

# **REPENSANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI), ATRAVÉS DA FENOMENOLOGIA<sup>1</sup>**

Larissa Chaves pedreira<sup>2</sup>  
Regina Mendonça Lopes<sup>3</sup>  
Clarice Oliveira<sup>4</sup>

## **Resumo**

O artigo refere à temática da vivência do idoso internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em uma abordagem fenomenológica, ressaltando a análise compreensiva dos depoimentos coletados durante uma dissertação de mestrado. Foi observado assim, que o cuidado de enfermagem ao outro, ainda se apóia no seguimento de normas e rotinas instituídas, e no saber limitado à técnica.

Palavras chave: cuidado de enfermagem, administração da assistência de enfermagem, Fenomenologia.

## **Abstract**

This article, refer a thematic about the experience of the older hospitalized in Intensive Care Unit (ICU) in a phenomenology approach, projecting a comprehensive analyses about the discourses during a Master Dissertation. We observed with this, that the nursing care supports yet in following rules and routines informed, and in recognize limited about the technique.

Key words: Nursing care, nursing care administration, phenomenology.

## **INTRODUÇÃO**

O desenvolvimento da dissertação de mestrado sob essa abordagem teve como objetivo compreender a vivência da pessoa idosa internada na UTI, tendo como foco de referência à fenomenologia de Martin Heidegger, e a sua obra *Ser e Tempo*.

A escolha desse tema teve início durante a minha prática atuando como enfermeira assistencial em UTIs, onde sempre me inquietou alguns comportamentos apresentados pelos idosos internados como depressão, agitação, desorientação, não aceitação ao tratamento e aos cuidados entre outros. Comportamentos estes, não observados com a mesma frequência em pacientes de outra faixa etária.

Essas reações, contudo, eram muitas vezes justificadas pela idade do paciente, sem nenhuma reflexão mais profunda sobre o que teria causado determinada atitude.

Como docente na Escola de Enfermagem da universidade Federal da Bahia, aproximei-me mais dessa faixa etária através do NESPI (Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Idoso), onde realizando consultas de enfermagem com os idosos, pude compreender melhor suas necessidades.

---

<sup>1</sup> Recorte da dissertação de mestrado intitulada: *Ser-Idoso: vivência de internação em Unidade de Terapia Intensiva*. Defendida em fev/2000 no Programa de Pós-Graduação da escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

<sup>2</sup> Professora Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

<sup>3</sup> Professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, co orientadora do trabalho

<sup>4</sup> Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, orientadora o trabalho

Aprovada na seleção do Mestrado surgiu assim, a oportunidade de realizar um estudo sobre um assunto que tanto me inquietava: a razão de alguns comportamentos assumidos pelos idosos na UTI, a fim de melhorar o cuidado a essa clientela.

Contudo, como compreender esses comportamentos através de observações e dados mensuráveis? Essa dúvida me foi sanada, quando conheci a fenomenologia através das disciplinas Metodologia da Pesquisa I e II. Vislumbrei assim, um meio de desenvolver a compreensão da vivência do idoso internado na UTI, com vistas a desvelar o que estava por trás de suas queixas, atitudes e comportamentos.

O caminhar através dessa abordagem filosófica foi difícil, desde quando os textos trazem uma linguagem pouco corriqueira em nosso meio. Por outro lado, a leitura dos textos e trabalhos referentes à temática, me fazia, cada vez mais, refletir, não somente sobre a minha prática no cuidado com o paciente, mas também sobre o meu lidar-com-o-outro no cotidiano.

A partir das seguintes questões norteadoras: **Como é ser paciente de UTI ?** Desenvolvi a entrevista fenomenológica com os idosos sujeitos do estudo após consentimento esclarecido e liberação do comitê de ética dos hospitais. As entrevistas foram gravadas, transcritas e lidas com atenção.

