



REFLEXIONES-ENSAYOS

REFLEXIONANDO SOBRE LA PRÁCTICA Y LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA INTENSIVA

REFLECTING ON NURSING CARES PRACTICE AND IMPORTANCE IN INTENSIVE THERAPY

*Spezani, R. S., **Lanzelloti, R. C., ***Costa Aguiar, B.G, ***Santiago, L.C., ***Shiratori, K.

*Enfermeiro do Hospital do Câncer/Ministério da Saúde (HC1-MS) e Hospital da Polícia Militar de Niterói (HPM NIT). Especialista em Terapia Intensiva. **Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ. ***Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP-UNIRIO). Brasil.

Palabras clave: enfermería, cuidados intensivos, literatura de revisión, calidad de la atención de salud.

Key words: nursing, intensive care, revision literature, health care quality.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es el análisis del cuidado de enfermería prestado a los pacientes en el centro de terapia intensiva, siguiendo la perspectiva biológica/reduccionista de atención y su impacto sobre el proceso salud-enfermedad de los individuos cuidados. Sirviéndonos del levantamiento y análisis bibliográfico como estrategia metodológica, tratamos de reflexionar sobre la práctica de cuidados de enfermería en el ámbito de la terapia intensiva, vislumbrando nuevas posibilidades de actuación. En el momento en que se busca la mejora de la calidad de la asistencia en salud, es importante repensar la práctica de la enfermería como una posibilidad de contribuir con la sociedad facilitando su evolución para obtener mejores condiciones de vida y salud. Los resultados precisan que los cuidados de enfermería son de gran importancia para el restablecimiento del paciente crítico, incluso, la adopción de un sentido crítico llega a ser necesaria como un camino para que estos profesionales distinguan los aspectos que son importantes en la ejecución de los cuidados y mejoren el impacto de sus acciones sobre la clientela asistida.

SUMMARY

The objective of this study is to analyze nursing care given to the patients in the centre of intensive therapy, considering the reducing/biological perspective of attendance and its impact on the process health-illness of the well-taken care of individuals. Using the survey

and bibliographical analysis as methodological strategy, we are seeking to reflect on the practise of nursing care in the scope of intensive therapy, viewing new possibilities of performance. At the moment when improving health assistance quality is an issue, it is important to think again about nursing practice. Nursing, seen as a possibility to contribute to the society and facilitates its development in order to obtain life and health better conditions. The results point out that nursing cares are of extreme importance for the reestablishment of a critical patient, however, the adoption of a critical sense becomes necessary as a way so that these professionals differentiate the agreement of the aspects that are important in the execution of cares and impact improvement of their action on the observed patients.

INTRODUCCIÓN

El avance del conocimiento humano es uno de los más importantes fenómenos de la historia actual, así como sus innegables contribuciones. También en la enfermería donde en el intento de mejorar la calidad de la asistencia que es ofrecida a la población, los enfermeros no han regateado esfuerzos en las actividades de enseñanza e investigación, a fin de mejorar la descripción, la reflexión y la comprensión de los fenómenos relacionados con su práctica cotidiana de cuidados a los clientes, casi siempre en condiciones graves de enfermedad. Pensamos que este sea un movimiento bastante discreto frente a los innumerables desafíos que nos presentan y que nos impiden ofrecer un cuidado que vaya más allá de las barreras del biologicismo, cuando en verdad sabemos que es necesario ir un poco más adelante y, al mismo tiempo, todos los discursos teóricos, principalmente los salidos de la enseñanza nos invitan todo el tiempo a repensar el cotidiano de nuestras prácticas a través de una propuesta más humana de intervención.

En la terapia intensiva, campo de nuestras prácticas y cuidados, verificamos una serie de factores y movimientos que fortalecen a los profesionales de este ramo específico para que desarrollen una voluntad de saber (1), caracterizada por el dominio incesante y masificado de conocimientos de cuño técnico-científico para que sean capaces de mejorar la práctica de sus acciones junto a la clientela tratada obteniendo con eso mejores resultados, reconocimiento, satisfacción personal y poder. Entretanto, constatamos en la práctica que la valorización excesiva de este binomio saber-poder no siempre trae los beneficios reales a la clientela tratada. Además vemos constantemente que este comportamiento ha posibilitado la creación de problemas en las relaciones que se establecen en los sujetos que cuidan y los que son cuidados, desfavoreciendo la calidad y eficacia del producto final de su influencia: el cuidado.

