro de uma estrutura ergonômica e com a utilização de materiais auxiliares que precisam urgentemente ser implementados na realidade brasileira.

## 2 MOVIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTES

Os procedimentos que envolvem a movimentação e o transporte de pacientes são considerados os mais penosos e perigosos para os trabalhadores da saúde. Estudiosos da questão defendem que o ensino desses procedimentos deve ser complementado com uma avaliação do local de trabalho e com alternativas para torná-los menos prejudiciais<sup>16,18,23</sup> Um cuidadoso planejamento, antes de se iniciarem esses procedimentos, é essencial e imprescindível. Dentro deste contexto, desenvolveram-se orientações básicas e procedimentos que tiveram um suporte teórico na literatura internacional<sup>16,17,22,23</sup>.

Considerando-se tais aspectos, dividiu-se esta fase em cinco partes :

### 2.1 Avaliação das condições e preparo do cliente

Inicialmente, deve-se fazer uma avaliação das condições físicas da pessoa que será movimentada, de sua capacidade de colaborar, bem como a observação da presença de soros, sondas e outros equipamentos instalados. Também é importante, para um planejamento cuidadoso do procedimento, uma explicação, ao paciente, do modo como se pretende movê-lo, como pode cooperar, para onde será encaminhado e qual o motivo da locomoção. Vale a pena salientar que o cliente deve ser orientado a ajudar, sempre que for possível, que não deve ser mudado rapidamente de posição e tem que estar usando chinelos ou sapatos com sola antiderrapante. Outro ponto muito importante é que a movimentação e o transporte de obesos precisam ser minuciosamente avaliados e planejados, usando-se, sempre que possível, auxílios mecânicos.

### 2.2 Preparo do ambiente e dos equipamentos

Considerando-se que determinados aspectos ergonômicos do posto de trabalho podem prejudicar atividades ocupacionais, tais como os procedimentos relacionados com movimentação e transporte<sup>5,8,16,19</sup> abordam-se, nessa parte, os principais cuidados que necessitam ser

observados: Verificar se o espaço físico é adequado para não restringir os movimentos

- Examinar o local e remover os obstáculos
- Observar a disposição do mobiliário
- Obter condições seguras com relação ao piso
- Colocar o suporte de soro ao lado da cama, quando necessário
- Elevar ou abaixar a altura da cama, para ficar no mesmo nível da maca
- Travar as rodas da cama, maca e cadeira de rodas ou solicitar auxílio adicional
- Adaptar a altura da cama ao trabalhador e ao tipo de procedimento que será realizado

Devem-se, também, utilizar equipamentos auxiliares e adaptar as condições do ambiente a cada paciente em particular. Neste caso, pode ser necessário:

- Colocar barras de apoio em banheiros
- Elevar a altura do vaso sanitário (compensadores de altura para vasos convencionais)
- Utilizar cadeira de rodas própria para banho ou higiene

### 2.3 Preparo da equipe

Existem algumas orientações, especificamente relacionadas com os princípios básicos de mecânica corporal, que devem ser utilizadas pelo pessoal de enfermagem durante a manipulação de pacientes<sup>6,10,11,12,16</sup>

- Deixar os pés afastados e totalmente apoiados no chão
- Trabalhar com segurança e com calma
- Manter as costas eretas
- Usar o peso corporal como um contrapeso ao do paciente
- Flexionar os joelhos em vez de curvar a coluna
- Abaixar a cabeceira da cama ao mover um paciente para cima
- Utilizar movimentos sincrônicos
- Trabalhar o mais próximo possível do corpo do cliente, que deverá ser erguido ou movido
- Usar uniforme que permita liberdade de movimentos e sapatos apropriados
- Realizar a manipulação de pacientes com a ajuda de, pelo menos, duas pessoas



## 2.4 Movimentação de clientes no leito

Lembrar que o paciente deve ser estimulado a movimentar-se de uma forma independente, sempre que não existir contra-indicações nesse sentido. Outro ponto que não pode ser esquecido é procurar ter à disposição camas e colchões apropriados, dependendo das condições e necessidades do cliente. O ideal são camas com altura regulável, que possam ser ajustadas, dependendo do procedimento que será realizado 7,16.

Durante a movimentação, deve-se, sempre que possível, utilizar elementos auxiliares, tais como: barra tipo trapézio no leito, plástico antiderrapante para os pés, plástico facilitador de movimentos, entre outros.

Neste tópico serão apresentados separadamente os principais motivos que levam os trabalhadores de saúde a movimentar os clientes no leito:

### 2.4.1 Colocar ou retirar comadres

Quando o paciente pode auxiliar, deve-se utilizar o trapézio, no leito, e solicitar que eleve o quadril, evitando-se assim, a necessidade de erguê-lo (Figura 1):

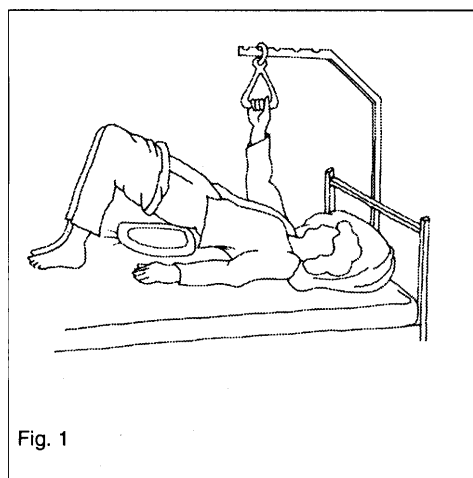


Fig. 1

### 2.4.2 Trazer o cliente para um dos lados da cama

Lembrar que a movimentação no leito deve ser realizada, preferencialmente, por duas pessoas, seguindo-se os seguintes passos (Figura 2):

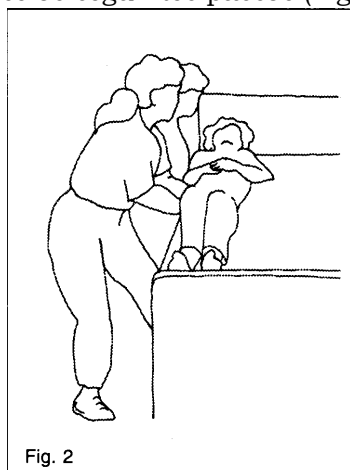


Fig. 2

- As duas pessoas devem ficar do mesmo lado da cama, de frente para o paciente
- Permanecer com uma das pernas em frente da outra, com os joelhos e quadris fletidos, trazendo os braços ao nível da cama:
  - a primeira pessoa coloca um dos braços sob a cabeça e, o outro, na região lombar
  - a segunda pessoa coloca um dos braços também sob a região lombar e, o outro, na região posterior da coxa
  - Trazer o paciente, de um modo coordenado, para este lado da cama

Se for necessário mover o paciente sem ajuda, deve-se fazê-lo em etapas, utilizando-se o peso do corpo como um contrapeso e plásticos facilitadores de movimentos.

### 2.4.3 Colocar o cliente em decúbito lateral

Quando o paciente não é obeso, podem-se seguir as seguintes fases (Figura 3):

- Permanecer do lado para o qual você vai virar a pessoa
- Cruzar seu braço e sua perna no sentido em que ele vai ser virado, flexionando o joelho. Observar o posicionamento do outro braço
- Fazer o paciente virar a cabeça em sua direção
- Rolar a pessoa gentilmente, utilizando seu ombro e joelho como alavancas

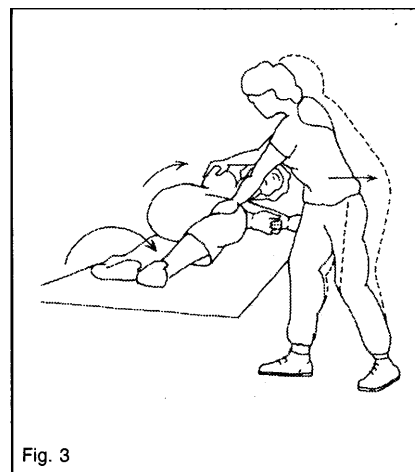


Fig. 3

Uma outra forma de realizar esse procedimento é usando-se plásticos deslizantes e resistentes, da seguinte forma (Figura 4):

- Virar o paciente e colocar o plástico sob seu corpo. Voltar o paciente e puxar o plástico
- Ficar no lado oposto ao que o paciente será virado

- Puxar o plástico, movendo o paciente em sua direção e para a beira da cama. Manter as costas eretas e utilizar o peso do seu corpo

- Elevar o plástico, fazendo o paciente virar cuidadosamente. Manter, no lado oposto da cama, uma grade de proteção

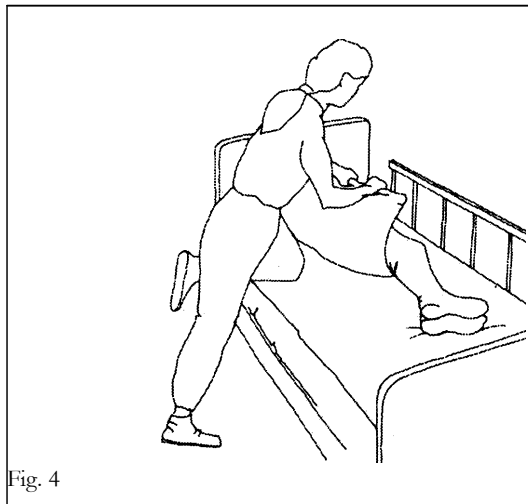


Fig. 4

#### 2.4.4 Movimentar o cliente, em posição supina, para a cabeceira da cama

Se o paciente tem condições físicas, ele pode mover-se sozinho, com a ajuda de um trapézio. O cliente flexiona os joelhos e dá um impulso, tendo como apoio um plástico antiderrapante sob seus pés (Figura 5b) ou uma pessoa segurando - os (Figura 5a). Pode-se também colocar um plástico deslizante sob as costas e a cabeça do paciente

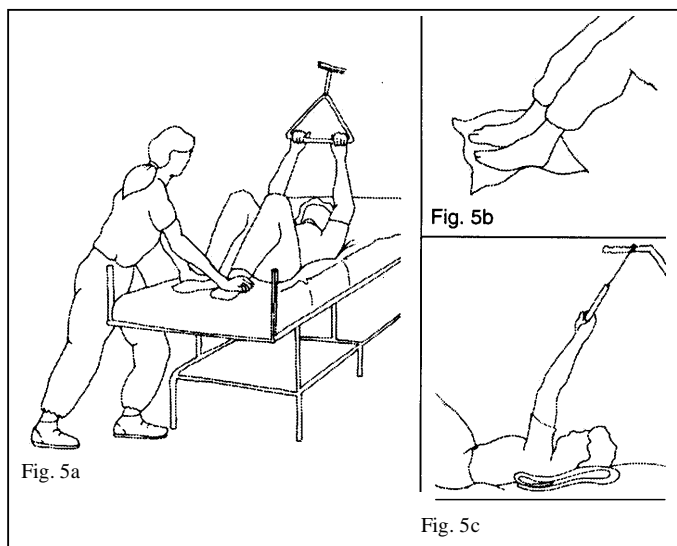


Fig. 5a

Fig. 5b

Fig. 5c

(Figura 5c).

Uma outra maneira de movimentação independente é colocar um plástico deslizante sob o corpo do paciente e pedir que ele realize o

mesmo impulso com os pés (Figura 6).

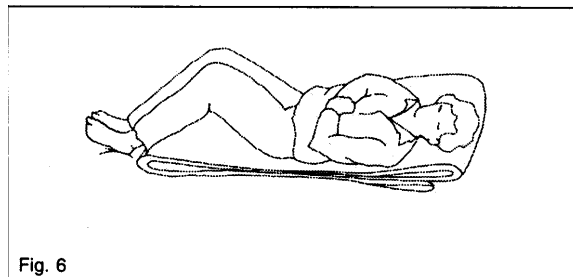


Fig. 6

Quando o paciente não pode colaborar, uma alternativa é seguir os seguintes passos (Figura 7):

- Deixar a cama em posição horizontal
- Colocar um travesseiro na cabeceira da cama
- Colocar um lençol ou plástico deslizante sob o corpo do paciente
- Permanecer duas pessoas, uma de cada lado do leito, e olhando em direção dos pés da cama
- Segurar firmemente no lençol ou plástico e, num movimento ritmado, movimentar o paciente

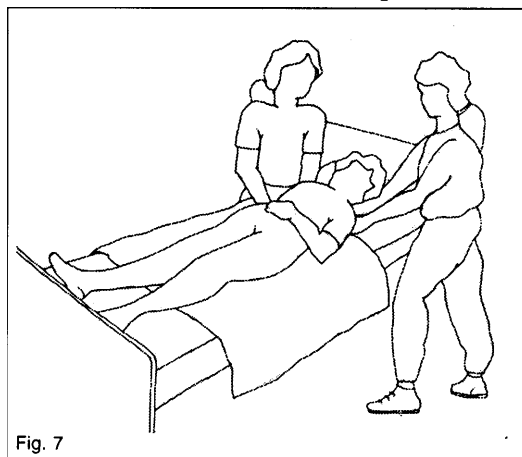


Fig. 7

Se a altura da cama for regulável, pode-se proceder da seguinte maneira (Figura 8):

- Abaixar a altura da cama de tal forma que os trabalhadores de enfermagem possam colocar um joelho na cama e manter a outra perna firmemente no chão
- Segurar o plástico e, de uma forma coordenada, sentar sobre seus calcanhares, movendo ao mesmo tempo o cliente

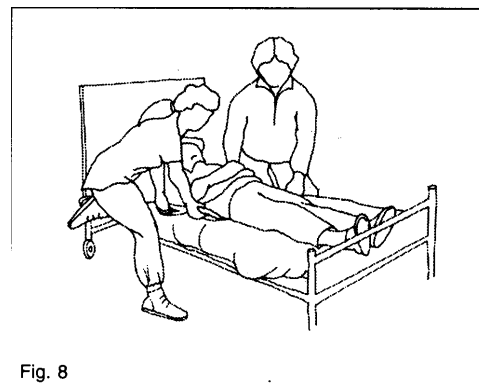


Fig. 8

### 2.4.5 Movimentar o cliente em posição sentada para a cabeceira da cama

O paciente deve ser encorajado a movimentar-se sozinho, com a ajuda de um plástico facilitador de movimentos. Neste caso, o paciente fica sentado sobre o plástico, podendo deslizar com o auxílio de blocos de mão antiderrapantes (Figura 9).

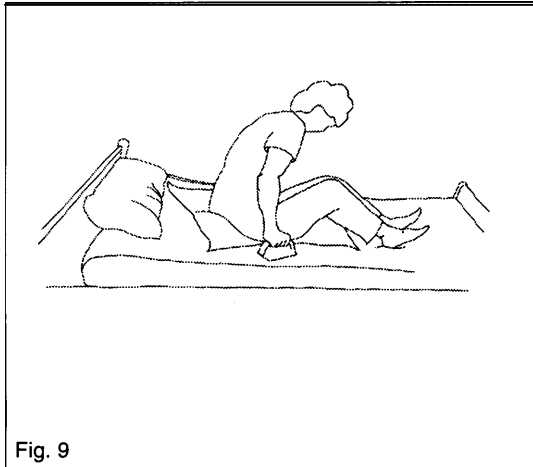


Fig. 9

Ele pode, também, receber a ajuda de uma pessoa, que segura seus pés, estando suas pernas flexionadas. Neste caso, o cliente apóia uma mão de cada lado do corpo e ele próprio dá um impulso, ao endireitar as pernas (Figura 10).