Assim, lendo e relendo os discursos e, tentando reportar-me para o momento da entrevista, foram surgindo para mim, trechos marcantes e significativos, que agrupados, tiveram a denominação de Unidades de Significado. Surgiram então, cinco unidades, nesse trabalho apresento duas, com alguns depoimentos.

## **REFLETINDO SOBRE O CUIDADO AO IDOSO NA UTI**

### **SENTIMENTO DE SOLIDÃO ACENTUADO PELA IMPESSOALIDADE DA RELAÇÃO PROFISSIONAL/PACIENTE**

A solidão é um sentimento forte encontrado no idoso, principalmente com a falta de amigos, filhos e entes que já se foram. Percebe-se nos discursos, tanto a solidão objetiva, com a falta do convívio de familiares e amigos, como a solidão subjetiva, quando o paciente rodeado de profissionais, não sente em todos que se aproximam para prestar o cuidado, uma presença significativa, uma preocupação com o seu ser como ser-no-mundo. Ao contrário, muitos se aproximam para prestar um cuidado mecânico, ocupar-se do paciente com conhecimento técnico, não se relacionando com o outro como um ente envolvente.

*“... como você falou aí, afastado da família, a gente sente a falta (entristece um pouco a voz). Sente a ausência daquela convivência, do carinho entendeu? Eu mesmo aqui fico pensando na minha netinha entendeu? Mas tudo é feito em prol da nossa saúde, da melhoria da nossa saúde...” (D2)*

*“Porque de ficar isolada aqui, eu prefiro lá em cima ( no apartamento, fora da UTI)” (D3)*

Infelizmente, o que observamos na prática é que a integração enfermeira/paciente, o estabelecimento de uma relação de sempre ocorre, se limitando essa a uma relação impessoal e informal, que tem como objetivo o cumprimento de tarefas. Em relação a isso, Miranda et al (1997) observam que não é mais aceitável a colocação do cliente como “objeto de trabalho” passivo das ações de enfermagem, nem caracterizar suas atitudes como reações, estas podem ter significados muito mais profundos.

*“...a maioria, como é que vai, tal, como passou a noite, tal. Como também têm médicos que dão mais atenção entendeu? Às vezes por conhecer, por já ser amigo, dá mais atenção a um que ao outro... A gente se sente um pouco desprezado. Conversa mais com os outros*

*e com você, às vezes, só o necessário, você puxa conversa com ele, ele chega faz (imita movimentos como se estivesse examinando de forma mecânica), e tá tudo bom, e a gente [pausa], e isso é...é...é de cada um. ... eu, dentro dos meus conhecimentos, eu gosto de conversar com as pessoas, porque a gente tem sempre o que colher com as pessoas boas, e através do diálogo a gente aprende ... os médicos muitas vezes não dizem a realidade ...” (D1)*

O paciente na UTI sente falta de alguém que se relacione com ele de maneira significativa, que tenha tempo de ouvi-lo, e não o trate de modo impessoal.

De acordo com Heidegger (1998):

O impessoal encontra-se em toda parte, mas no modo de sempre ter escapulado quando a presença exige uma decisão. Porque prescreve todo julgamento e decisão, o impessoal retira a responsabilidade de cada presença. O impessoal pode, por assim dizer, permitir-se que se apoie impessoalmente nele. Pode assumir tudo com a maior facilidade e responder por tudo, já que não há ninguém que precise responsabilizar-se por alguma coisa. (p.180).

É muito mais cômodo, porém, agir de maneira impessoal com o paciente sujeito de nossos cuidados, já que a interação, o estar junto, o escutar, exige uma preocupação, um envolvimento e uma responsabilidade que vai além da ocupação e do desempenho de tarefas. Com isso, é preciso refletir, pensar realmente sobre o nosso papel enquanto seres humanos e profissionais de saúde.

Também, fatores relacionados com a organização do setor, foram observados quando os pacientes relatam, em suas falas, situações relacionadas à solidão e à impessoalidade dos profissionais.