La condición citada nos causa incomodo e insatisfacción y nos revela la fragilidad de los pilares en que se ajustan algunas de nuestras concepciones, a la vez que nos empuja a repensar en nuestra propia participación y en el mantenimiento o derrumbe de las barreras que se presentan en este particular, en un momento en que deseamos mejorar la calidad de nuestros servicios en el mundo de la salud y, al mismo tiempo, elevar la profesión enfermera a la condición de ciencia, reconocida y legitimada en el medio social.

Reflexionando acerca de estos apuntes, tomamos como objeto de este artículo el cuidado de la enfermería ofrecido en el centro de terapia intensiva (CTI) en su correlación al proceso salud enfermedad de la clientela tratada.

Considerando que tanto el conocimiento como los objetivos de la salud deben abarcar al ser humano en sus formas de vida y reproducción social, sin perder de vista la totalidad de lo que él es realmente, la cuestión norteadora de este estudio: ¿Sería posible cambiar la forma como es prestado el cuidado de enfermería en el CTI?

En este sentido, este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre la práctica de cuidados de enfermería en el campo de la terapia intensiva, considerando su importancia en el proceso salud-enfermedad, vislumbrando nuevas posibilidades de actuación.

METODOLOGÍA

Para alcanzar el objetivo propuesto, utilizamos como estrategia metodológica la revisión bibliográfica (2) con la lectura y el siguiente análisis crítico-reflexivo de libros y periódicos científicos en consonancia con la temática en discusión. En este sentido, el artículo deriva del análisis crítico-reflexivo y de la selección de una colección compuesta de 336 trabajos, con recorte temporal entre 1982 y 2006, que fue compilado en el periodo comprendido entre los meses de Enero de 2005 y Mayo de 2006. En el intento de esclarecer el problema de la pesquisa, buscamos los datos en las siguientes bases bibliográficas brasileñas: Bireme, Medline y Lilacs, así como en la biblioteca de la Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ). Fueron utilizados, los predictores enfermería, CTI, terapia intensiva, poder, saber y cuidados. En el análisis crítico-reflexivo buscamos articular el pensamiento con autores de expresión en otras áreas de aquellos considerados de mayor relevancia e interés para la temática en cuestión.

RESULTADOS

La teorización y fundamentación son entendidas como corolarios del hacer, pues ese hacer es orientado por un contexto teórico que es formulado, madurado y desarrollado por el propio ejercicio de la práctica (3). Así, pensamos que la transformación de toda y cualquier realidad solamente será fomentada a partir del momento en que lanzamos una mirada más profunda a los fenómenos que se desarrollan en nuestro contexto diario de vida, buscando identificar sus peculiaridades y en un contexto macro de interrelaciones, interpretarlo, analizarlos y transformarlo. Por tanto, el saber de la enfermería no puede ser concebido como una instancia abstracta, neutra o desvinculada de la práctica: él es históricamente construido (4).

La enfermería es una práctica social (5), como tal, viene incorporando en su cuerpo de conocimientos, a través de su currículo de formación, innumerables fundamentos derivados de otras ciencias, como la antropología, la sociología la matemática, la psicología, entre muchas otras disciplinas que sumadas, confieren mayor relevancia a las bases teóricas que sustentan sus prácticas, teniendo al ser humano (saludable o enfermo) como objeto de sus actividades.

Nuestras reflexiones acerca de este saber nos inducen a pensarlo y hasta a definirlo, como un inagotable constructo que en estrecha conexión con los fenómenos históricos, económicos, políticos y culturales de cada época, será siempre un reflejo de la interacción de sus agentes con la humanidad y con las transformaciones ocurridas en el contexto social. De esta manera, cualquier intento de conferir aras de cientificidad pasará, necesariamente, por un camino de argumentaciones cuyos fundamentos siempre partirán de las experiencias contempladas por sus agentes y por su capacidad de reflexionarlas, transformarlas en conocimientos válidos y divulgarlos. Por tanto el tiempo para la efectiva maduración de la información y absorción por quien quiera que sea, pasa a ser determinante (6), so pena de convertirse en un producto desechable por la sociedad de consumo.