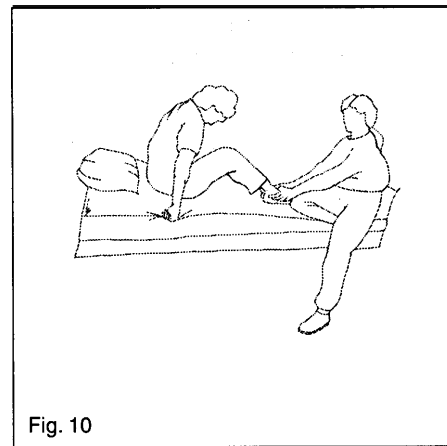


Fig. 10

Quando o paciente não pode colaborar, duas pessoas devem realizar o procedimento. Deve-se também usar um

plástico deslizante e procede-se da seguinte maneira (Figuras 11a e 11b):

- As duas pessoas devem ficar uma de cada lado do leito, olhando na mesma direção
- Abaixar a altura da cama, de uma forma tal que os trabalhadores de enfermagem possam colocar um joelho na cama, mantendo a outra perna firmemente no chão
- Segurar a mão do paciente com uma das mãos e agarrar no local apropriado do plástico com a outra
- Usando movimento coordenado, sentar sobre os calcanhares, movendo, ao mesmo, tempo o cliente. Repetir o procedimento, se for necessário

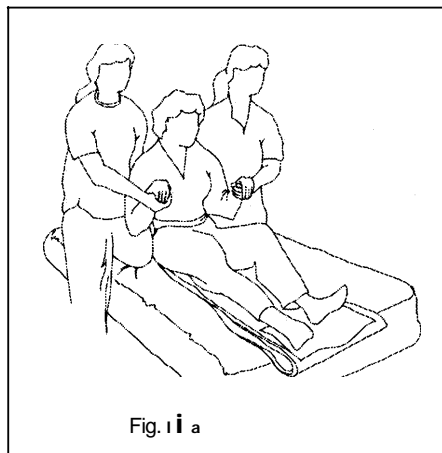


Fig. 11a

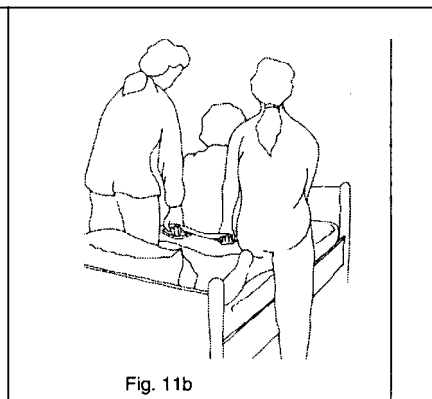


Fig. 11b

### 2.4.6 Sentar o paciente no leito

O cliente deve ser encorajado a sentar-se sozinho, ficando de lado e levantando-se com a ajuda dos braços. Podem-se, também, utilizar materiais simples, como uma corda com nós ou uma escada de cordas que, fixadas nos pés da cama, permitem que o cliente sente sem ajuda (Figura 12).

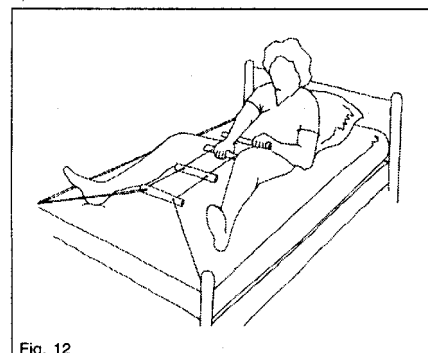


Fig. 12

Quando o cliente é auxiliado por outra pessoa, pode-se fazer da seguinte forma (Figuras 13 a e 13b):

- A pessoa fica de frente para o paciente, colocando um dos seus joelhos ao nível do quadril do

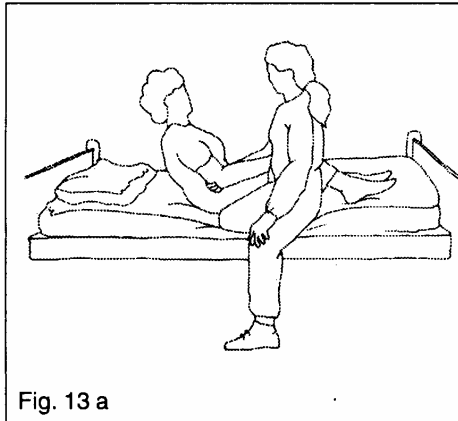


Fig. 13 a

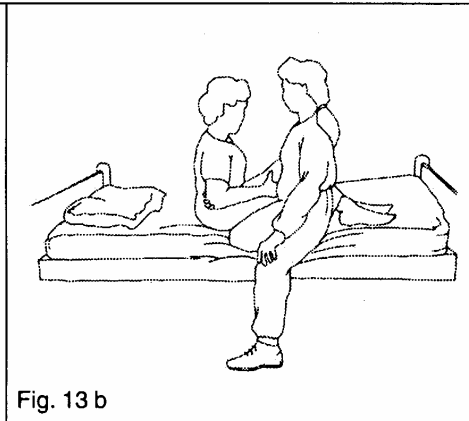


Fig. 13 b

Se o paciente não consegue auxiliar, uma outra alternativa é realizar o procedimento com duas pessoas, da seguinte maneira (Figura 14):

- Permanecer uma pessoa de cada lado da cama, olhando em direção da cabeceira
- Ficar ajoelhada, mantendo o joelho ao nível do quadril do cliente
- Segurar nos cotovelos e trazer o paciente para frente, enquanto senta em seus calcanhares. Pode-se usar, como um auxílio nessa manobra, uma toalha resistente, que é colocada nas costas do paciente

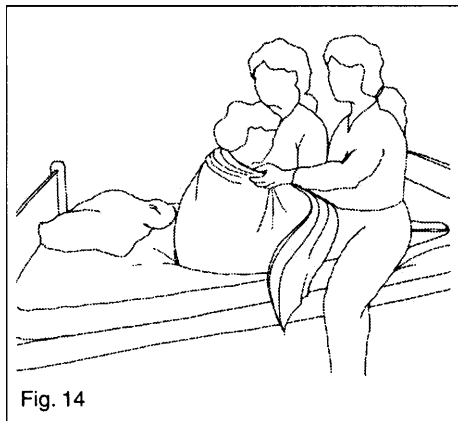


Fig. 14

#### 2.4.7 Sentar o paciente na beira da cama

No caso do cliente estar deitado, seguir os seguintes passos (Figura 15):

- Colocar o paciente em decúbito lateral, sobre um plástico deslizando, e de frente para o lado em que vai se sentar
- Elevar a cabeceira da cama
- Uma pessoa apóia a região dorsal e o ombro do paciente e a outra segura os membros inferiores
- De uma forma coordenada, elevar e girar o paciente até ele ficar sentado

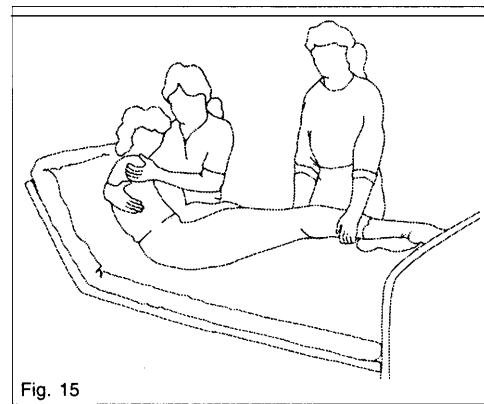


Fig. 15

Uma outra alternativa é levantar o paciente, apoiando no cotovelo, como descrito anteriormente, estando o cliente sobre um plástico deslizando. Depois, mover os seus membros inferiores para fora do leito (Figura 16).

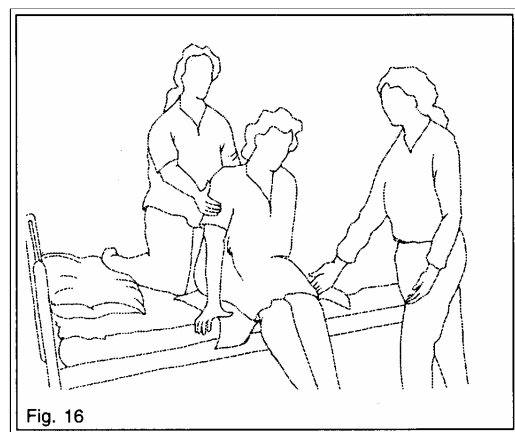


Fig. 16

## 2.5 Transporte de pacientes

O transporte de pacientes deve ser realizado com a ajuda de elementos auxiliares, tais como cintos e pranchas de transferência, discos giratórios e auxílios mecânicos.

### 2.5.1 Auxiliar o cliente a levantar de cadeira ou poltrona

Nesse procedimento, é muito importante selecionar cadeiras ou poltronas de acordo com as necessidades de cada pessoa, levando em consideração a promoção de conforto e independência. Não se deve esquecer também os equipamentos auxiliares, como andadores e bengalas.

Quando o paciente necessita de ajuda, deve-se usar um cinto de transferência e proceder da seguinte maneira (Figuras 17a e 17b):

- Colocar o cliente para a frente da cadeira, puxando-o alternadamente pelo quadril

- Permanecer ao lado da cadeira, olhando do mesmo lado que o paciente

• O cliente deve colocar uma **mão no** braço mais distante da cadeira e a outra é apoiada pela **mão** do trabalhador de enfermagem. Com o outro braço, o trabalhador circunda a cintura do paciente, segurando no cinto de transferência

- Levantar de uma forma coordenada, com movimentos de balanço.

Dependendo das condições do cliente, pode ser necessária a participação de uma outra pessoa, do outro lado da cadeira

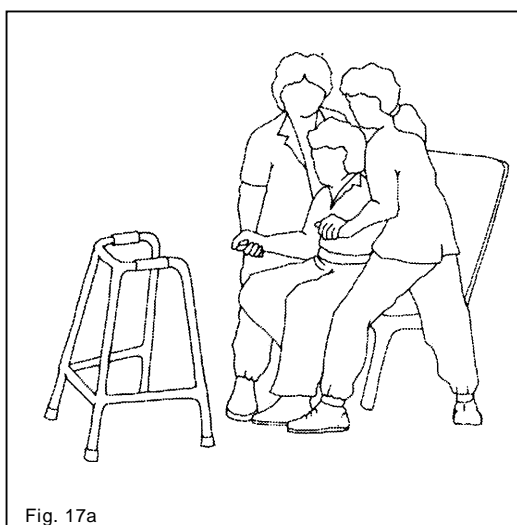


Fig. 17a

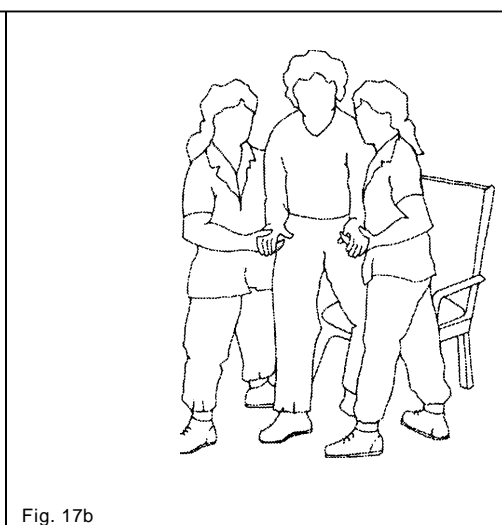


Fig. 17b

### 2.5.2 Auxiliar o cliente a deambular

É importante fazer uma avaliação cuidadosa para verificar se o cliente tem condições de deambular. A pessoa deve permanecer bem próxima do paciente, do lado em que ele apresenta alguma deficiência, colocando um braço em volta da cintura e o outro apoiando a mão. O ideal, nestes casos, é utilizar um cinto especial, colocado na cintura do paciente (Figura 18).

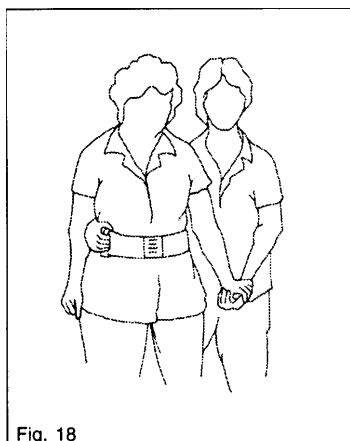
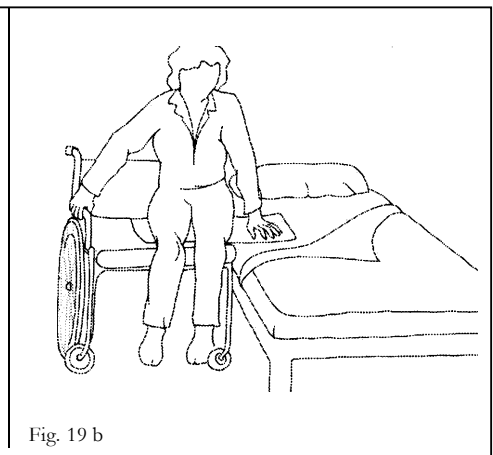
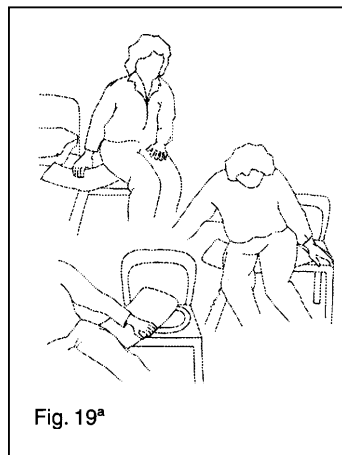


Fig. 18

### 2.5.3 Transferir o cliente do leito para uma poltrona ou cadeira de rodas

O paciente pode executar essa transferência de uma forma independente ou com uma pequena ajuda, utilizando uma tábua de transferência, da seguinte maneira (Figuras 19a e 19b):