Entre esses fatores, podemos destacar a grande rigidez do horário de visitas. Para o idoso, a falta de um membro da família ao seu lado, assim como períodos curtos de visita, que geralmente, são revezados com mais de um familiar, não são suficientes para uma conversa mais profunda, que transmita uma segurança maior.

A grande rotatividade dos funcionários de enfermagem na prestação do cuidado foi também observada, o que dificulta o estabelecimento de um relacionamento empático.

É importante também que a enfermeira, atuando como elemento supervisor da equipe de enfermagem, desenvolva junto a seus funcionários, atividades que envolvam uma caracterização da clientela atendida, identificação das demandas desta, avaliação da qualidade da assistência prestada, e assim identificar as necessidades de orientação e treinamento dos funcionários. Para isso, é preciso compreender o paciente em todas as suas nuances, estar atento para o que está velado em seus comportamentos e queixas.

Contudo, o que muitas vezes ocorre, é que falta na enfermeira, tempo para se relacionar com o paciente de maneira significativa, de estar-com ele, ouvi-lo e compreendê-lo.

Kurcgant (1991), aponta como elementos que dificultam esse trabalho de supervisão da enfermeira, a existência de uma política de trabalho centralizadora, autoritária, trefista, onde o importante é o desempenho de tarefas. Também a falta de uma postura crítica, reflexiva e conscientizadora nos profissionais, que em grande parte se deixam levar por normas e rotinas já instituídas obedecendo-as “cegamente”, moldando-se sem nenhuma análise crítica a uma política de saúde onde ainda se estima a quantidade ao invés da qualidade. A inadequação dos recursos humanos é também um outro fator importante ressaltado, podendo ser constatada tanto no aspecto quantitativo quanto no qualitativo.

Em relação ao aspecto quantitativo, Moura (1992) constata que a assistência hospitalar necessita de um grande contingente de trabalhadores para sua execução. Contudo, nos hospitais, não é isso que se observa, a escassez de pessoal leva a sobrecarga de trabalho, desgaste e insatisfação do profissional, tendo como consequência, falta de tempo deste de estar-com o paciente, prestando uma assistência individualizada e direcionada. Isso leva o profissional a

apenas cumprir tarefas, podendo gerar neste um grande sentimento de angústia e a sensação de não ter realizado nada de útil.

No que se refere ao aspecto qualitativo, é importante que o profissional compreenda a clientela com a qual está trabalhando, compreendendo as suas peculiaridades. Moura (1992), observa a importância de um treinamento contínuo em serviço, além do treinamento básico adequado. É preciso que o profissional se identifique com o seu trabalho afim de realizá-lo com prazer, o que proporciona uma melhoria da disposição em executá-lo.

Como afirma Heidegger (1998):

Na medida em que a pre-sença é, ela possui o modo de ser da convivência. Esta não pode ser concebida como resultado da soma de vários "sujeitos". O deparar-se com o contingente numérico de "sujeitos", só é possível quando os outros que vêm ao encontro na co-pre-sença são tratados meramente como "números". Tal contingente só se descobre por meio de um determinado ser-com e para os outros. Esse ser-com "desconsiderado" "computa" os outros sem levá-los em conta seriamente, sem querer ter "algo a ver" com eles. (p. 178).

É importante assim, no cuidado ao paciente, estar atento para que a técnica, a insatisfação no trabalho e o próprio cotidiano, não nos afastem do verdadeiro sentido presente em cada idoso sujeito de nossas ações.

### **Os pacientes idosos relatam insatisfação e constrangimento com a cotidianidade hospitalar**

Observa-se aqui, que as diversas teorias da administração tiveram uma influência muito grande na organização do trabalho de enfermagem, principalmente a teoria clássica que valoriza a autoridade, a disciplina a unidade de comando e direção, a subordinação do interesse particular ao interesse geral da empresa. Assim, a enfermagem perde o contato com o paciente, se ocupando das medicações, tratamento, procedimentos. Atividades burocráticas, resultando em um trabalho de produção em massa com obrigações a serem cumpridas, o que leva o distanciamento do todo do paciente.

Na prática, percebemos que esse olhar técnico é muitas vezes fruto de um aprendizado e de uma maneira de pensar esquematizada, estruturada, que permeia toda a nossa educação, onde a assistência de enfermagem é listada em uma relação de causa-efeito. Assim, Pedreira (2000) aponta que o saber esquematizado direciona o olhar para caminhos estreitos, ficando o acontecimento em si perdido, retraído, já que não é visto em sua essência. É o pensar que calcula, que já tem respostas prontas para tudo. Não se pratica o pensar que medita, aberto a possibilidades, ao singelo, ou seja, aquilo que nos toca como um desabrochar, como algo que é novo. E esse olhar técnico, costuma ser alimentado por um sistema de saúde que ainda se apóia no lucro e na quantidade.

*“... ontem mesmo estava perguntando assim aos médico: doutor, eu não tô me sentindo tão ruim assim, não posso me levantar para ir ao sanitário não? Ele disse não, aqui não. (...) Mandeí buscar pijama, não pode, tem que ficar aqui somente enrolado nesse lençol”.*(D2)

*“Não poder sentar na cama (a senhora não tinha nada que a impedisse de sentar na cama), não poder se mexer com essas coisas (aponta para os eletrodos e acesso venoso), não poder ir no banheiro, não posso fazer isso ou aquilo. Não posso fazer xixi na aparadeira, mas tem que fazer. Eu não tenho suor, não fico suada, e esse banho todo dia me magoa todinha. Não posso comer, não*

*posso mastigar (esta sem prótese). Lá em cima é melhor (se refere ao apartamento), a gente não fica sozinha, a família chega e demora, dorme comigo, pode dormir, é isso...” (D3)*

De acordo com Pedreira (2000), a ocupação do outro diz respeito, na prática de enfermagem, aos procedimentos e ao saber técnico, importante para a profissão, contudo, o cuidado humano vai mais além, sendo necessário enfocar também a liberdade, a paz, o respeito e a ajuda, não condizendo isso com um modo de ser de estagnação, alienação e comodismo.

Com isso, as normas são importantes, porém elas não devem ser fechadas, ou seja, intransponíveis, não podem ditar o comportamento das pessoas, nem determinar quando, onde e como as coisas devem ser feitas exatamente, pois a hierarquia rígida procura tolher a espontaneidade da relação entre as pessoas, subjulgando-as ao mando. (Bellato e Carvalho, 1998: p.12). Ao lidarmos com o ser humano, estamos lidando com pessoas diferentes, com várias possibilidades de ser, que têm suas crenças, costumes, hábitos, vivências, experiências, pensamentos individuais.

Assim, é preciso saber escutar o paciente, não se atendo somente ao normatizado. Em relação à escuta, Heidegger (1998) aponta que:

Somente onde se dá a possibilidade existencial de discurso e escuta é que alguém pode ouvir. Quem “não pode ouvir” e “deve sentir” talvez possa muito bem e, justamente por isso, escutar. O ouvir por aí é uma privação da compreensão da escuta. Discurso e escuta se fundam na compreensão. A compreensão não se origina de muitos discursos nem de muito ouvir por aí. Somente quem já compreendeu é que poderá escutar. (p.223).

Por isso é tão importante conhecer os pacientes com os quais trabalhamos, a compreensão do outro só pode acontecer quando estamos abertos a sua essência a tal ponto, que conseguimos nos colocar no lugar dele, e a partir daí direcionar o nosso cuidar.

Os próprios critérios para elaboração das normas apontam que estas devem ser flexíveis, permitindo mudanças através do raciocínio, da iniciativa e da necessidade de cada doente. Assim, os critérios de avaliação que as acompanham devem estabelecer medidas tanto qualitativas quanto quantitativas do cuidado de enfermagem, devendo também estar sujeita a contínua revisão e avaliação.

### **Tranquilidade em relação ao internamento na UTI juntamente com uma sensação de bem estar frente à assistência prestada na unidade, alicerçadas pela relação entre co-presenças**

Percebe-se que na terceira idade, com o acúmulo de experiências e barreiras que tiveram que ser ultrapassadas ao longo da vida, o indivíduo cria uma certa maturidade ao se defrontar com algumas dificuldades. Além disso, o paciente idoso, com o envelhecimento do organismo e o aparecimento de intercorrências clínicas como hipertensão, diabetes entre outras, começa a ter uma familiaridade com o hospital, consultas, exames, medicações etc, e alguns até sentem-se bem ao saber que tem alguém cuidando de sua saúde.

*“ ... eu já faço parte desse hospital há 17 anos [pausa] das vezes que precisei foi pra fazer operação de rins” (D2)*

*“ Não, eu aqui tô muito calma, eu hoje sou adventista, sou uma pessoa muito fiel a Deus, eu sei que Deus existe, peço muito a lê pela minha vida, pela minha paz, pela minha casa, pelos meus filhos ... eu filho chega aqui, tudo bem mãe? Ta gostando de tudo? Digo: Tô filho, tá tudo bem ...*

Nos discursos, foi observado também que o paciente ao falar sobre o bem estar, e a boa relação com o pessoal da equipe, se utiliza de termos que, pela compreensão, parece se referir aos auxiliares de enfermagem. Observa-se então, como o paciente valoriza quem está perto dele, lhe prestando cuidados, mas também conversando de maneira informal. Ele valoriza quem está a escutá-lo, quem está com ele na pre-sença, não só questionando sobre coisas formais, previamente elaboradas.

Sabe-se que a enfermagem tem, como uma de suas funções administrativas, a elaboração do processo de enfermagem que envolve: avaliação das necessidades do paciente, determinação do diagnóstico de enfermagem, planejamento do cuidado, intervenção e avaliação dos resultados.

Contudo, para compreender o paciente, não basta a realização de uma entrevista estruturada como um histórico de enfermagem, é preciso mais, é preciso ver e observar o doente a partir do seu espaço e tempo, é se colocar no lugar dele, ser empática, captar sua subjetividade, compreender seu comportamento de acordo com sua história de vida e suas possibilidades.

E para isso Kron e Gray (1994), apontam que a falta de compreensão e aceitação dos sentimentos do paciente por parte da enfermeira, pode causar obstáculos definitivos ao processo da avaliação deste. A enfermagem deve ser empática e não simpática em relação ao cliente.

Para Heidegger (1998):

Ser para o outro não é apenas uma remissão ontológica irreduzível e autônoma. Ele já está sendo, enquanto ser-com, o ser da presença. Na verdade não se pode discutir que, com base no ser-com, o conhecer-se reciprocamente concreto depende, muitas vezes, do alcance em que a própria pre-sença sempre se compreende a si mesma: no entanto, isso diz apenas o alcance em que o ser-com os outros essencial se tornou transparente e não de deturpou, o que só é possível porque a pre-sença, enquanto ser-com, já é sempre com os outros. Não é a "simpatia" que constitui o ser-com. Ao contrário, ela só é possível com base no ser-com, não podendo ser evitada em seus modos deficientes e predominantes do ser-com, já que estes a motivam.  
(p.177)

É importante que a enfermeira tome consciência de seu papel como gerente e cuidador, porém, infelizmente, como afirma Ferraz (1998), o processo de cuidar e o processo de gerenciar estão muito distantes um do outro, configurando-se em eixos distintos que correm em paralelas nas instituições hospitalares. Não basta só gerenciar ou cuidar, é preciso gerenciar cuidando e cuidar gerenciando.

### **As limitações pela situação de internação e o afastamento do lar, leva o idoso a valorizar as relações cotidianas construídas no mundo humano**

Como pre-sença em seu mundo, o idoso se relaciona com seus familiares, amigos, objetos, enfim, tudo que faz parte do seu dia-a-dia, da sua cotidianidade, vivendo essa cotidianidade de forma a estar inserido nesta, se familiarizando com esse mundo.

Assim o ser-no-mundo cotidiano é também entendido como o modo de lidar no mundo e com o ente intra mundano.

Na UTI, fora da sua cotidianidade, do cultivo de seus hábitos rotineiros, o idoso tão apegado a sua rotina de vida, passa a sentir falta desta e a perceber o significado das pequenas coisas diárias. Desse modo, a rotina, os hábitos do dia-a-dia, passam a ser referidos como uma preocupação e um pensamento constante enquanto está internado.

*“ Me preocupo com as minhas galinhas, gosto de dar milho a elas.”(D3)*

*“Queria tanto tomar um banho no chuveiro, deitar em minha cama, ver as minhas imagens ...”(D1)*

Para Heidegger(1998), o ser-no-mundo como ser-em, como constante da pre-sença, significa pertencer ao mundo de modo a interagir com ele:

O ser-em não pode indicar que uma coisa simplesmente dada está, espacialmente, “dentro de outra” porque, em sua origem, o “em” não significa de forma alguma uma relação espacial desta espécie; “em” deriva de innan, morar, habitar, deter-se; “na” significa: estou acostumado a, habituado a, familiarizado com, cultivo alguma coisa; possui o significado de colo, no sentido de hábito e diligo. (p. 91-92).

Aqui, é importante que a enfermeira compreenda o quanto esta falta está interferindo nas atitudes do paciente quando este não aceita os cuidados ou tratamento, e a faça refletir quanto a sua abordagem e planejamento de seus cuidados.

## CONCLUSÃO

A proposta desse estudo, norteado pelo pensamento de Martin Heidegger, buscou uma maior compreensão do ser-paciente-idoso-internado-em-UTI. Com essa compreensão, espero poder contribuir para que a enfermeira avance seu olhar, e passe a perceber o doente idoso como uma pessoa com algum distúrbio fisiológico, para que a partir daí, possa desenvolver uma assistência voltada para as dificuldades dessa clientela, lançando um olhar para suas atitudes, que ultrapasse os conceitos pré-formados, as normas e rotinas instituídas no setor.

É preciso assim, que a enfermeira direcione um olhar mais atento, para uma população que a cada dia ocupa mais leitos hospitalares, e que tende ser a grande clientela das UTIs gerais no futuro.

## BIBLIOGRAFIA

BELATTO, R. E CARVALHO, E.C. de. O cotidiano no hospital ou “para uma ordem confusional”. **Revista Brasileira de Enfermagem**: Brasília, v.50, n.04, jan/mar, 1998

FERRAZ, CA: Gerenciando o cuidado de enfermagem na unidade de internação. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 50, 1998, Salvador. **Anais**; Salvador: Associação Brasileira de Enfermagem, 1998

HEIDEGGER, M. **Conferências e escritos filosóficos**. Tradução por Ernildo Stein. São Paulo: Abril Cultural, 1979. (Coleção Os Pensadores)

HEIDEGGER, M: **Ser e Tempo**. 7ª. Ed. Tradução por Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 1998, Parte 2. (Coleção Pensamento Humano)

HEIDEGGER, M: **Ser e Tempo**. 7ª. Ed. Tradução por Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 1998, Parte 1. (Coleção Pensamento Humano)

KRON, T e GRAY, A: **Administração dos cuidados de enfermagem**: colocando em ação as habilidades de liderança. 6ª ed. Tradução por Erly Bom Cosendey; Fernando Diniz Mundina. Rio de Janeiro; Interlivros, 1994

KURCKANT, P **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991

MIRANDA, ACS: Expectativas dos clientes hospitalizados frente ao relacionamento com a equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.50, n.2, abr/jun, 1997

PEDREIRA, LC: **Ser-idoso: vivência de internação em Unidade de Terapia Intensiva.** Salvador. Universidade Federal da Bahia, 113p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. 2000

---

Larissa Chaves Pedreira – lchavesp@ufba.br