Estos presupuestos son necesarios porque, de un modo general, acreditamos que utilizamos modelos que nos orientan a interpretar los fenómenos que ocurren en la naturaleza y en la

sociedad. Actualmente, vivimos en una sociedad jerarquizada, donde se valora la posición social del individuo, no necesariamente el individuo como persona y, sobretudo, la relación binomial poder saber. Esa correlación es orientada sobre la óptica de un paradigma vigente, en que se valora la tecnocracia. Con todo, en una sociedad capitalista, no todos tienen acceso a los mismos derechos sociales, como salud, educación, vivienda y trabajo. Es necesario aclarar que el CTI es una dependencia hospitalaria en que se emplean recursos humanos especializados y materiales sofisticados para controlar los problemas de salud presentados por la clientela asistida. Ello conlleva un costo tangible e intangible para el cliente, familia, prestadores y sociedad. Esto nos obliga a admitir que existen grupos privilegiados y no privilegiados en la constitución de la población brasileña, hecho éste que posibilita distorsiones en sus formas de comprender la realidad, impidiéndoles estructurarse para poder caminar constructivamente pautadas por la verdad, sabiduría y ciudadanía. La tecnología punta está cada vez más incorporada y desarrollada en los cuidados al paciente crítico (7), influenciado no sólo el significado del trabajo de los profesionales, sino que también está siendo erróneamente encarada como la solución para los problemas de los clientes.

Las unidades de salud brasileñas representan una cuestión particular en la atención de las demandas de salud de la población, pues están insertas en un contexto socio, político y económico en que se comprueba la dificultad de acceso y no resolutivez (8) al exponer a los usuarios a diversos riesgos, incluso iatrogénicos. La enfermería, como práctica social, también emerge de este contexto, y en el escenario de la terapia intensiva, viene a lo largo de los años produciendo a través de sus prácticas los principios sedimentados por el paradigma biológico-reduccionista que reflejan sus ideas, valores y condiciones (9). De esta manera, se alcanza una concepción funcionalista y compartimentalizada del cuerpo, en que este es comprendido como una máquina. En este sentido, la enfermedad es una avería que impide su buen funcionamiento y la tarea del profesional de salud es su arreglo. Estas concepciones se determinan sobre las prácticas, la organización de la asistencia y sobre la propia formación de los recursos humanos para actuar en esa área(10).

A nuestro entender, estos hechos que, pueden ser fácilmente constatados, tienen una fuerte influencia en la forma de comprender la enfermedad y la salud en los contenidos contemplados por las disciplinas de los currículos y de los cursos de graduación en enfermería y con el propio mercado de trabajo para los enfermeros, que concentra en el ambiente hospitalario su mayor oferta de oportunidades, llevando en contrapartida a muchos de estos profesionales a optar por esa modalidad de asistencia.

Por otro lado, el mercado de trabajo no se separa de otros segmentos sociales y se sustenta sobre un soporte institucional delimitado por objetivos que atienden y reproducen discursos vinculados a los intereses dominantes de cada época. Reforzado y reducido por todo un conjunto de prácticas, de forma a acoger a los que saben y a excluir a los que no saben, tal reproducción se refleja sobre las propias prácticas de los profesionales, una vez que tienden a valorizar las habilidades instrumentales, en perjuicio de sus actitudes frente a la persona enferma (11).

Se identifica, por tanto, una gran separación entre formación académica y la práctica, toda vez que la última se contrapone a un discurso equivocado (12) de un cuidado integral, que contemple cuerpo, mente y espíritu, toda vez que de ninguna manera podemos denominar integral cualquier cuidado que no vaya más allá de lo meramente biológico, como forma de justificar la falta de un cuidado más humano.

La utilización acrítica del modelo biológico/reduccionista en la terapia intensiva tiene su resultado en el diálogo de las relaciones entre los profesionales de enfermería y los clientes, tan perceptibles cuanto fuertes, que se procesan en todas las fases del proceso asistencial, pautadas en la relación saber-poder. Esas conclusiones son sustentadas por autores que abordan la fuerza y la debilidad de los cuidados de enfermería (13) apuntándonos la necesidad de que los enfermeros y enfermeras definan sus estrategias de actuación en conjunto con sus equipos, cuando valoran lo accesorio y no esencial de sus cuidados, que su trabajo no es reconocido por la comunidad científica y tampoco por la clientela asistida.

Las fisuras se refieren a las relaciones que se establecen entre los sujetos que cuidan y los que son cuidados puesto que muchas veces los cuidados ofrecidos no atienden a las necesidades reales de los clientes internados, ya que no contemplan aspectos importantes que dicen respecto a sus vidas y las formas de y comprender la enfermedad. De tal suerte que dependiendo del tipo de relación que el equipo establezca con el enfermo, se puede contribuir para el sufrimiento, casi tanto como la enfermedad que lo aqueja (14). Pudiendo, inclusive, llegar al extremo, del cliente morir técnicamente bien asistido (15) necesitado de la asistencia en lo que se considera fundamental: La presencia humana cariñosa y amiga a la cual ninguna comodidad tecnológica será capaz de completar.