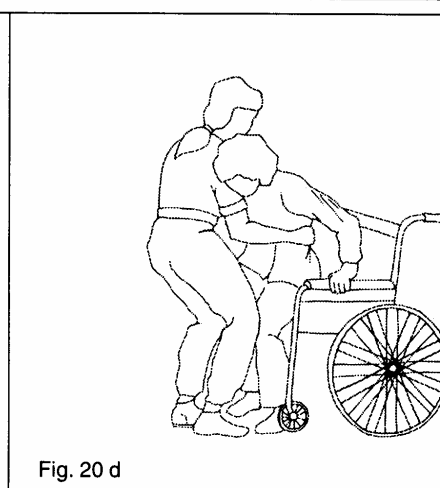
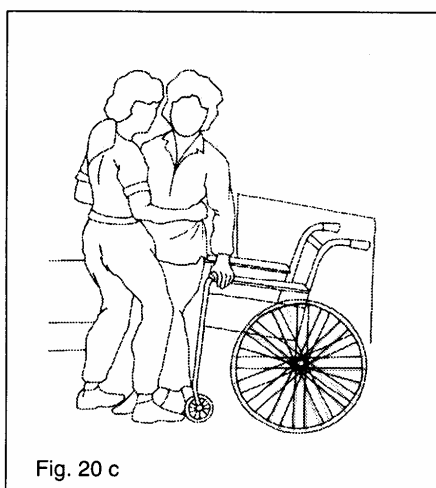
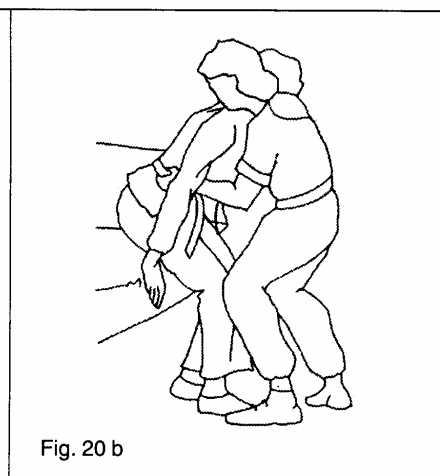
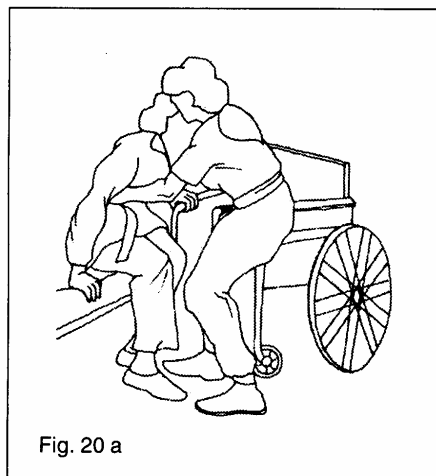
- Posicionar a cadeira próxima à cama. Elas devem ter a mesma altura
- Travar a cadeira e o leito, remover o braço da cadeira e elevar o apoio dos pés
- Posicionar a tábua apoiada seguramente entre a cama e a cadeira



Um outro modo é usar o cinto de transferência, seguindo-se os passos(Figuras 20a, 20b, 20c e 20d):

- Colocar a cadeira ao lado da cama, com as costas para o pé da cama
- Travar as rodas e levantar o apoio para os pés

- Sentar o cliente na beira da cama
- Calçar o cliente com sapato ou chinelo antiderrapante
- Segurar o cliente pela cintura, auxiliando-o a levantar-se, virar-se e sentar-se na cadeira



### 2.5.4 Transferir o paciente do leito para um maca

não existe maneira segura para realizar uma transferência manual do leito para uma maca. Existem equipamentos que devem ser utilizados, como as pranchas e os plásticos resistentes de transferências nesse caso, o paciente deve ser virado para que

se acomode o material sob ele. Volta-se o paciente para a posição supina, puxando-o para a maca com a ajuda do material ou do lençol (Figuras 21a e 21b). Devem participar desse procedimento quantas pessoas forem necessárias, dependendo das condições e do peso do cliente. Nunca esquecer de travar as rodas da cama e do leito e de ajustar sua altura.

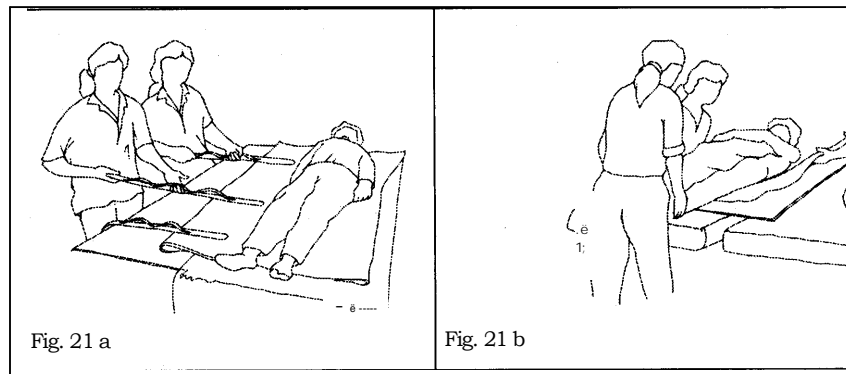


Fig. 21 a

Fig. 21 b

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Organizações e autores internacionais têm procurado despertar a atenção sobre a importância das orientações, com um enfoque ergonômico, sobre os procedimentos de movimentação e transferência de pessoas <sup>1,16,17,22,23,25</sup>. A implementação de treinamentos e reciclagem é parte obrigatória de programas de prevenção de lesões músculo-esqueléticas entre trabalhadores da saúde. Esses procedimentos devem ser aprendidos e praticados de uma forma planejada e sistemática.

Dentro deste contexto, procurou-se colaborar apresentando-se orientações básicas sobre a mobilização e a transferência de clientes dentro de uma abordagem ergonômica.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDRE, N.M.C. **Avaliação de determinados aspectos ergonômicos no transporte de pacientes.** Ribeirão Preto, 1987. 114p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- ALEXANDRE, N.M.C. et al. Aspectos ergonômicos e posturais em centro de material. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 26, n. 1, p. 87-94, 1992.
- ALEXANDRE, N.M.C. **Contribuição ao estudo das cervicodorsolombalgias em profissionais de enfermagem.** Ribeirão Preto, 1993. 186p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- ALEXANDRE, N.M.C. et al. Dores nas costas e enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 30, n. 2, p. 267-85, 1996.
- ARMSTRONG, T.J. et al. Repetitive trauma disorders: job evaluation and design. **Human Factors**, v. 28, n. 3, p. 325-36, 1986.
- BARREIRA, T.H.C. Um enfoque ergonômico para as posturas de trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 17, n. 67, p. 61-71, 1989.
- BELL, F. Ergonomic aspects of equipment. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 24, n. 4, p. 331-7, 1987.
- CHAFFIN, D.B. Occupational biomechanics - a basis for workplace design to prevent musculoskeletal injuries. **Ergonomics**, v. 30, n. 2, p. 321-9, 1987.
- COLLINS, J.W. ; OWEN, B.D. NIOSH Research initiatives to prevent back injuries to nursing assistants, aides, and orderlies in nursing homes. **Am. J. Ind. Med.**, v. 29, n. 4, p. 421-24, 1996.
- DUL, J. ; WEERDMEESTER, B. **Ergonomia prática.** São Paulo, Edgard Blücher, 1995.
- FRAGALA, G. Using ergonomics to prevent back injuries. **Nurs. Manag.**, v. 25, n.10, p. 98-100, 1994.
- GRANDJEAN, E. **Fitting the task to the man.** 4 ed. London, Taylor & Francis, 1988.
- HARBER, P. et al. Importance of non-patient transfer activities in nursing - related back pain. **J. Occup. Med.**, v. 29, n. 12, p. 967-70, 1987.
- HELLSING, A L. et al. Ergonomic education for nursing students. **Int. J. Nurs.Stud.**, v. 30, n. 6, p. 499-510, 1993.
- MARZIALE, M.H. P. **Condições ergonômicas da situação de trabalho do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar.** Ribeirão Preto, 1995. 163p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- NATIONAL BACK PAIN ASSOCIATION. Royal College of Nursing. The **guide to the handling of patients.** London, 1997.
- NATIONAL BACK PAIN ASSOCIATION. **A carer's guide to safer moving & handling of patients.** London, 1998.
- OWEN, B. D. ; GARG, A Back stress isn't part of the job. **Amer. J. Nurs.**, v. 93, n. 2, p. 48-51, 1993.
- RANIERE, T.M. Prevention of cumulative trauma injuries. **AAOHN J.**, v. 337, n. 6, p. 221-4, 1989.
- STUBBS, D.A et al. Back pain in the nursing profession. **Ergonomics**, v. 26, n. 8, p. 755-65, 1983.
- TROUP, J.D.G. ; RAUHALA, H.H. Ergonomics and training. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 24, n. 4, p. 325-30, 1987.
- TUGHY-MAIS, K. **A manual of handling people: a health and safety guide for carers.** Adelaide, Helios Art and Book, 1994.
- UNIVERSITY OF SURREY. Ergonomics Research Unit. **Back pain in nurses: summary and recommendations.** Guildford, 1986.
- VIDEMAN, T. et al. Patient handling skill, back injuries and back pain. **Spine**, v. 14, n. 2, p. 148-55, 1989.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Identification and control of work-related diseases.** Geneva, 1985. (Techn. Rep. Ser. 7144).
- ZELENKA, J. P. et al. Minimal forces to move patients. **Am. J. Occup. Ther.**, v. 50, n. 5, p. 354-61, 1996.

# Dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à ordem de não ressuscitar

*Ethical dilemmas of a nursing team before the order for not resuscitating*  
*Dilemas éticos de un equipo de enfermería instruida como para no resucitar*

Maria Tereza Soratto\*  
Francini Silvestrini\*\*

**RESUMO:** Estudo com abordagem qualitativa, descritiva, foi desenvolvido com 5 profissionais da equipe de enfermagem, que atuam na UTI de um hospital de médio porte da região do extremo sul catarinense. Teve como objetivo analisar os dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à ordem de não ressuscitar (ONR). A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semi estruturada, no período de junho a julho de 2010. A presente pesquisa estimula os profissionais a repensarem os seus dilemas éticos diante de uma ONR; ela nos obriga a revermos principalmente como equipe de saúde, qual será a melhor estratégia para o bem estar do paciente. O estudo da bioética, enfermagem e a Ordem de Não Ressuscitar pode nos trazer mais questionamentos e dúvidas pertinentes ao tema do que certezas, mas a reflexão do processo de cuidar deve ser prática cotidiana, é necessário refletir sobre nossas ações e concepções, refletir sobre o processo de trabalho e do cuidar terapêuticamente exercido pela equipe de saúde, refletir sobre a ética do cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Bioética. Unidades de Terapia Intensiva. Enfermagem.

**ABSTRACT:** Study with a qualitative, descriptive, approach developed with five professional female nurses who work in the ICU of a midsize hospital in the southern region of Santa Catarina aimed at analyzing the ethical dilemmas of the nursing staff before a Non Resuscitate Order (ONR). Data collection was done through semi structured interviews from June to July 2010. This research encourages practitioners to rethink their ethical dilemmas facing an ONR, and it makes us to review, as a health team, which is the best strategy for the welfare of the patient. The study of bioethics, nursing and Do Not Resuscitate Orders can bring us more questions and doubts concerning the subject of certainties, but the reflection on the care process should be a daily practice, and it is necessary to reflect on our actions and ideas, on the process of labor and therapeutic care offered by the health team, a reflection on the ethics of care.

**KEYWORDS:** Bioethics. Intensive Care Units. Nursing.

**RESUMEN:** Estudio cualitativo y descriptivo desarrollado con cinco mujeres profesionales de enfermería que trabajan en la UCI de un hospital de tamaño mediano en la región sur de Santa Catarina. El objetivo fue analizar los dilemas éticos del personal de enfermería delante la decisión de no resucitar (ONR). La colecta de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas en el período de junio a julio de 2010. La presente investigación anima a los profesionales a reflexionar sobre los dilemas éticos delante una ONR, especialmente en cuanto equipo de salud, en cuanto a cual es la mejor estrategia para el bienestar del paciente. Aunque el estudio de la bioética, la enfermería y la Orden de No Resucitar puede traernos más cuestiones y dudas sobre el tema de las certezas, la reflexión acerca del proceso de atención debe ser una práctica diaria, y es necesario reflexionar acerca nuestras acciones e ideas, el proceso de trabajo y la atención terapéutica ofrecida por la equipo de salud, una reflexión acerca la ética del cuidado.

**PALABRAS-LLAVE:** Bioética. Unidades de Cuidados Intensivos. Enfermería.

\* Mestre em Educação. Especialista em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública. Professora da disciplina Ética e Deontologia do curso de Enfermagem. Professora do curso de Fisioterapia da UNESC. E-mail: guiga@engeplus.com.br; guiga@unesc.net

\*\* Acadêmica da 8ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC – Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina. E-mail: francinis\_@hotmail.com



## INTRODUÇÃO

Durante a vida profissional podemos observar que somos envolvidos por aspectos positivos e negativos de todas e quaisquer decisões ou ações que tomarmos quanto ser humano; diante dessas ações surge valores, a qual define-se como ética. Então, “ética é o estudo, a análise, a discussão moral do agir humano em determinada realidade” (p. 237)<sup>1</sup>.

Podemos concluir então que existe um dilema ético, quando existe preposições distintas com duas possibilidades de escolha sendo essa difícil para qual optar, gerando assim dúvidas quanto adequação moral<sup>1</sup>. Neste sentido observamos que a ética envolve diversos fatores referente ao valor da ação humana, seja ela uma ação consciente, racional, e mais importante com liberdade de escolher e executar suas ações e pensamentos<sup>1</sup>. Portanto, sabendo que a ética norteia todo o sentido da vida é que se faz necessário um reflexão em diversos setores da sociedade, dentre eles encaixa-se a ciência da saúde, a qual destaca-se a bioética. Diante das situações muitos outros conflitos envolvendo a “dignidade” humana podem surgir, como aborto, fecundação artificial, clonagem, Ordem de Não Ressuscitar (ONR), dentre outros. Atualmente um dos assuntos que vem chamando atenção principalmente em âmbito hospital, nas unidades prestadoras de cuidados terapêuticos como as UTI, são as Ordem de não Ressuscitar (ONR), na qual

são instrumentos que podem ser empregados por médicos, pacientes, familiares e instituições de saúde, através de formulários próprios e que tem o objetivo de orientar o não início das manobras de ressuscitarão cardiopulmonar nos casos que não houver benefício clínicos comprovados (p. 1)<sup>2</sup>.

Perante a situação as ONR ainda causam dúvida nos pacientes e familiares que são expostos a tal fato. A fim de analisar e entender esses aspectos fez-se necessário este estudo para mostrar o olhar clínico da equipe de enfermagem, com intuito de identificar seus medos, dificuldades, preservando sempre o seu valor pessoal. Nesse sentido, o presente estudo tem o objetivo de identificar quais dilemas éticos a equipe de enfermagem demonstra frente as Ordem de não ressuscitar (ONR) na UTI de um Hospital de Médio Porte da Região Sul Catarinense. Tem-se como questão norteadora: Quais os dilemas éticos da

equipe de enfermagem frente as Ordem de não ressuscitar (ONR) na UTI de um Hospital de Médio Porte da Região Sul Catarinense?

## REVISÃO DA LITERATURA

Atualmente ética em enfermagem vem sendo questionada em diversos concursos públicos pelo Brasil inteiro, no entanto esse assunto vem preocupando desde tempo de Demócrito a qual cita “a ética antiga analisava o conceito da personalidade perfeita, representava um bem supremo. E os maiores pensadores trataram o problema ético como tema central de suas preocupações” (p. 23)<sup>3</sup>. Em uma das áreas da saúde que a ética sempre esteve envolvida principalmente no processo de vida e morte é com a enfermagem. “Com a evolução e a diversificação das praticas no setor saúde, emerge a particularidade de diferentes ações profissionais, entre as quais, os de enfermagem, que por sua vez fundamenta-se em valores distintos (p. 243)<sup>1</sup>.

O enfermeiro pode ser convocado a responder pelos seus atos ou de um outro profissional de enfermagem, a ele subordinado, quando dos mesmos resultarem quaisquer danos ou prejuízos, seja de ordem física ou moral, ou ambas, porque se tornaram co-autores (p. 77)<sup>4</sup>.

Hoje em dia, o aumento da expectativa de vida e sobrevida dos indivíduos, que sofrem algum tipo de doença crônica vem gerando dúvidas; perante o avanço tecnológico e aperfeiçoamento da medicina a bioética, “[...] tem sido muito discutida nas questões de humanização e bem-estar total nas relações interpessoais e de cuidado” (p. 69)<sup>5</sup>. O dilema com tratamentos que aumentam a expectativa de sobrevida, geram conflitos, pois trata-se de vida, aonde englobam fatores a serem pensados, quando envolve dimensões da morte, como o morrer, a dor e o sofrimento<sup>5</sup>.

“O cuidado com a dor e o sofrimento humano figura no grande desafio a ser trabalhado pela área da saúde e um dos objetivos centrais da filosofia dos cuidados paliativos” (p. 69)<sup>5</sup>. A ORN podem ser entendidas como formulários que auxiliam médicos, pacientes, familiares e instituições de saúde, para o não início das manobras de ressuscitarão cardiopulmonar (RCP), quando o quadro clínico do paciente apontar nenhum benefício para o mesmo<sup>2</sup>. Uma parada cardiorrespiratória pode ser entendida “ como a

cessação da funcionalidade mecânica do coração confirmada pela ausência de sinais de circulação, sendo essa uma das principais causas de morte súbita” (p. 354)<sup>6</sup> Atualmente percebe-se um grande confronto entre serviços de saúde e pacientes/familiares, perante as ORN; elas são de grande confusão, gerando assim um mal entendimento diante dos pacientes e familiares. Aos inserirmos o valor ético sobre as ORN, observamos o sentido proposto pelo Vaticano, “no que se refere à dignidade do paciente terminal, destaca a sacralidade e a inviolabilidade da vida humana em todas as suas fases e em qualquer situação em que se encontre”(p. 2)<sup>2</sup>. Existe também a futilidade terapêutica “é definida como a utilização de meios desproporcionais no tratamento dos pacientes e conduz, muitas vezes, a situações inaceitáveis sob o ponto de vista clínico e ético” (p. 2)<sup>2</sup>. Um dos critérios que podem ser utilizados nas ORN é

o emprego de esforços desnecessários, de custo muitas vezes elevados e o consequente trauma físico e emocional ao paciente e seus entes próximos, é duvidoso, marginal ou sem valor em pacientes que estão em fase terminal de doenças progressivas e fatais, onde não existem mais recursos terapêuticos para cura ou aumento da sobrevida (p. 2)<sup>2</sup>.

A partir dos anos 90 começou a ser incluso as decisões familiares e de paciente em seus casos clínicos; assim iniciou um confronto perante a sua autonomia, afirmando-se assim que cada paciente tem o direito de escolher o que é melhor para ele, se vai seguir ou não o tratamento, sendo que o estado não deva interferir de forma alguma na decisão a ser escolhida<sup>2</sup>. Um outro sentido para fundamentos éticos, é a vida em serviço da liberdade, todos somos livres e temos que de alguma forma aceitar a natureza humana.

Não é eticamente aceitável a decisão de dispor de tratamentos que possam salvar a vida. O paciente deve ter o direito de poder escolher, entre os vários tratamentos propostos, aquele que mais se aproxima do ideal para ele, avaliando e sendo esclarecido sobre os riscos e benefícios de cada um (p. 2)<sup>2</sup>.

Existem benefícios potenciais da implantação das ORN, as quais podem ser: evitar a futilidade e todo o sofrimento que ela acarreta; orientação dos profissionais que atendem o doente durante a PCR; não uso de vagas nas

unidades de terapia intensiva por doentes sem benefício; redução dos custos com procedimentos desnecessários; tomar claro o conceito de proporcionalidade terapêutica<sup>2</sup>. Posteriormente podemos abordar algumas dificuldades da implantação das ordens de não ressuscitar, com isso citamos: ausência de conceitos claros sobre o significado de futilidade terapêutica e ORN; risco de diminuir a atenção a outras necessidades mínimas do paciente; dificuldade dos médicos em conversar sobre a morte com pacientes e familiares; ausência de normas em centro cirúrgico e UTI sobre as ORN; diminuir a esperança dos pacientes em relação ao seu tratamento; generalização desse instrumento em nome da autonomia sem limites<sup>2</sup>. Enquanto aos envolvidos nas ORN, podemos concluir que o médico, paciente e familiares são os grandes protagonistas; neste caso a enfermagem surge como intermediador em certos momentos, pois consegue captar melhor o desejo dos pacientes devido ao contato constante com o mesmo. Existe ainda hoje uma grande discussão em relação ao paciente participar ou não dessa decisão, mas sabemos também que um dos principais objetivos das ORN é respeitar a autonomia do mesmo, sendo que ele deva participar de qualquer decisão que envolva a sua pessoa<sup>2</sup>. Então devemos ressaltar os conflitos que podem existir nas ORN; primeiro pode acontecer no momento da tomada de decisão, e isso pode acontecer entre pacientes e familiares, familiares e médicos, médicos e pacientes, geralmente isso ocorre devido a falta de comunicação correta entre os envolvidos; segundo envolve situações relacionadas as ORN, pois, a partir do momento que é instituído as ORN, essas devem ser atualizadas diariamente de acordo com o caso clínico de cada paciente<sup>2</sup>. Por fim,

as ORN tem importantes implicações éticas. A sua complexidade impediu que até hoje fossem universalmente aceitas na prática médica. empregá-las sem critérios bem estabelecidos podem trazer riscos eticamente inaceitáveis. O respeito à dignidade da pessoa humana é o valor mais importante e com base nele é que todas as decisões devem ser tomadas (p. 2)<sup>2</sup>.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, do tipo descritivo e de campo. Participaram da entrevista 5 profissionais da área de enfermagem, com enfermeiros e téc-

nicos que atuavam a mais de 1 ano no setor da UTI. A UTI envolvida no estudo, possui 9 leitos, caracterizando-se por atendimento a pacientes adultos em estado crítico. A coleta de dados foi realizada no período de junho a julho de 2010, com realização de entrevista semiestruturada, após Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As questões das entrevistas foram dirigidas no sentido de identificar os dilemas éticos e sentimentos da equipe de enfermagem frente à Ordem de Não Ressuscitar (ONR), realização de anotações no prontuário; discussão da ONR com os familiares e a reflexão e sugestões da equipe de enfermagem sobre a temática.

A análise das informações foi realizada pelo processo de categorização dos discursos dos profissionais<sup>7</sup>.

Durante o desenvolvimento do estudo, foi garantido o anonimato dos entrevistados, conforme normas da resolução 196/96<sup>8</sup>. A digitação das respostas dos entrevistados foi fiel ao mencionado, identificando os sujeitos como e1, e2, e3, respectivamente. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, com o registro de número 124/2010.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Caracterização da equipe de enfermagem

Os participantes do estudo possuem idade entre 28 a 35 anos, trabalhando no setor a mais de 1 ano, sendo 3 do sexo feminino e 2 do masculino; 2 são enfermeiros e 3 técnicos de enfermagem.

### Os dilemas da equipe de enfermagem

Em relação aos dilemas éticos e sentimentos da equipe de enfermagem, os profissionais em sua maioria são a favor das ONR (e1; e2; e5); sendo pouco aceita pelos médicos inerentes as dificuldades com a perda (e1; e3).

Os dilemas aumentaram a partir do desenvolvimento de novas tecnologias, que compeliu o profissional de enfermagem a refletir acerca dos seus riscos e benefícios (p. 18)<sup>9</sup>.

A eutanásia passiva é a morte do paciente que ocorre dentro de uma situação de “terminalidade”, a qual se caracteriza pela ausência de possibilidades terapêuticas. Caracteriza-se por omissão de condutas terapêuticas que prolongariam a vida humana, não se iniciando uma ação médica, como o caso de não utilizar um ventilador me-

cânico, que simplesmente prolongaria a vida do paciente. O paciente continua recebendo tratamento para alívio da dor e os profissionais respeitam o processo natural de morte, provendo todo o suporte terapêutico possível<sup>10</sup>.

Para o profissional e4, os dilemas éticos enfrentados em relações as ONR são relacionados ao:

*Desejo do paciente de morrer ou não; sofrimento pelo paciente; Ortotanásia. (e4)*

A Ortotanásia tem o sentido de morte digna, sem abreviações desnecessárias e sem sofrimentos adicionais, morte em seu tempo certo é a arte de morrer bem, naturalmente, com dignidade e sem sofrimento. Simbolizada pela humanização da morte, alívio das dores e não incorre em prolongamentos abusivos<sup>10</sup>.

Os profissionais e3 e e4, referem a perda e sofrimento do familiar como dilemas éticos e sentimentos pessoais frente as ONR, como mencionado:

*Prolongar o sofrimento, aumentando lesões teciduais, quando permanece muito tempo acamado, sentimento por parte da família cuidadora. (e4)*

O sentimento de piedade em relação ao paciente fora de possibilidade terapêutica possibilita a aceitação das ONR, conforme as falas descritas:

*Sempre há um sentimento de piedade em relação as ONR, mas se não tem mais o que fazer em relação a isso, não tem porque deixa-lo sofrer. (e2)*

*Concordo quando o prognóstico é muito ruim, ou seja, quando o tratamento se torna paliativo e o paciente perante seu quadro não tem mais chances de sobrevivência, só prolonga sofrimento. (e5)*

A mais recente definição da OMS estabelece que cuidados paliativos é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente a problemas associados à doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais<sup>11</sup>.

Segundo e1, o mesmo refere não possuir dilemas referentes ao tema.

A equipe de enfermagem tem boa aceitação da ONR, nos casos de pacientes em fase terminal e sofrimento (e1; e2; e3; e5) conforme descrito:

*Boa aceitação, pois conhecem quando o paciente não tem perspectiva de melhora e ficamos prolongando o sofrimento (distanásia). (e1)*

*Muito bem, para que prolongar o sofrimento? (e3)*

O prolongamento do sofrimento, através da obstinação terapêutica é considerado distanásia. A distanásia significa morte lenta com grande sofrimento, sendo conhecida como um modo de adiar a morte tornando-a um processo lento, prolongando a vida quando não há mais esperanças. Caracterizada pelo prolongamento exagerado e inútil da agonia, do sofrimento de um paciente, no qual não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer, por meio de intervenções, ações e condutas terapêuticas<sup>10</sup>.

### **As anotações no prontuário**

Para o profissional e4 a aceitação da ONR depende da situação de cada paciente.

Ressaltamos que a maioria dos profissionais entrevistados referem que não são realizadas anotações no prontuário sobre ONR (e1; e2; e3).

Para e4, são realizadas somente anotações no prontuário referente a [...] *assistência de enfermagem ao paciente (e4)*.

Já para e5, as anotações no prontuário sobre as ONR, são realizadas, mas [...] *não especificamente nessas palavras*.

Destaca-se que por referir-se à condição ou estado de paciente ou à assistência de enfermagem prestada, que são fatos relevantes, a anotação do prontuário pode tornar-se fato jurídico por intercorrências, acidentes, denúncias<sup>4</sup>.

### **A ONR e os familiares**

Perante as respostas dos profissionais e2; e3; e4, as ONR [...] *são discutidas com os familiares*. Para e1, as ONR [...] *são muito pouco discutidas pelos familiares (e1)*.

Para e5, *dependendo do medico de sobreaviso as ONR, são debatidas juntamente com os familiares*.

Como sugestões ao tema, a equipe de enfermagem refere a importância da discussão sobre as ONR, entre equipe de saúde e principalmente com familiares, conforme manifestado nas falas:

*Ser mais discutido entre os colaboradores e médicos e principalmente com os familiares. (e1)*

*É sempre interessante discutir sobre isso, mas principalmente com familiares nesta situação. (e2)*

*Eu sugiro que a ordem deveria ser tomada pela família, juntamente com a equipe. Onde o medico e a enfermeira*

*devera deixar a família ciente que a ressuscitarão apenas prolongará o sofrimento do mesmo e que o óbito não esta descartado. (e5)*

Os fatores que influenciam a tomada de decisão em momentos complicados para a resolução de dilemas éticos relacionados à reanimação são: o esclarecimento da família e do paciente, a postura coerente dos profissionais de saúde envolvidos e ainda a observação dos princípios bioéticos. Cuidar de pacientes em situação crítica exige muito mais do que conhecimentos técnico-científicos, requer a compreensão a fundo de sua individualidade, a partir de um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana contribuindo com o processo de humanização dos cuidados<sup>12</sup>.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa estimula os profissionais a repensarem os seus dilemas éticos diante de uma ONR; ela nos obriga a revermos principalmente como equipe de saúde, qual será a melhor estratégia para o bem estar do paciente. É de extrema importância identificar quais são as possibilidades terapêuticas do paciente, e evitar dessa forma a futilidade terapêutica.

A inexistência de protocolos frente ao paciente terminal – fora de condições terapêuticas, é uma preocupação nos ambientes de UTI, pois ocasiona dilemas éticos a equipe de saúde.

A partir das reflexões realizadas sobre a ONR reporta-se ao final desta pesquisa com outros questionamentos: quais os dilemas e conflitos éticos que a equipe de saúde enfrenta no processo de morte e morrer do paciente frente à distanásia, futilidade e obstinação terapêutica, ortotanásia e eutanásia? O que é morte? Como os profissionais enfermeiros se relacionam com o processo de morte e morrer? Até quando prolongar a Vida? E quando o tratamento causa mais sofrimento do que benefício? Como um profissional de saúde que atua em UTIs, tendo em suas mãos a alta tecnologia, deve agir com os pacientes fora de possibilidades terapêuticas e suas famílias na fase de terminalidade? Na prática hospitalar cotidiana é possível ao enfermeiro detectar, se seus cuidados estão prolongando a vida ou adiando a morte do paciente? De que forma estamos nos preparando enquanto seres humanos, para os dilemas éticos que permeiam a prática profissional de enfermagem? Quais os valores, crenças e

atitudes que orientam a equipe de enfermagem no processo de cuidar?

A bioética é uma questão que envolve a vida; ela nos orienta a refletir, principalmente quando se trata de vida e morte; o que seria melhor para o paciente? Essa é a pergunta que clama por respostas. A vida é um bem sublime, todos nos almejamos e desejamos cada dia mais vivê-la intensamente; já a morte todos nós temos receio de enfrentá-la, devido ao desconhecido, ao inesperado. Mas temos a certeza que esse será o destino de todos, e o que podemos fazer é proporcionar um bem estar maior na hora da “partida”, proporcionando uma boa morte sem dor e sofrimento.

Deixamos aqui uma questão, na qual a temática sobre a ONR deveria ser mais discutida entre os profissionais de saúde. A ONR deveria ser encarada como uma forma de diminuir o sofrimento da pessoa acometida e não como uma forma de induzir a morte. Sugerimos que principal-

mente nas UTI que tratam especificamente de pacientes críticos, se aborde mais essa questão de ONR, através da educação continuada a fim de sensibilizar os componentes da equipe de saúde para a reflexão bioética.

O estudo da bioética, enfermagem e a Ordem de Não Ressuscitar pode nos trazer mais questionamentos e dúvidas pertinentes ao tema do que certezas, mas a reflexão do processo de cuidar deve ser prática cotidiana, é necessário refletir sobre nossas ações e concepções, refletir sobre o processo de trabalho e do cuidar terapêuticamente exercido pela equipe de saúde, refletir sobre a ética do cuidado. O que fazer quando não a mais nada a fazer? O cuidado advém como bálsamo da alma e do espírito. O cuidado humanizado, a integralidade no cuidar, o cuidado solidário entre todos os integrantes da equipe de saúde a pacientes e familiares surge como um novo direcionamento ético ao cuidado terapêutico na qualidade de vida na morte.

## REFERÊNCIAS

1. Tocantins FR, Silva TJES, Passos JP. Ética da Enfermagem. In: Figueiredo NMA. Fundamentos Conceitos, Situações e exercícios – Práticas de Enfermagem. São Paulo: Yendis; 2005.
2. Urban CA, et al. Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2001 Set [acessado 11 Jun 2010];47(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000300037&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000300037&lng=pt&nrm=iso)
3. Medeiros GR. A ética e o ensino de ética na enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez; 1984.
4. Oguisso T. Responsabilidades ética e legal do profissional de enfermagem. In: Oguisso T, Zoboli E, organizadores. Ética e Bioética: desafios para enfermagem e saúde. São Paulo: Manole; 2006.
5. Pontes AC, Espíndula JÁ, Do Valle ERM, Santos M. Bioética e profissionais de saúde: algumas reflexões. Rev Bioethikos [Internet]. 2007 [acessado 11 Jun 2010];1(1):68-75. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/Bioetica\\_e\\_profissionais.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/Bioetica_e_profissionais.pdf)
6. Moreira-Silva EAS, et al. Assistência a Parada Cardiorrespiratória: Significado para equipe de enfermagem. Rev Recenf. 2009;7(23):353-62.
7. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2009.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa com seres humanos. Resolução 196/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
9. Vieira TR. Bioética e Enfermagem: uma análise interdisciplinar. In: Malagutti W. Bioética e enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro (RJ): Editora Rubio; 2007.
10. Fernandes MFP, Freitas GF. Processo de morrer sob a ótica da ética. In: Oguisso T, Zoboli E, organizadores. Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. São Paulo: Manole; 2006.
11. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Cad Saude Publica [Internet]. 2006. Out [acessado 06 Jul 2010];22(10):2055-66. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001000011&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000011&lng=pt)
12. Santana JC. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem. Rev Bioethikos [Internet]. 2009;3(1):77-86. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>

Recebido em: 6 de julho de 2010.  
Aprovado em: 10 de setembro de 2010.

## INTERNAÇÃO POR ORDEM JUDICIAL: DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS

Mara Ambrosina de Oliveira VARGAS<sup>a</sup>, Flávia Regina Souza RAMOS<sup>b</sup>, Dulcinéia Ghizoni SCHNEIDER<sup>c</sup>, Nadir SCHNEIDER<sup>d</sup>, Alessandra Ceci dos SANTOS<sup>e</sup>, Sandra Maria Cezar LEAL<sup>f</sup>

### RESUMO

Pesquisa qualitativa, cujo objetivo foi descrever as situações vivenciadas e os dilemas éticos dos enfermeiros no percurso de encaminhamento e recebimento, por ordem judicial, de pacientes com indicação de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foi efetivada entrevista parcialmente estruturada com 10 enfermeiros, que atuam em UTI e 10 que atuam em emergência de hospitais públicos e privados da região metropolitana de Porto Alegre, Brasil. Os dados foram submetidos à análise temática. Os resultados indicam que os enfermeiros vivenciam dilemas éticos consequentes aos problemas de superlotação das UTI e das emergências, da precária tecnologia especializada, da orientação quanto ao benefício concedido pela lei. Concluiu-se que é fundamental a participação dos enfermeiros em debates que possibilitem mapear as diferentes instâncias que têm promovido esta situação, muitas vezes caótica.

**Descritores:** Enfermagem. Assistência à saúde. Ética. Unidades de terapia intensiva. Hospitalização.

### RESUMEN

*Investigación cualitativa cuyo objetivo fue describir las situaciones vividas y los dilemas éticos de los enfermeros en el transcurso del envío y recibimiento por orden judicial de pacientes con indicación de internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se realizó una entrevista parcialmente estructurada con 10 enfermeros que actuaban en la UCI y 10 que actuaban en Emergencias de hospitales públicos y privados de la región metropolitana de Porto Alegre, Brasil. Los datos fueron analizados según el Análisis Temático. Los resultados indican que los enfermeros experimentan dilemas éticos consiguientes problemas de hacinamiento en emergencia y UCI, especialista en tecnología pobre, la orientación en cuanto a los beneficios establecidos por la ley. Se concluye que es fundamental la participación de los enfermeros en debates que possibiliten mapear las diferentes instancias que han promovido esta situación muchas veces caótica.*

**Descriptor:** Enfermería. Prestación de atención de salud. Ética. Unidades de cuidados intensivos. Hospitalización.

**Título:** Internación por orden judicial: dilemas éticos vividos por enfermeros.

### ABSTRACT

*A qualitative study aimed at describing the situations experienced and the ethical dilemmas of nurses in the process of referring and receiving hospitalized patients by court order who require admission to the Intensive Care Unit (ICU). A partially structured interview was conducted with 10 nurses who worked in the ICU and 10 who worked in the Emergency Room (ER) in public and private hospitals in the metropolitan area of Porto Alegre, Brazil. The data was analyzed following the Semantic Analysis. The results indicated that nurses experienced ethical dilemmas associated with problems of overcrowding in emergency rooms and ICUs, poor specialized technology and orientation as to the benefits provided by law. We concluded that it is essential for nurses to participate in discussions that allow the planning of the different instances that have been promoting this often chaotic situation.*

**Descriptors:** Nursing. Delivery health care. Ethics. Intensive care units. Hospitalization.

**Title:** Hospitalization by court order: ethical dilemmas experienced by nurses.

- a Enfermeira, Doutora em Filosofia em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Departamento e Programa de Pós-graduação em Enfermagem (UFSC). Pesquisadora e Vice líder do Grupo de Pesquisa PRÁXIS/UFSC – trabalho, cidadania, saúde e Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil.
- b Enfermeira, Doutora em Filosofia em Enfermagem (UFSC). Professora do Departamento e Programa de Pós-graduação em Enfermagem (UFSC). Pesquisadora (CNPq) e Líder do Grupo de Pesquisa PRÁXIS/UFSC. Florianópolis, SC, Brasil.
- c Enfermeira, Doutora em Filosofia em Enfermagem (UFSC). Professora da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Membro do Grupo de Pesquisa PRÁXIS/UFSC. Diretora do Centro de Estudos e Pesquisas da ABEN- Seção SC. Florianópolis, SC, Brasil.
- d Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Atua na UTI Hospital Regina/Novo Hamburgo e na Emergência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo. Novo Hamburgo, RS, Brasil.
- e Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela UNISINOS. Atua na UTI Hospital Regina/Novo Hamburgo. Novo Hamburgo, RS, Brasil.
- f Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente da UNISINOS. Membro do Grupo de Estudo em Saúde Coletiva (GESC)/UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade especializada no atendimento de pacientes graves ou potencialmente graves, que conta com uma assistência médica e de enfermagem contínua e especializada e dispõe de equipamentos diferenciados para tal atendimento<sup>(1)</sup>.

O censo realizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), em 2009, referenda recomendações do Ministério da Saúde, ao indicar a necessidade de 4 a 10% de leitos de UTI do total de leitos hospitalares (o que corresponde a 1-3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes). O Brasil conta com 25.367 leitos de UTI distribuídos em 2.342 UTI, em 403 municípios, mas esta distribuição é desigual. O resultado é um insuficiente índice de cobertura de leitos *versus* população em 51,9% das unidades federativas (menos de 1 leito de UTI para cada 10 mil habitantes). No Rio Grande do Sul conta-se com 1,7 leitos para cada 10 mil habitantes, mas 39,5% das UTI encontram-se em instituição privada, 33,5% em hospitais filantrópicos e 25,2% pertencem a hospitais públicos<sup>(2)</sup>.

Os profissionais da saúde constatarem em seu cotidiano que a demanda por leitos de UTI é muito maior que a oferta, o que torna o atendimento aos pacientes graves cada vez mais distante do cuidado humanizado e de excelência. Humanizar, neste caso, é tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, seguindo a premissa de que todo paciente tem direito a um atendimento qualificado, à dignidade pessoal e à informação clara<sup>(1)</sup>.

A inviabilidade crescente de disponibilizar tecnologia à serviço da vida e da saúde dos usuários do sistema público de saúde é uma importante forma de desumanização<sup>(1)</sup>. A consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é processual e contínua e um grande desafio se refere a concretização dos princípios éticos interligados aos seus princípios operacionais<sup>(3)</sup>.

Os artigos 196 e 197 da Constituição Federal de 1988 referem que a saúde e a sua recuperação está assegurada igualmente a todos os cidadãos, o que deve ser garantida pelo Estado e União por meio do SUS<sup>(4)</sup>. Portanto, nos casos de indisponibilidade de vaga hospitalar no serviço público é responsabilidade do gestor providenciar leito do SUS em serviço privado, garantindo assim o direito à recuperação da saúde dos cidadãos. Para tal foram criadas as políticas e estratégias que abrangem tanto a questão da Regu-

lação de Leitos do Estado, como da Vaga Zero e da Internação por Ordem Judicial, com o propósito de diminuir e auxiliar no processo de procura por vagas<sup>(5)</sup>.

As internações por decisões judiciais ocorrem quando o município ou o Estado não possui condições ou meios de garantir uma assistência adequada ao paciente grave ou gravíssimo, em situações de urgência/emergência que representam risco à vida deste indivíduo. Nesta circunstância, ciente da gravidade do seu familiar e da necessidade de um leito em outro centro, a família recorre ao Ministério Público ou ao seu advogado para proceder ou deferir uma liminar. Esta é uma ação contra o município e o Estado encaminhada à Central de Leitos do Estado, buscando um leito de UTI<sup>(6)</sup>.

A reivindicação da sociedade e dos profissionais da saúde por mais leitos em UTI nos estabelecimentos de saúde não é um fato recente e também atinge os profissionais da saúde. A gravidade dos pacientes que aguardam um leito na UTI exige dos profissionais a tomada de decisões rápidas e precisas, para evitar sequelas e aumentar a sobrevida dos mesmos, além de suscitar constantes dilemas éticos.

Os dilemas éticos ocorrem quando existem diferentes percepções sobre uma mesma situação, que colocam o indivíduo entre duas proposições opostas. Normalmente nestas situações há valores morais em conflito e a decisão por uma opção torna inválida a outra<sup>(7)</sup>.

Reconhecer as situações dilemáticas é um passo importante na construção de sujeitos éticos, pois muitas vezes não são percebidos os problemas, os conflitos, as dúvidas. Na verdade, deixa-se de enxergar e, frequentemente, fica-se indiferente aos problemas vivenciados no cotidiano<sup>(8)</sup>.

No entanto, a ação do enfermeiro na prática profissional deve ser embasada na reflexão ética, já que o agir ético contempla conhecimentos práticos, técnicos, teóricos. Logo, o trabalho em UTI, além de habilidades e competências de ordem técnico-científica, se configura também pela exigência de habilidades e competências emocionais, relacionais, éticas e políticas<sup>(1)</sup>. Nesta perspectiva, considera-se que a relevância deste estudo centra-se na possibilidade de visibilizar a internação por ordem judicial como uma das instâncias que demandam do enfermeiro posições éticas frente a conflitos e problemáticas complexas. O objetivo do estudo foi descrever as situações vivenciadas e os dilemas éticos dos enfermeiros no percurso de encaminhamento e recebimento, por ordem judicial, de pacientes com indicação de internação em UTI.

## MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, oriundo de uma monografia<sup>(9)</sup> realizada para obtenção de título Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Participaram desta pesquisa 10 enfermeiros que atuam em UTI e 10 que atuam em emergência de instituições privadas e públicas da região metropolitana de Porto Alegre, nos turnos manhã, tarde e noite. Os 10 enfermeiros que atuam em emergência são os que vivenciam a situação de encaminhamento de pacientes e os 10 enfermeiros que atuam em UTI vivenciam a situação de recebimento de pacientes com internação por ordem judicial em suas instituições. A amostragem foi estabelecida pela estratégia de rede, permitindo aos informantes que indicassem outros participantes para o estudo, desde que não ultrapassasse o quantitativo de dois informantes locados na mesma instituição de saúde.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista parcialmente estruturada, entre os meses de setembro a outubro de 2010. As entrevistas foram realizadas em local previamente determinado pelos informantes do estudo e gravadas (áudio). As pesquisadoras contataram por telefone, e-mail ou pessoalmente os profissionais enfermeiros, que manifestaram interesse no assunto. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, sob protocolo nº 10/090. Aos informantes do estudo foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e garantido o caráter confidencial e sigiloso das informações. As falas são identificadas através da letra E seguida por um número de 1 a 20. A análise das informações segue o modelo de Análise Temática.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados das entrevistas possibilitaram a análise dos temas “**Dilemas éticos diante do encaminhamento de paciente para UTI por ordem judicial**” e “**Dilemas éticos dos enfermeiros que vivenciam a internação por ordem judicial**”.

### **Dilemas éticos diante do encaminhamento de paciente para UTI por ordem judicial**

Atualmente, a ética vem sendo uma preocupação cada vez mais constante na sociedade, principal-

mente na área da saúde, onde as modificações em relação às formas de intervenção e cuidados ocorre de maneira rápida e significativa. Por este motivo é que a enfermagem busca qualificar suas idéias e questionamentos em relação a própria prática e aos consequentes dilemas éticos vivenciados no seu cotidiano. Estes profissionais necessitam empregar esforços coletivos na busca de soluções para um melhor atendimento ao paciente, também porque são eles que permanecem por longos períodos ao lado dos pacientes<sup>(10)</sup>.

Quando se fala em ética, várias abordagens são possíveis em razão da magnitude das situações vivenciadas pelos profissionais na prática. Uma vertente relevante à esta temática é a da bioética da proteção em seu compromisso com a saúde pública. Em seu sentido operacional remete a explicitar aquilo que deve ser protegido, quem deve proteger o quê e para quem a proteção está dirigida. Em particular, a população (ou os grupos populacionais a serem protegidos em suas necessidades específicas) deve ser esclarecida sobre as medidas protetoras, para evitar que sejam entendidas como arbitrarias, tornando-as, ineficazes<sup>(11)</sup>.

O cuidar eticamente é uma atitude que leva à reflexão. Nesta situação, o agir está presente a cada momento em que se reconhece que o paciente necessita de cuidados mais complexos e de tecnologia avançada<sup>(8)</sup>. É por este motivo que se deve dispor de tudo que é possível para a defesa da vida.

O enfermeiro deve atuar com responsabilidade ética e social e compromisso com a cidadania, promovendo o cuidado integral do paciente. Entretanto, dilemas éticos e conflitos com a realidade restringem as possibilidades de melhor desempenho e autonomia do enfermeiro e, muitas vezes, levam ao distanciamento entre o que deve ser feito e o que é possível fazer em determinada situação<sup>(12)</sup>. Os relatos abaixo sinalizam os dilemas vivenciado pelos enfermeiros em relação à falta de condições adequadas para prestar um cuidado digno ao paciente.

*Temos uma demanda de pacientes grave muito maior do que temos capacidade para atender e prestar assistência adequada (E 13).*

*Ficamos numa situação difícil, num impasse, a família nos pressionando por uma definição, por outro lado é o teu papel como ser humano, são pacientes que vão morrer se a gente ficar parado (E 16).*



*Nós temos a obrigação de preservar a vida do paciente (E 18).*

Estes enfermeiros mostram situações de dilemas éticos, traduzidos na contingência de possuírem ou não tecnologia, estrutura física e recursos humanos necessários para manter a vida deste paciente. Na maioria das vezes os enfermeiros sabem o que é preciso fazer para oferecer um cuidado que respeite o direito à saúde assegurado pela Constituição Federal.

A desilusão e a frustração vivenciados pelos enfermeiros podem passar despercebidos em sua dimensão moral, pois eles enfrentam um constante conflito entre o que a enfermagem considera ideal e o que de fato é realidade<sup>(13)</sup>. No entanto, é pertinente lembrar que tais conflitos podem se caracterizar como problemas, o que está evidenciado nas falas dos informantes E13 e E16. Ou seja, muitas vezes não se está apenas diante de duas proposições opostas e conflitantes. Ao contrário, se está diante de problemas. Neste sentido, os problemas são questões abertas que não se sabe se serão resolvidos e como o serão. A solução não está presente desde o princípio e, portanto, a questão não está na eleição entre duas ou mais possíveis respostas, mas na busca de uma resposta própria e adequada. A mentalidade problemática parte sempre do suposto de que a realidade é muito mais rica e complexa do que tudo o que se possa conceber, e que, portanto, existe uma inadequação básica entre a realidade e o raciocínio. Nada pode abranger toda a riqueza da realidade mais simples<sup>(14)</sup>.

As situações em que os enfermeiros vivenciam a necessidade de encaminhamento do paciente sinalizam dilemas éticos expressados nas falas a seguir:

*Quando vejo que o paciente precisa de UTI, e não temos, eu oriento a família a procurar a promotoria (E 11).*

*Orientei, foi pensando na única forma de salvamento deste paciente (E 13).*

Estas falas sinalizam o dilema ético do enfermeiro na sua decisão de orientar ou não o familiar acerca do “real” estado de saúde do paciente. Nesta perspectiva, sabe-se que a informação é um meio que o paciente e seus familiares dispõem para tomar decisões acerca de seu tratamento e situação vivenciada<sup>(1)</sup>.

A comunicação e a orientação são fundamentais para o atendimento ao paciente crítico, pois tendo o enfermeiro uma comunicação efetiva com a família, proporcionará segurança, identificará suas

dificuldades, oferecerá apoio necessário, uma maior confiança e excelência da prática da enfermagem<sup>(15)</sup>.

Atualmente a família vem ocupando um lugar importante no contexto hospitalar através de leis e diretrizes políticas que estão cada vez mais mudando a forma de cuidado, tornando a relação entre os profissionais, pacientes e familiares mais solidárias, procurando uma melhor promoção de saúde, vida e compromisso com os direitos de todos. Portanto, os profissionais de saúde buscam satisfazer as expectativas dos familiares em relação ao cuidado e tratamento de seu ente querido<sup>(16)</sup>.

Os relatos dos enfermeiros demonstram que é importante manter uma comunicação efetiva, clara e uma boa orientação para que os pacientes e seus familiares procurem seus direitos. Estes direitos se traduzem em um atendimento, obtido por livre demanda ou por uma ordem judicial, em uma instituição que possa assistir as necessidades emergentes do paciente.

É dever do Ministério Público garantir atendimento à saúde do cidadão através de medidas judiciais. Assim, o promotor de justiça pode propor ações cíveis que zelem pelos interesses de incapazes que se encontram em situações graves de saúde ou a qualquer momento que necessitar<sup>(17)</sup>.

No cotidiano do trabalho a enfermagem deve, além de buscar promover um cuidado de excelência, otimizar a orientação e a comunicação adequada com a família, para que os direitos dos pacientes sejam assegurados. É notório que cuidar é mais que um ato, atenção e dedicação, é uma atitude que gera preocupação, responsabilidade e reconhecimento do outro como cidadão<sup>(18)</sup>.

### **Dilemas éticos dos enfermeiros que vivenciam a internação por ordem judicial**

Observa-se diariamente que muitos enfermeiros permanecem silenciosos frente a atitudes tomadas por superiores e por leis as quais não podem contestar. Por mais que vivenciem situações de doença, agonia, frustrações e morte, se imobilizam e sofrem pela impotência, a culpa e o receio diante da impossibilidade de executar o que consideram correto<sup>(19)</sup>. As falas a seguir sinalizam o pensamento de enfermeiros que têm a experiência de receber encaminhamentos por ordem judicial:

*Eles acham que é simplesmente dizer que: “eu quero que interne na UTI “tal”, de “tal” hospital; e não é*

*assim que funciona na realidade, para eles é muito fácil determinar as coisas (E 1).*

*Às vezes tenho vontade de dizer: vem aqui e escolhe qual você vai mandar desligar o respirador; para colocar este que você está querendo. Falta bom senso neste sentido (E 1).*

*Quando menos esperei estava entrando o juiz. A nossa declaração de nada vale (E 4).*

A ação do enfermeiro deve ser embasada no agir ético. Em inúmeras situações em que os enfermeiros poderiam contribuir para tomada de decisão frente ao cuidado do paciente, já que levam em conta valores como responsabilidade, tolerância, honestidade, compreensão e sobretudo solidariedade, enfrentam vários dilemas éticos por terem que cumprir decisões e tratamentos com os quais não concordam<sup>(18)</sup>.

*É um pouco irritante se sentir de mãos atadas e obrigada a ter que fazer uma coisa que você acha que não é justo (E 7).*

*Entra-se em conflito ético-pessoal e profissional, pois queremos salvar vidas, mas hoje em dia, em função da grande quantidade de pacientes e a escassez de leitos de UTI, acaba-se por selecionar quem deve viver e quem não vai ter esta chance, isso é muito triste, pois poderia ser meu filho, meu marido, minha mãe (E 10).*

Dilemas éticos evidenciados nos relatos colhidos apontam o desequilíbrio nas relações de poder no que se refere ao cuidado e ao bem estar do paciente. É um dilema participar do processo de escolha entre quem fica e quem sai da UTI. Nestes casos, os enfermeiros sabem qual deveria ser a ação moralmente correta, o cuidado adequado e a tecnologia necessária para prestar o atendimento ideal ao paciente, mas encontram-se impossibilitados de agir pela força da ordem e da lei.

Os enfermeiros acrescentam que na grande maioria dos casos de internação por ordem judicial, os juízes não acreditam em suas palavras, deslocando-se até a UTI para conferir se estão falando a verdade. Certificam-se, assim, da existência ou não da superlotação e das reais condições dos pacientes que estão internados na unidade.

É evidente que o fato de participar do processo de escolha entre quem permanece e quem sai da UTI causa angústia aos enfermeiros, pois estes zelam pela vida do paciente e sabem que muitos só

estão saindo para disponibilizar sua vaga para outro, que está internando por ordem judicial. Logo, a angústia centra-se no conhecimento dos enfermeiros de que, muitas vezes, a alta precoce do paciente da UTI ocasiona instabilidade hemodinâmica e agravamento do seu quadro atual, podendo levá-lo graves consequências.

O compromisso do profissional é cuidar do outro sem discriminação política, social, religiosa ou econômica, não impondo a ele valores e critérios, respeitando suas opções e criando oportunidades para que o mesmo exerça seus direitos. O exercício da enfermagem é tão variado e constitui-se de inúmeros detalhes que para cada profissional assume uma importância ímpar.

*Nos preparamos para um nível sócio econômico mais baixo, acreditando que são pessoas que realmente necessitam muito, porém na maioria dos casos encontramos familiares bem vestidos, pessoas bem instruídas, que acredito eu, não estejam agindo de má fé, mas não estão querendo arcar com os custos de uma internação privada (E1).*

*Em alguns casos são familiares de renda baixa, mas existem os de renda média até alta, que tentam impor a internação de seus familiares (E2).*

*Paciente de menor gravidade, mas por serem pessoas influentes na sociedade e possuírem influências políticas, acabam por conseguir a internação, mesmo que por avaliação de gravidade não fosse necessário (E5).*

*Todos têm direito a saúde sem distinção, o triste é que as pessoas mais humildes não sabem de seus direitos, e as pessoas que possuem uma situação econômica ou cultural melhor acabam por fazer valer seus direitos (E10).*

Os enfermeiros verbalizam os dilemas éticos vivenciados por eles em relação aos familiares dos pacientes que internam na UTI. Segundo dados coletados, os que possuem um melhor padrão econômico, influência política, que são conhecedores da lei e cientes de seus direitos como cidadão, acabam beneficiando-se em relação aos que são leigos e não possuem conhecimento de seus direitos. Neste caso, os enfermeiros sentem-se frustrados pelo fato de saberem que todos, ricos e pobres, têm direito à saúde sem distinção, mas vivenciam a angústia e o desespero de pessoas que se sentem à mercê da própria sorte, experimentando a possibilidade de morte de um familiar por não conseguirem interna-lo na UTI.

Atualmente a medicina de alta tecnologia está equipada para prevenir e curar doenças, em contrapartida a maioria da população não possui recursos para pagar os seus altos custos<sup>(19)</sup>. Enquanto alguns pacientes tem acesso por meios próprios aos tratamentos necessários para a recuperação das doenças que ameaçam sua vida, a maioria deve contar com a proteção e o acesso a que tem direito, mas que são limitados pelos recursos escassos e as fragilidades do sistema.

Destaca-se que valores éticos, tais como a equidade e a justiça são transgredidos, não porque pacientes com maior poder aquisitivo sobrevivem por terem tido acesso à alta tecnologia, mas porque os menos favorecidos economicamente podem evoluir para óbito aguardando o tratamento indicado para sua recuperação.

É nesse contexto que o enfermeiro sente-se responsável pelo paciente, responsável por zelar por sua integridade física, pelo seu tratamento, cuidado e bem estar, conforme previsto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em seus princípios fundamentais.

Contudo, é pertinente indagar de que modo este enfermeiro poderá ser instrumentalizado para atuar de forma crítica nas diferentes esferas da gestão do sistema. Isto é, para que este profissional possa participar de modo estratégico e efetivo na consolidação dos princípios filosóficos e organizacionais que constituem o SUS, os conhecimentos técnicos-científicos relacionados à assistência à saúde e ao gerenciamento de serviços, parecem não ser suficientes<sup>(20)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados relativos à categoria dilemas éticos diante do encaminhamento de paciente para UTI por ordem judicial, evidenciam que esta situação ocorre porque em algumas institucionais de saúde ainda há condições inadequadas para prestar um cuidado digno ao paciente. Nesta direção, o dilema ético expressa-se quando o enfermeiro está diante da questão de manter ou não o paciente em um local que não possui tecnologia, estrutura física e recursos humanos necessários para manter a vida do paciente. Os enfermeiros, ainda, experimentam a angústia dos familiares que necessitam de internação em unidades especializadas.

A categoria dilemas éticos dos enfermeiros que vivenciam a internação por ordem judicial sinaliza,

dentre os resultados, o dilema do enfermeiro diante da sua participação no processo de escolha entre quem sai e quem permanece na UTI. Ou seja, as UTI aptas para atender este tipo de paciente, muitas vezes, enfrentam a situação de já estarem lotadas e, mediante a ordem judicial, alguém terá que sair. Neste sentido, a angústia do enfermeiro centra-se no conhecimento de que a alta precoce do paciente pode resultar em complicações, por vezes graves.

Diante dos relatos apresentados pelos enfermeiros, constata-se que é fundamental a participação destes em debates que envolvam dilemas éticos em UTI. Compete, também, aos profissionais, assumirem politicamente, propostas que busquem mapear as diferentes instâncias que tem promovido esta situação muitas vezes caótica. A bioética da proteção pode subsidiar esta discussão quando enfatiza as situações das pessoas vulneráveis e vulneradas, as quais necessitam de cuidados, para evitar situações que as coloquem em risco e/ou promovam adoecimento.

Esta pesquisa reflete uma realidade local na qual existe um quantitativo maior de hospitais privados e filantrópicos em relação aos hospitais públicos. Deste modo, sugere-se que a pesquisa possa ser desenvolvida em outras regiões, as quais apresentem realidades semelhantes ou diferentes. Ainda, são fundamentais os estudos sobre o tema aqui abordado para que sustentem a discussão sobre os dilemas éticos vivenciados por vários enfermeiros na prática da enfermagem, principalmente em UTI e Emergência.

## REFERÊNCIAS

- 1 Vargas MAO, Nascimento E, Camponogara S, Silveira F. Humanização na relação com o paciente, a família e a equipe profissional no ambiente da terapia intensiva. In: Viana RAP, organizador. Enfermagem em terapia intensiva: práticas baseadas em evidências. São Paulo: Editora Atheneu; 2011. p.63-72.
- 2 Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Censo divulga realidade das UTIs brasileiras [Internet]. 2009 [atualizado 2009 Nov 10, citado 2010 Maio 21] Disponível em: [www.noticias.r7.com/saude/noticias/censo](http://www.noticias.r7.com/saude/noticias/censo).
- 3 Ramos FRS, Schneider DG, Vargas MAO, Brito MJM. Ética no gerenciamento em enfermagem. PROENF: programa de atualização em enfermagem: gestão. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2011. p. 33-64.

- 4 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: Constituição 1988. 21<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Saraiva; 1998. p. 312.
- 5 Santos AC, Vargas MAO, Schneider N. Encaminhamento do paciente crítico para UTI por decisão judicial: situações vivenciadas pelos enfermeiros. Enferm Foco. 2010;1(3):94-7.
- 6 Santos JB. Vaga zero em caso de emergência. Folha Universal. 2009 Jun 28: 8-11.
- 7 Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2012 [citado 2012 Out 22];21(1). Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100023&lng=en&nrm=iso)
- 8 Monteiro MAA, Barbosa RCM, Barroso MGT, Vieira NFC, Pinheiro AKB. Dilemas éticos vivenciados por enfermeiros apresentados em publicações de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2008;16(6):1054-9.
- 9 Schneider N. Encaminhamento e internação de pacientes na UTI por decisão judicial: a visão dos/as enfermeiros/as [monografia]. São Leopoldo: Curso de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2010.
- 10 Alves PC, Lunardi VL, Lunardi GL, Lunardi Filho WD. A percepção das enfermeiras acerca da sua atuação ante os direitos dos clientes. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):242-8.
- 11 Pontes CAA, Schramm FR. Bioética da proteção e papel do estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1319-27.
- 12 Schneider DG, Ramos FRS. Discursos pronunciados en los procesos éticos de enfermería – análisis de los elementos de sustentación. Index Enferm. 2011;20(4):262-6.
- 13 Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Silva MRS, Dei Svaldi JS, Bulhosa MS. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. Rev Latinoam Enferm. 2007;15(3):493-7.
- 14 Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin. 2001;117:18-23.
- 15 Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):423-9.
- 16 Moreno V. A família do paciente em situação crônica de vida: a visão de enfermeiros de um hospital de ensino. Acta Sci, Health Sci. 2007;29(2):91-8.
- 17 Ribeiro EDC. Saúde como um direito: as inter-relações da auditoria em saúde com o Ministério Público na garantia da integralidade da atenção [dissertação] Fortaleza: Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Avaliação de Políticas Públicas, Universidade Estadual do Ceará, 2005.
- 18 Chaves AAB, Massarollo MCKB. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes em unidades de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(1):30-6.
- 19 Drane J, Pessini L. Bioética, medicina e tecnologia – desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
- 20 Lemos C, Chaves LDP. Produção de internações hospitalares, no Sistema Único de Saúde, na região de Ribeirão Preto, Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(4):727-35.

---

**Endereço do autor / Dirección del autor /  
Author's address**

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas  
Departamento de Enfermagem  
Centro Ciências da Saúde – UFSC  
Campus Universitário, s/n, Trindade  
88040-970, Florianópolis, SC  
E-mail: mara@ccs.ufsc.br

Recebido em: 20.03.2012

Aprovado em: 16.01.2013

## Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem

*Privacy in critical care units: the patient's rights and implications for nursing professionals*

*Privacidad en unidades de cuidados intensivos: derechos del paciente y implicaciones para los profesionales de enfermería*

**Maria Aparecida Baggio<sup>1</sup>, Dalva Maria Pomatti<sup>II</sup>, Luiz Antonio Bettinelli<sup>I</sup>, Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>I</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC

<sup>II</sup>Universidade de Passo Fundo. Programa de Mestrado em Envelhecimento Humano. Passo Fundo, RS

**Submissão:** 14/09/2009

**Aprovação:** 12/09/2010

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender as experiências vivenciadas pelos profissionais da enfermagem sobre a privacidade do paciente internado em UTI e suas implicações. Este estudo qualitativo, mediante análise de conteúdo, originou as categorias: Expondo o corpo e a intimidade dos pacientes: atitudes e ações dos profissionais; A intimidade: dificuldades vividas pelos profissionais e reações dos pacientes; Desproteção da intimidade do paciente: contradições que emergem da prática. Os resultados apontam a necessidade dos profissionais repensarem o seu fazer em relação à proteção da privacidade do paciente, por meio de atos/atitudes que transmitam segurança nas ações do cuidado. A preservação da privacidade é direito do paciente e compromisso ético do profissional, conferindo dignidade às pessoas no processo de cuidado na UTI.

**Descritores:** Enfermagem; Ética de enfermagem; Unidades de terapia intensiva.

### ABSTRACT

The purpose of this study was to understand the experiences of nursing professionals about the patient's privacy hospitalized in the ICU and their implications. This qualitative study based on content analysis revealed the following categories: Exposing the patients' body and intimacy: the professionals' attitudes and actions; intimacy: difficulties experienced by the professionals and the patients' reactions; the lack of intimacy protection of the patient: contradictions that arise from the practice. The results point to the need for professionals to rethink their achievements in relation to the protection of the patient's privacy, by means of acts/attitudes which provide security in care actions. Privacy preservation is the patient's right and the professional's ethical commitment, giving to people dignity in the care process in the ICU.

**Key words:** Nursing; Nursing ethics; Intensive Care Unit.

### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comprender las experiencias vividas por los profesionales de enfermería respecto a la privacidad del paciente internado en UCI y sus implicaciones. Este estudio cualitativo, mediante análisis de contenido, originó las categorías: Exponiendo el cuerpo y la intimidad de los pacientes: actitudes y acciones de los profesionales; La intimidad: dificultades vividas por los profesionales y reacciones de los pacientes; Desprotección de la intimidad del paciente: contradicciones que emergem de la práctica. Los resultados apuntan la necesidad de los profesionales repensaren su hacer en relación a la protección de la privacidad del paciente, por medio de actos/actitudes que transmitan seguridad en las acciones del cuidado. La preservación de la privacidad es un derecho del paciente y un compromiso ético del profesional, confiriendo dignidad a las personas en el proceso de cuidado en la UCI.

**Descriptor:** Enfermería; Ética de enfermería; Unidades de cuidados intensivos.

**AUTOR  
CORRESPONDENTE**

Maria Aparecida Baggio. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima. Trindade. CEP 88040-970. Florianópolis, SC. E-mail: mariabaggio@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A internação de um paciente em unidade de tratamento intensivo (UTI) é precedida de condições críticas, presentes e potenciais, que colocam em risco a vida do ser. Por isso, o cuidado é voltado para os aspectos físicos/orgânicos/biológicos, como controle e manutenção das funções vitais, com ênfase no uso de tecnologias e aplicação de conhecimento técnico-científico, visando à manutenção da vida. Embora a equipe de saúde tenha sua atenção voltada ao órgão doente, à patologia ou busca de diagnóstico que orientam suas condutas e procedimentos técnicos, muitas vezes ignora os sentimentos dos seres que vivenciam a internação e a condição de doentes<sup>(1)</sup>.

A experiência da internação em ambiente de cuidados intensivos, em razão das suas características e rotinas, muitas vezes rígidas e inflexíveis, pode gerar ao paciente desconforto, impessoalidade, dependência da tecnologia, isolamento social, falta de privacidade, perda de identidade, autonomia, dentre outros, rompendo bruscamente com seu modo de viver, que inclui suas relações e seus papéis. Neste caso, a identidade e autonomia são afetadas, em virtude de o paciente ser considerado incapaz de escolher, decidir, opinar e expressar-se. Assim, o princípio da autonomia não é exercido nem mesmo nas situações de higiene pessoal, alimentação, eliminações, etc, configurando sujeição parcial ou total dos que o cuidam, como um mero receptáculo de cuidados técnicos e intensivos<sup>(1)</sup>.

Conforme os princípios da bioética, o respeito à autonomia implica respeitar os atos de escolha do indivíduo, baseados em seus valores morais e crenças, sendo a vontade e o consentimento fatores preponderantes, porque afirmam sua dignidade humana<sup>(2)</sup>.

Diante do exposto, o ambiente de UTI envolve diversos componentes éticos e técnicos que requerem atenção dos envolvidos no processo. Apesar do esforço dos profissionais no sentido de humanizar o cuidado, é esta uma tarefa difícil nesse ambiente, que requer atitudes individuais e coletivas para que sejam respeitadas a privacidade, a individualidade e a dignidade dos pacientes.

Dessa forma, pacientes conscientes internados no ambiente de UTI, além do sofrimento pelo comprometimento biológico, demonstram desconforto e constrangimento por estarem despidos e serem, muitas vezes, expostos e invadidos em sua intimidade. A perda da privacidade é, portanto, condição adicional de estresse e sofrimento durante a hospitalização<sup>(3)</sup>.

Na realização do cuidado, o profissional de enfermagem muitas vezes precisa expor o corpo do paciente e ou partes íntimas para a execução de procedimentos, condição que invariavelmente constrange e embaraça o ser exposto, que tem invadida a sua privacidade. A condição de ver o corpo despido fere seu pudor, que é produto de sua cultura.

Embora não seja este um problema recente, os profissionais de enfermagem pouco discutem o tema, o que constitui uma deficiência nesta dimensão do cuidado<sup>(4)</sup>. Por essa razão, indagamos: Como os profissionais vivenciam a exposição do corpo e intimidade do paciente na realização de procedimentos e cuidados em ambiente de cuidados intensivos? Ocorre invasão da privacidade dos pacientes durante a realização de procedimentos na visão dos profissionais? Que questões éticas estão implicadas?

Posto isso, este estudo objetivou compreender as experiências

vivenciadas pelos profissionais de enfermagem sobre a privacidade do paciente internado em UTI e suas implicações.

## METODOLOGIA

Este estudo, de natureza qualitativa fundamentado na análise temática. Foi desenvolvido com 22 profissionais de enfermagem que atuam em unidades de terapia intensiva, há mais de três anos (por permitir maior vivência com as situações investigadas), em dois hospitais de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. O projeto de pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução N° 196 do Ministério da Saúde<sup>(5)</sup>, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, sob o n° 865/2006.

A coleta de dados foi realizada com entrevista individual, semiestruturada, agendada previamente, concedida pelos participantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Constituíram o roteiro das entrevistas, as seguintes questões: Você pede licença ao tocar o paciente? Como você se comporta quando precisa expor o corpo do paciente para a realização do cuidado? Você tem a preocupação de proteção e de manutenção da privacidade e/ou intimidade do paciente? Os pacientes demonstram algum tipo de reação no cuidado quando é necessária a exposição corporal? Você tem algum tipo de dificuldade em lidar com situações que envolvem a exposição corporal e a desproteção da intimidade do paciente? Você tem algum tipo de dificuldade em fazer algum procedimento em que há a exposição corporal de um paciente do sexo oposto ao seu? Para você, os profissionais de enfermagem que atuam na unidade de cuidados intensivos se preocupam em proteger a privacidade do paciente? Que preocupações possuem? Relate como acontece o cuidado em que há necessidade de toque corporal nas partes íntimas e o que os pacientes manifestam ou mencionam nessas situações? Como você pensa que deveria ser a abordagem para a proteção e manutenção da privacidade e/ou intimidade do paciente? Os participantes foram identificados pela letra "p", seguida do número ordinal respectivo à ordem da entrevista (p1, p2...), garantindo-se, assim, o seu anonimato.

Os dados foram analisados e interpretados utilizando-se o método de análise temática de conteúdo, que "consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado"<sup>(6)</sup>. Assim, agrupando-se as unidades temáticas, originaram-se as categorias, as quais foram analisadas à luz da literatura concernente ao tema<sup>(7)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo possuem idade entre 21 e 42 anos, sendo 18 do sexo feminino e quatro do masculino, com experiência entre três e 19 anos; seis possuem formação de nível superior, quatro superior incompleto e 12 de nível médio. Do processo de categorização dos discursos dos profissionais emergiram três categorias, com as respectivas subcategorias, apresentadas e analisadas a seguir.

**Expondo o corpo e a intimidade dos pacientes: atitudes e**

### **ações dos profissionais - agindo naturalmente**

A exposição do corpo e da intimidade é uma condição única para o paciente que a vivencia, porém uma experiência múltipla para os profissionais de enfermagem, como alude um deles:

*"... o que é rotina para nós, é totalmente novo para o paciente [...]". (p7)*

Por essa razão, "naturalmente" é como se comporta a maioria dos profissionais nas situações/condições apontados, independentemente do sexo do paciente, pois consideram condições normais/naturais no cotidiano das atividades de enfermagem, principalmente em ambiente de UTI.

*"Atuo de forma natural, pois já estou acostumada com essa situação..." (p2)*

*"... a enfermagem é uma profissão que dispensa a diferença sexual. (p1)*

*"... com o passar do tempo, a rotina dos procedimentos torna-se normal". (p19)*

A assistência de enfermagem tem destaque no atendimento de necessidades básicas dos pacientes que envolvem segurança<sup>(8)</sup> e confiança no contexto de internação em ambiente de cuidados intensivos<sup>(9)</sup>.

*"Não expor o paciente, deixando-o envergonhado. Mostrar que essa é uma técnica normal que é para seu conforto. Essa abordagem é realizada com calma, olhando em seus olhos, passando segurança e bem estar". (p19)*

*"... ao mostrar preocupação em não expô-lo, ele (a) sentirá mais confiança em nosso trabalho". (p5)*

Asseveram os profissionais deste estudo que assumem a postura profissional de um agir "natural", buscando transferir ao paciente segurança, confiança, proteção, conforto e bem-estar durante a exposição do seu corpo, respeitando-o eticamente.

### **Respeitando o outro em sua singularidade e privacidade: um exercício de empatia**

Os profissionais relatam que, antes de realizarem procedimentos que expõem o corpo ou partes íntimas dos pacientes, comunicam, informam e explicam o cuidado a ser realizado, como e por que, obtendo para isso o consentimento devido. Todavia, sempre os respeitam em sua decisão no caso de não permissão para o cuidado, sobretudo salientando o estímulo para o autocuidado.

Evidencia-se que os profissionais de enfermagem se preocupam em esclarecer aos pacientes sobre procedimentos que implicam na exposição corporal na UTI, valorizando suas necessidades de conhecimento e compreensão acerca das intervenções da assistência de enfermagem<sup>(10)</sup>, como revelam as falas:

*"Sempre explico o que será feito e, depois de orientado, é que será realizado o cuidado" (p7).*

*"... perguntar a ele quando está acordado se aceita receber os cuidados mais íntimos ou se ele (a) mesmo quer realizá-lo, quando possível". (p2)*

Nos depoimentos identificam-se múltiplos cuidados que visam garantir a privacidade dos pacientes, minimizando a exposição física e protegendo sua intimidade, visto que a inibição e a vergonha são inevitáveis nessas situações. Assim, eles podem se sentir seguros e confiantes com a atuação do profissional de enfermagem, além de minimamente confortáveis, em ambiente reservado.

O uso de biombos e o fechamento de cortinas laterais visam proporcionar ambiente reservado. A exposição mínima do corpo, descobrindo apenas o necessário ou cobrindo partes que não precisam ficar expostas com compressas, lençóis e camisolas, resguarda a privacidade do paciente<sup>(4,10-11)</sup>, principalmente quando o fluxo de pessoas é maior na UTI.

*"Utilização de biombos, com o mínimo de pessoas no box, principalmente no turno da manhã, onde o fluxo de pessoas é bem maior". (p5)*

*"Procuo descobrir o mínimo do corpo possível". (p22)*

*"... sempre que faço higiene corporal... deixa sua intimidade coberta com a camisola". (p20)*

Os depoimentos corroboram resultados de outro estudo, o qual revelou que os profissionais de enfermagem estão atentos ao resguardo da intimidade dos pacientes, manifestando a preocupação em preservar a sua privacidade, inclusive nos eventos em que a nudez parcial ou total é inevitável<sup>(10)</sup>.

Constata-se que os cuidados realizados pelos profissionais – seres cuidadores – na assistência ao paciente, preservando a sua privacidade, estão alicerçados na capacidade de empatia, ou seja, as medidas de proteção adotadas pela equipe são determinadas com base no imaginário de que o paciente poderia ser um familiar ou o próprio profissional na condição de ser cuidado. Assim elucidam os discursos:

*"[...] nunca expor o paciente, por mais que ele esteja inconsciente. Devemos nos pôr no lugar deles, ou então imaginar que fosse um familiar nosso". (p20)*

*"... Não é uma coisa normal para eles. Somos pessoas estranhas e isso traz inibição e vergonha. Às vezes me coloco no seu lugar, não seria nada tranquilo. Ninguém gosta de se expor". (p13)*

Evidencia-se que os profissionais de enfermagem entendem a exposição do corpo e da intimidade como condição de constrangimento<sup>(11)</sup> para os pacientes, como elucidam os depoimentos:

*"A exposição corporal é algo difícil e constrangedor para todos os pacientes. Alguns tentam controlar esse sentimento; alguns tentam se cobrir de alguma forma, alguns falam ou fazem brincadeiras para amenizar a situação". (p4)*

Algumas afirmações:

"... temos que ter consciência que ali poderia estar o nosso familiar, e são pessoas extremamente reservadas". (p5)

"... mesmo com pacientes sedados ou em coma tentando sempre fazer empatia". (p3)

Dessa forma, quando o ser cuidador se projeta para o lugar do ser cuidado, toma consciência de si mesmo, ou seja, é em razão da sua capacidade de se colocar no lugar do outro que os profissionais são capazes de avaliar e escolher que cuidado dispensar<sup>(12)</sup>.

### **A intimidade: dificuldades vividas pelos profissionais e reações dos pacientes**

#### **Dificuldades humanas**

As dificuldades manifestadas pelos profissionais de enfermagem em lidar com situações que envolvem a exposição física do paciente ocorreram principalmente durante o processo de formação e no início da atuação profissional ao expor pacientes. Mesmo que conscientes, orientados e comunicativos, a condição de constrangimento acentuava-se durante a exibição de partes íntimas, em especial do sexo oposto<sup>(10)</sup>. Contudo, atualmente percebida com naturalidade, como assinalado anteriormente.

"No início da vida profissional senti um pouco de dificuldade, Hoje trato com muita naturalidade". (p17)

"[...] na época de estágio achava muito estranho e me sentia envergonhada quando precisava fazer algum procedimento no sexo masculino". (p6)

Dadas as dificuldades manifestadas pelos profissionais relacionadas à exposição do corpo e da intimidade dos pacientes no período de formação e início da atuação em enfermagem, pode-se inquirir se o tema em questão é abordado nas escolas formadoras considerando as experiências vividas do aluno; se ocorre o estímulo pelos formadores à reflexão consciente e crítica da postura e do agir profissional nas condições que expõem física e intimamente os pacientes, com vistas a garantir ao ser cuidador e ao ser cuidado uma experiência menos constrangedora.

Para não haver constrangimento para ambos (pacientes e profissionais) em cuidados que requerem a exposição física e íntima, os participantes apontam a necessidade do diálogo; do agir de forma natural e da utilização de recursos de proteção para assegurar privacidade e segurança ao paciente. Tais cuidados de enfermagem sinalizam o respeito pelo outro, visto que o diálogo/comunicação possibilitam ao paciente a expressão de seus sentimentos e medos, devendo os profissionais de enfermagem valorizarem as queixas e proporcionar esclarecimentos<sup>(1,3)</sup>.

#### **Dificuldades estruturais**

Admitem os profissionais que a estrutura física da UTI estudada dificulta a preservação da privacidade do paciente, embora sinalizem o valor dessa atitude<sup>(11)</sup>. Assim, sugerem para melhoria desta condição a alocação dos pacientes por sexo, em box distintos, separados por cortinas ou outros para maximizar as suas condições de privacidade.

"O ideal seria que os pacientes fossem distribuídos em box individuais, já que fica difícil de dispor de tantos biombos..." (p1)

"... Deveria ser separado os pacientes masculinos num box e feminino no outro. Mas não dá, a UTI está sempre lotada". (p21)

Pelo fato de a UTI possuir elevada taxa de ocupação, a separação por sexo, na iminência de gravidade, é considerada importante, embora de difícil operacionalização.

### **Reações dos pacientes tendo seu corpo exposto: uma visão dos profissionais**

Tendo o próprio corpo exposto, total ou parcialmente, são inevitáveis as reações dos pacientes, as quais são, na percepção dos profissionais de enfermagem: constrangimento, vergonha, medo, ansiedade, tristeza, preocupação, insegurança, fragilidade, desconforto, invasão, entre outros. Tais reações são evidenciadas principalmente nos idosos, quando atendidos pelo sexo oposto. Assim, com frequência eles solicitam que o cuidado seja realizado por profissional do sexo deles. Comumente isso é manifestado pelas mulheres, as quais são beneficiadas já que o gênero feminino ainda é predominante na profissão. Em oposição, os pacientes do sexo masculino, que nem sempre podem ser cuidados por profissional do mesmo sexo, em razão do pouco número destes nas instituições hospitalares.

Destaca-se, dessa forma, a relevância em viabilizar a inserção de mais trabalhadores do sexo masculino na equipe de enfermagem, o que proporcionaria o cuidado aos pacientes homens por profissionais do mesmo sexo<sup>(10)</sup>.

Descrevem os profissionais que os pacientes, mesmo quando conscientes, "poucos expressam isso (seus sentimentos) em palavras" (p12), e "ficam calados, pouco comunicativos e só questionam se vai demorar ainda" (p13), no entanto demonstram sua inquietação e, diante da condição de impotência, revelam:

"... não sirvo nem mesmo para me higienizar" ou "... eu não sou nada mesmo". (p3)

"a que ponto chega uma pessoa para estar passando por tudo aquilo e depender dos outros para tudo". (p17)

Os profissionais inferem ser constrangedor para os pacientes até comentar sobre o assunto. Em algumas situações, alguns se negam a receber cuidados que os exponham; então, havendo explicação/orientação/diálogo sobre a necessidade, ocorre aceitação<sup>(11)</sup>, porém requerem que parte do corpo, pelo menos, esteja coberta durante o procedimento.

Quando se trata de higiene corporal, o paciente consciente, tendo condições de autocuidado, auxilia na própria higiene. Todavia, os que não conseguem executar o autocuidado, mesmo constrangidos com a exposição, agradecem o cuidado recebido.

Sobre as reações dos pacientes conscientes e comunicativos do sexo masculino, uma profissional manifesta dificuldade ao se deparar com "situações desagradáveis, em certas atitudes de pacientes 'engraçadinhos...' (p2). Sobretudo, é também dificuldade



vivida pela equipe de enfermagem realizar cuidados íntimos com exposição física quando o paciente demonstra estar constrangido. Em contrapartida, outros sujeitos assinalam:

*“Minha maior dificuldade se encontra em conversar com o paciente comatoso ou sob efeito de sedativos, sendo que muitos reagem. Acabo abandonando-o, sem antes explicar-lhe o motivo de minha ação”.* (p1)

*“... no caso de pacientes conscientes, o constrangimento em relação a procedimentos é grande; já no caso inconsciente não”.* (p5)

Cientes de que os pacientes, mesmo com o nível de consciência diminuído, têm condições de percepção, os profissionais ressaltam que os cuidados deveriam ser igualitários, tanto para o que está consciente quanto para o que tem comprometido o seu estado neurológico. No entanto, na prática ocorrem contradições quanto ao que é falado e o que é vivido, como analisado na próxima categoria.

### **Desproteção da intimidade do paciente: contradições que emergem da prática**

Entende-se que manter a privacidade do paciente em UTI é uma tarefa difícil, em razão da estrutura física e do tipo de cuidado. Embora os profissionais de enfermagem sinalizem preocupação, evidenciam-se situações e condições de **des-cuidado** quanto à proteção corporal<sup>(11)</sup>.

*“[...] muitas vezes ou quase sempre acabo deixando de lado esse cuidado”.* (p2)

*“Explico para o paciente o que vou fazer e por que, mas já esqueci várias vezes de fazer isso [proteger o corpo e a intimidade do paciente]”.* (p6)

O cuidado e a preocupação em preservar a privacidade dos pacientes, em especial jovens, revelam-se quando estão conscientes, o que não ocorre quando em estado de sedação, torpor ou coma. Nestes casos, a exposição íntima acontece durante o banho.

*“Quando o paciente está acordado sim, mas sinceramente, quando sedados, acabamos deixando a desejar em relação a este cuidado”.* (p2)

*“Quando cuido de pacientes acordados sim, são usados biombos, se expõe ao mínimo o paciente; quando são clientes sedados, em coma ou mesmo torporosos, nem sempre são utilizados esses meios. Acredito que a abordagem deveria ser igual para todos”.* (p3)

*“A preocupação existe, porém não é tão cuidadosa devido às características físicas do setor e, talvez, a sua própria rotina, mas principalmente pelo fato de que a maioria dos pacientes são comatosos ou estão sedados”.* (p1)

Os profissionais de enfermagem confirmam nos depoimentos a

persistência de falhas referentes à proteção do corpo e da intimidade dos pacientes, reconhecendo que a privacidade é violada constantemente durante a assistência<sup>(4)</sup>, sem explicação ou consentimento, configurando invasão pessoal, que desrespeita e banaliza o outro<sup>(13-14)</sup>. Dessa forma, emerge a necessidade do pensar/ refletir sobre tais condutas, que impelem mudanças na realidade apresentada, como apontam os próprios profissionais:

*“A gente só pensa mais quando discute sobre isso... Todo mundo faz as coisas sem maldade e o corpo fica à mostra, principalmente no banho. Se o paciente está acordado (não sedado), tenho alguma preocupação, mas normalmente não protejo o paciente; poucas vezes coloco o biombo.... Acho que precisaria mudar, pois, se a gente tivesse no lugar do paciente, gostaria que fosse diferente”.* (p21)

*“... pelo que vejo e sei, na hora do banho tem pouca gente na UTI e não protegemos os pacientes. Mas essa pergunta me fez pensar... Seria bom tomar mais cuidado com a exposição do paciente”.* (p22)

Proporcionar momentos dialógicos sobre o tema na esfera do cuidado à saúde faz-se pertinente, na medida em que se devem considerar as múltiplas dimensões do ser humano, respeitando-o em sua unidade e multiplicidade, ou seja, em sua cultura, crenças, sexo, ambiente e fé<sup>(15)</sup>.

Urge entender os motivos que levam as ações de violação da privacidade e autonomia dos pacientes, denotando falha ou descuido por parte de alguns profissionais, o que pode representar para os pacientes desrespeito e desconsideração por parte da equipe, bem como impessoalidade e desumanização no atendimento<sup>(10)</sup>.

É oportuno, aqui, citar o Código de Ética de Enfermagem<sup>(16)</sup>, o qual exige o respeito ao pudor, à privacidade e intimidade do cliente. Contudo, são os valores e os princípios de cada cuidador que favorecem sua percepção das coisas e norteiam o cuidado, balizando suas ações e atitudes<sup>(11)</sup>. Assim, munidos dos preceitos éticos da profissão e da moral, os profissionais atribuem valor ao tema em questão. Portanto, os que violam a privacidade do outro devem refletir sobre sua prática e sua relação com o paciente, de modo a prover a este outro um cuidado ético e responsável.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo revela que a exposição do corpo e da intimidade é uma condição única para o paciente e uma experiência múltipla para os profissionais de enfermagem. Com base nessa premissa, a maioria dos profissionais manifesta agir naturalmente, tendo preocupação e empatia para como o paciente; por isso, utilizam recursos materiais e humanos para proporcionar um ambiente reservado e exposição mínima do corpo do paciente (quando necessária), como o biombo. Ainda assim, condutas que violam a privacidade ainda persistem durante o cuidado de enfermagem na UTI.

De acordo com as dificuldades expressas pelos participantes, percebe-se a necessidade de abordar ainda na formação e no início da prática profissional as questões que envolvem a exposição física e íntima do paciente e de proporcionar melhorias estruturais às unidades de pacientes críticos, o que requer investimentos

financeiros.

Ainda, mostra-se relevante a reflexão da equipe de enfermagem sobre o imperativo moral do cuidado quanto à privacidade e dignidade do paciente no ambiente de UTI, visto que a rotina do trabalho pode inibir a percepção de alguns profissionais. O conhecimento das reações dos pacientes manifestadas durante a exposição física e íntima poderá subsidiar as atitudes destes profissionais, visando minimizá-las e abrandá-las.

Com este estudo, realizado a partir das experiências vividas pelos profissionais de enfermagem que atuam em UTI, foi possível compreender questões relacionadas à privacidade do paciente e suas implicações. A privacidade é um direito do paciente e um compromisso ético do profissional. Sobretudo, foi possível instigar a reflexão dos participantes – profissionais de enfermagem – sobre o tema, suscitando, mesmo que timidamente, possibilidades de mudanças no contexto de atuação.

## REFERÊNCIAS

1. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: teoria humanística de Paterson e Zderad. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(2): 250-7.
2. Fabríz DC. Bioética e direitos fundamentais: a bioconstituição como paradigma ao biodireito. Belo Horizonte: Mandamentos; 2003.
3. Silveira ME A. Estar despido na unidade de terapia intensiva: duas percepções, um encontro. *Rev Enferm UERJ* 1997; 5(2): 449-59.
4. Pupulim JSL, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: um questão ético-moral. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(3): 433-8.
5. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa com seres humanos. Resolução 196/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
6. Minayo MCS. Desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2000.
7. Minayo MCS. Pesquisa social. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
8. Cantillo EV. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte* 2007; 23(1): 112-9.
9. Lemos RCA, Rossi LA. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(3): 345-57.
10. Pupulim JSL, Sawada NO. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(3): 388-96.
11. Pupulim JSL, Sawada NO. Exposição corporal do cliente durante a avaliação física em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(5): 580-5.
12. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(2): 137-44.
13. Prochet TC, Silva MJP. Proxêmica: as situações reconhecidas pelo idoso hospitalizado que caracterizam sua invasão do espaço pessoal e territorial. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(2): 321-6.
14. Prochet TC, Silva MJP. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008; 12 (2): 310-5.
15. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina; 2006.
16. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Código de ética dos profissionais de enfermagem [internet]. Rio de Janeiro; 2007 [citado em: 2009 Jan 16]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323&sectionID=37>.



## Hino Nacional

Ouviram do Ipiranga as margens plácidas  
De um povo heróico o brado retumbante,  
E o sol da liberdade, em raios fúlgidos,  
Brilhou no céu da pátria nesse instante.

Se o penhor dessa igualdade  
Conseguimos conquistar com braço forte,  
Em teu seio, ó liberdade,  
Desafia o nosso peito a própria morte!

Ó Pátria amada,  
Idolatrada,  
Salve! Salve!

Brasil, um sonho intenso, um raio vívido  
De amor e de esperança à terra desce,  
Se em teu formoso céu, risonho e límpido,  
A imagem do Cruzeiro resplandece.

Gigante pela própria natureza,  
És belo, és forte, impávido colosso,  
E o teu futuro espelha essa grandeza.

Terra adorada,  
Entre outras mil,  
És tu, Brasil,  
Ó Pátria amada!  
Dos filhos deste solo és mãe gentil,  
Pátria amada, Brasil!

Deitado eternamente em berço esplêndido,  
Ao som do mar e à luz do céu profundo,  
Fulguras, ó Brasil, florão da América,  
Iluminado ao sol do Novo Mundo!

Do que a terra, mais garrida,  
Teus risonhos, lindos campos têm mais flores;  
"Nossos bosques têm mais vida",  
"Nossa vida" no teu seio "mais amores."

Ó Pátria amada,  
Idolatrada,  
Salve! Salve!

Brasil, de amor eterno seja símbolo  
O lábaro que ostentas estrelado,  
E diga o verde-louro dessa flâmula  
- "Paz no futuro e glória no passado."

Mas, se ergues da justiça a clava forte,  
Verás que um filho teu não foge à luta,  
Nem teme, quem te adora, a própria morte.

Terra adorada,  
Entre outras mil,  
És tu, Brasil,  
Ó Pátria amada!  
Dos filhos deste solo és mãe gentil,  
Pátria amada, Brasil!

## Hino do Estado do Ceará

Poesia de Thomaz Lopes  
Música de Alberto Nepomuceno  
Terra do sol, do amor, terra da luz!  
Soa o clarim que tua glória conta!  
Terra, o teu nome a fama aos céus remonta  
Em clarão que seduz!  
Nome que brilha esplêndido luzeiro  
Nos fulvos braços de ouro do cruzeiro!

Mudem-se em flor as pedras dos caminhos!  
Chuvas de prata rolem das estrelas...  
E despertando, deslumbrada, ao vê-las  
Ressoa a voz dos ninhos...  
Há de florar nas rosas e nos cravos  
Rubros o sangue ardente dos escravos.  
Seja teu verbo a voz do coração,  
Verbo de paz e amor do Sul ao Norte!  
Ruja teu peito em luta contra a morte,  
Acordando a amplidão.  
Peito que deu alívio a quem sofria  
E foi o sol iluminando o dia!

Tua jangada afoita enfune o pano!  
Vento feliz conduza a vela ousada!  
Que importa que no seu barco seja um nada  
Na vastidão do oceano,  
Se à proa vão heróis e marinheiros  
E vão no peito corações guerreiros?

Se, nós te amamos, em aventuras e mágoas!  
Porque esse chão que embebe a água dos rios  
Há de florar em meses, nos estios  
E bosques, pelas águas!  
Selvas e rios, serras e florestas  
Brotem no solo em rumorosas festas!  
Abra-se ao vento o teu pendão natal  
Sobre as revoltas águas dos teus mares!  
E desfraldado diga aos céus e aos mares  
A vitória imortal!  
Que foi de sangue, em guerras leais e francas,  
E foi na paz da cor das hóstias brancas!



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Educação*