DISCUSIÓN

Según lo expuesto es imperiosa la necesidad de cambios. En el escenario de la salud, saberes, poderes y seres humanos no pueden disputar espacios. Al contrario, deben sumar esfuerzos en el sentido de mejorar las condiciones adversas de la vida y de la salud.

Necesitamos saber que los enfermos, los técnicos y auxiliares de enfermería son sujetos sociales y políticos, sujetos de cultura y afecto, formados para desempeñar su misión como actores sociales que participan en la construcción de la historia, en la estructura y dinámica de campos de la salud y de la ciencia en el contexto de la dinámica social, en la edificación del futuro como instancia constituyente de la identidad sugestiva y social (16). Entendemos que algunos largos pasos necesitan ser dados y que tal vez, el primero de ellos sea el rescate de la posición de estos sujetos en estas relaciones tan conflictivas siendo importante reconocer límites y posibilidades de cada uno de ellos.

En el escenario de nuevas perspectivas, algunos profesionales que actúan en la terapia intensiva se dan cuenta de la necesidad de cambiar el enfoque predominantemente especializado por un abordaje diferenciado que englobe al cliente en cuanto individuo con necesidades propias (17).

El cuidado de enfermería es de primordial importancia para la hospitalización, pues entre otros casos, es lo que permite establecer intervenciones terapéuticas sobre la clientela. Es en el espacio de fragilidad de ese cliente donde el cuidado de enfermería actúa como instrumento para conquistar la confianza y la aproximación, mediante el establecimiento de una relación de afecto capaz de fortalecer el instinto de lucha por la supervivencia y por la recuperación (18).

Admitiendo que el cuidado es de hecho relacional (9), es preciso su desarrollo bajo la óptica de la totalidad, en que el ser humano sea una combinación de varios aspectos, independientemente del sector en que es realizado.

El planteamiento de cuestiones acerca de la naturaleza de los cuidados y de la forma como estas son ofrecidas, puede ser el inicio del desarrollo de otros modelos de atención en salud en que múltiples factores cualitativos distintos sean valorados (19).

Las prácticas educativas en salud para el autocuidado, tan desprestigiadas por los profesionales de la enfermería en el ámbito de la terapia intensiva, pueden ser instrumentos verdaderos para fomentar modificaciones comportamentales que ayuden a los clientes a establecer actitudes que los beneficien en un futuro no muy lejano.

Cuando permitimos que nuestras prácticas se sobrepongan a las personas a las cuales se aplican, quebramos la relación y todas las posibilidades de cambio, madurez y crecimiento que de ellas puedan derivarse, intensificando la ignorancia, la marginalización, la dependencia y la atención a las personas.

Sabemos hoy que la ciencia es productora de discursos y que intenta a todo costo, legitimar, tornándolos aceptables y verdaderos. En la sociedad biomedicalizada la ciencia se ha declarado como condición para la felicidad de los hombres sin embargo, la felicidad tarda en llegar, al tiempo que el mal se propaga (13). Tal afirmación nos induce a creer que es preciso tener cuidado con los discursos científicos, saber distinguirlos y reconsiderarlos (20, 21).

La adopción de un sentido crítico podrá ser un camino para los profesionales de la enfermería para diferenciar la atención de los aspectos que les son importantes en la ejecución de los cuidados, y mejorar el impacto de dicha atención.

Entendemos que el proceso salud-enfermedad es el resultado de la influencia humana con sus condiciones de vivienda, transporte, trabajo, tiempo libre, educación, acceso a los propios servicios de salud y cultura. La implementación de un pensamiento crítico por parte de los profesionales de la enfermería debe ser concretizada cuando estos inicien su formación educacional, y aprovecharla como un requisito impar, enriquecido por la evaluación constante de sus contenidos, objetivos y metodologías, valorizando la creatividad práctica consolidada en modelos de investigación y alternativas terapéuticas (18).

CONCLUSIÓN

Experimentamos en la sociedad actual un momento impar en que se intenta reestructurar la política de atención a la salud y la propia concepción del proceso salud-enfermedad. De la misma forma, vimos la inmersión discreta de los derechos de los servicios del usuario y una preocupación con la cuestión de la calidad del servicio prestado buscando formas de gestión que viabilicen la eficacia y la satisfacción de quien cuida y de quien es cuidado en la CTI.

El reduccionismo en la asistencia de la enfermería en CTI ha prevalecido, si tenemos en cuenta la forma como son ofrecidos los cuidados. Entretanto, esos mismos cuidados pueden volverse más eficaces y humanizados con la introducción de una mirada más totalizadora sobre los clientes que son cuidados. Esas visiones, aunque distintas, pueden complementarse en la lucha contra la enfermedad y los males que de ella derivan, a medida que sean diferenciadas sus potencialidades y límites, para que sean obtenidos mejores resultados con el trabajo que es desarrollado.

La literatura nos apunta que los profesionales de enfermería ejercen un importante papel en la construcción de la ciencia, de la ética y de la política del cuidado humano. El contexto de sus prácticas y cuidados aún carece de una posición acerca de los que son y de lo que

representan ante momentos tan importantes frente a la enfermedad, siendo la enfermería una identidad a clarificar.

Es necesario que estos agentes espabilen para la adopción de un pensamiento crítico incorporándolo en toda su trayectoria profesional, no solamente en la terapia intensiva, como en otras áreas de entre sus varias posibilidades de actuación, de modo que, con la adopción de esta conducta puedan contribuir realmente con la sociedad por medio de la ejecución de una práctica transformadora que conduzca a la formación de un contradiscurso libre y emancipador

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Foucault M. A ordem do discurso. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 12ª ed. São Paulo (SP): Loyola; 2005.
- 2 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 3 Luckesi CC, Barreto E, Cosma J, Baptista N. Fazer universidade: uma proposta metodológica. 6ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 1991.
- 4 Almeida MCP, Rocha JJY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo (SP): Cortez; 1986.
- 5 Ornellas CL. A enfermagem e suas bases de sustentação teórica: a construção de um marco conceitual. *Cad Pesq Cuidado é Fundamental* 1992; 2(2):50-55.
- 6 Santiago LC. Ética e poder na sociedade da informação. *Rev Lat-Am Enferm* 2000; 9(5):100-101.
- 7 Bastos MAR. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. *Rev Lat-Am Enferm* [on line] 2002; 10(2). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid/pdf>> (15 mai. 2005).
- 8 Correa AK. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. *Rev Esc Enferm USP* 1998; 32(4):297-301.
- 9 Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zederad. *Rev Lat-Am Enferm* 2004; 12(2):250-257
- 10 Lunardi VL, Borba MR. O pensar e o fazer da prática pedagógica: a busca de uma nova enfermeira. In: Saupe R. Educação em enfermagem: da realidade construída as possibilidades de construção. Florianópolis: Ed.da UFSC; 1998.
- 11 Kestenbergg CCF. As relações humanas como essência da atitude terapêutica. In: Silva LD, org. Cuidados ao paciente crítico: fundamentos para a enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Cultura Médica, 2003. p.1–16.
- 12 Lacerda MR, Mantovani MF, Kletemberg DF. Entre a teoria e as práticas do cuidar: que caminho trilhar? *Cogitare Enfermagem* 2004; 9(1):94-99.

- 13 Hesbeen W. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência; 2000.
- 14 Cardim MG, Costa MM, Nascimento MAL, Figueiredo NMA. Ações sem sentido por (aparente) ausência de sentido: o ser humano em coma como objeto do cuidado da equipe de enfermagem. Rev Enf Brasil 2006; 5(2): 95-100.
- 15 Thomas CT. O cuidado ao término de uma caminhada. Santa Maria: Palloti;1999.
- 16 Malvarez S. Contexto de la práctica centrada em los cuidados: multideterminación, crisis y complejidad. Rev Enfer Globa [on line] 2002; n.1, nov. Disponível em: <<http://www.um.es/global/1/01e03.html>> (17 abr. 2006).
- 17 Moraes JC, Garcia VGL, Fonseca AS. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulto: visão dos clientes. Nursing 2004; 79(7):29-35.
- 18 Machado WC. O trabalho no setor saúde. In: Geovanini T, Moreira A, Schoelle DS, Machado WC. História da enfermagem: versões e interpretações. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 2005. p.279–290.
- 19 Ruffino Netto A, Pereira JC. O processo saúde-doença e suas interpretações. Medicina 1982; 15 (1-2):1–4.
- 20 Demo P. Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis: Vozes; 1997.
- 21 Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 11ª .ed. Porto: Afrontamento;1999.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia