

MARCOS HISTÓRICOS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL

HISTORIC LANDMARKS OF INTENSIVE CARE UNIT IN BRAZIL

OLIVEIRA, Sabrina Gomes de¹

BUCCHI, Sarah Marília²

RESUMO

Os cuidados intensivos evoluíram a partir do reconhecimento das necessidades dos pacientes em risco de morte, que se beneficiariam com vigilância 24 horas por enfermeiros e médicos em áreas específicas. **Objetivos:** Resgatar a história da UTI e evidenciar a atuação da enfermagem nas primeiras UTIs do Brasil. **Metodologia:** Revisão da literatura. **Resultados:** Os estudos evidenciaram que o trabalho da enfermagem nas UTIs do Brasil evoluiu e conquistou espaço. A competência profissional, o conhecimento técnico e científico, conceitos e ideologias firmadas e desenvoltura no processo de atuar nesse setor complexo, vem sendo acompanhada. Entender a UTI pressupõe saber sua configuração e surgimento no Brasil, e como os profissionais nela se inseriram. **Consideração final:** Ressaltamos que a enfermagem interagiu, ganhou espaço tornando-se essencial à assistência ao paciente crítico nesse setor evidenciando, historicamente, a luta dos enfermeiros intensivistas para oferecer uma assistência adequada aos pacientes críticos e suas famílias.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem. Paciente Crítico.

ABSTRACT

Intensive care evolved from recognizing the needs of patients at risk of death who would benefit from 24-hour surveillance by nurses and physicians in specific areas. **Objectives:** To rescue the history of the ICU and to demonstrate the performance of nursing in the first ICUs in Brazil. **Methodology:** Literature review. **Results and Discussion:** The studies evidenced that the nursing work in the ICUs of Brazil has evolved and gained space. Professional competence, technical and scientific knowledge, established concepts and ideologies and resourcefulness in the process of acting in this complex sector, has been accompanied. Understanding the UTI presupposes knowing its configuration and appearance in Brazil, and how the professionals in it were inserted. **Conclusion:** We emphasize that nursing interacted, gained space, becoming essential to assist the critical patient in this sector, evidencing, historically, the struggle of intensive care nurses to offer adequate care to critical patients and their families.

Descriptors: Intensive Care Unit. Nursing. Critical Patient.

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro

² Orientadora Professora Doutora do curso de Enfermagem

INTRODUÇÃO

Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são setores inseridos nos hospitais que envolvem alta complexidade, sendo destinada aos pacientes graves com chances de sobrevivência. As UTIs têm como função acolher, cuidar e monitorar com vigilância de enfermeiros e médicos por 24 horas. Os cuidados intensivos desenvolveram-se a partir de um olhar histórico que as necessidades dos pacientes agudos, com risco de vida ou lesão poderiam ter um melhor atendimento se agrupados em ambientes específicos dos hospitais. ⁽¹⁾

Destacam-se três importantes momentos que caracterizaram o surgimento desse cenário histórico, este vem sendo idealizado desde a chamada “Era Florence” em 1854 na Guerra da Criméia, conhecida como Unidade de Monitorização. Os soldados eram monitorados por Florence e suas voluntárias nos Hospitais de campo de guerra, onde a mortalidade caiu de 40% para 2%. A “Era Dandy” começou com a criação da primeira UTI em Boston em 1926, onde o DR. Walter Edward Dandy a criou e também contribuiu com a neurologia com o método de ar na ventriculografia para formar a imagem do Raio X. Já a “Era Safar” inicia-se no ano de 1950, onde Peter Safar formou-se como primeiro médico intensivista e preconizou o atendimento de urgência e emergência, formulou o ABC primário em que criou a técnica de ventilação artificial boca a boca e massagem cardíaca externa. Estabeleceu a primeira UTI cirúrgica além de elaborar os primeiros projetos das ambulâncias UTI de transporte. ⁽²⁾

Com a Revolução Industrial os advenços de máquinas auxiliaram a área da saúde e principalmente nas áreas críticas possibilitando o avanço de equipamentos, muito utilizados para a assistência dos pacientes graves. ⁽³⁾ Dado como exemplo, o Pulmão de Aço criado por Philip Drinker na década de 20 e logo se tornou uma das mais importantes máquinas do suporte à vida, consistindo basicamente em uma câmara hermética conectada a uma bomba de ar. Também conhecido como ventilador de pressão negativa, o aparelho possibilitava ao paciente respirar em caso de paralisia dos músculos da respiração ou em casos onde o esforço necessário para essa atividade excedia a capacidade. A máquina foi originalmente desenhada para ajudar vítimas de inalação de gás, mas tratou pacientes acometidos pela poliomielite, mantendo-os vivos. ⁽⁴⁾ A criação do Pulmão de Aço contribuiu para

o surgimento das primeiras Unidades de Terapia Intensiva e possibilitou ainda o tratamento de diversos casos de quadros graves de insuficiência respiratória, ocasionados por envenenamento, paralisias ou traumas. Teria sido usado pela primeira vez em 1928 em uma menina de oito anos vítima de poliomielite. ⁽⁵⁾

As áreas especiais para tratamento de pacientes em estados críticos e seus conceitos de tratamentos especializados são destacados por Florence Nightingale, em 1863, que conseguinte, no século XX é evidenciado pelo seu período de evolução, nas décadas de 40 e 50, com a criação das unidades de recuperação Pós-Anestésicas e Unidades Coronárias. Entretanto, o marco dessa evolução, entre 60 e 70, ficou conhecido pelo crescimento acelerado da assistência intensiva, com a criação das Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) clínicas e cirúrgicas. ⁽⁶⁾

No Brasil, a partir da década de 70, as Unidades de Terapias Intensivas ganham maior abrangência dentro do território nacional, o hospital Sírio Libanês é caracterizado como pioneiro na área ⁽⁷⁾. Em 1971 muitos cirurgiões gerais sentiram a necessidade de organizar uma UTI para cuidar de seus pacientes graves. Nesse momento não havia no país médicos com formação em terapia intensiva, o conhecimento das condições patológicas desses pacientes e suas reações advindas dos tratamentos usados nessa unidade eram escassos, a falta de equipamentos, materiais e recursos de monitoramento eram limitados sendo necessário a formação de profissionais familiarizados com os equipamentos, materiais e procedimentos existentes nessas unidades. Contudo, a mortalidade de pacientes internados era muito alta, criando o conceito de que ir para UTI era sinônimo de morte. Com o avanço de novas tecnologias, equipamentos mais precisos e a evolução na terapêutica medicamentosa, esses conceitos de morte foram sendo mudados permitindo assim os pacientes vivos até sua recuperação. Questionado a respeito das evoluções tecnológicas na área, o Doutor Guilherme Schettino, médico intensivista e coordenador da UTI do Hospital Sírio Libanês, respondeu à revista Carta Capital quais os fatores relevantes foram responsáveis em fazer a grande diferença dessa evolução, comparando o ano de 1971.

“Um fator decisivo para a diminuição da mortalidade foi o avanço do conhecimento dos mecanismos básicos das doenças graves. Entender como os diversos órgãos e sistemas respondem a uma agressão, seja ela cirúrgica de

grande porte, trauma ou infecção, foi essencial para o desenvolvimento de novos medicamentos e estratégias de tratamento, Isso permitiu a muitos médicos se dedicarem à terapia intensiva. Temos até subespecialidades no cuidado do pacientes graves, como neurointensivismo ou cardiointensivismo. Especialização para o cuidado de pacientes críticos é exigida também de enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos nessas unidades. A UTI é talvez o local onde o trabalho multiprofissional é mais decisivo.”⁽⁸⁾

Ao longo dos anos foram criadas no país sociedades regionais como a SOPATI- Sociedade Paulista de Terapia Intensiva e a SOTIERJ- Sociedade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro, que dão suporte aos profissionais que trabalham nas unidades intensivas e fortalecendo essa especialidade, com a necessidade de reuni-las e formar uma entidade que cuidasse dos interesses de melhorias e padrões para o cuidado dos pacientes, com o auxílio de profissionais de todo o país. Foi convocada uma Assembleia Geral para a fundação da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira) em 1980. E desde então a AMIB tem sido marcada por muitas conquistas como o Departamento de Enfermagem da AMIB, a RDC-26 publicado no Diário Oficial da União, que é amplo e contempla aspectos técnicos, de equipamentos e recursos humanos e inclui requisitos que devem ser adotados pelas Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica, Neonatal. Integrando e valorizando os profissionais de saúde que atuam na terapia intensiva e dando a eles o título de especialistas.⁽⁹⁾

Nas UTIs o enfermeiro tornou-se essencial para o desenvolvimento dos processos e assistência aos pacientes críticos, como a organização aos processos administrativos. A atuação desses profissionais na Terapia Intensiva vai além da administração e efeitos das drogas, o enfermeiro tem que ter capacidade e conhecimentos adquiridos para atender alterações hemodinâmicas, atentar-se ao funcionamento adequado dos aparelhos, dar apoio aos familiares, sendo ele o elo entre o paciente e a equipe multiprofissional e realiza a avaliação da assistência prestada tomando decisões a partir de seus resultados.⁽¹⁰⁾

OBJETIVOS

- Resgatar a história das Unidades de Terapia Intensiva.

- Evidenciar a atuação da enfermagem nas primeiras UTIs do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de levantamento histórico, com base em materiais publicados em livros, artigos e redes eletrônicas embasados nas publicações que tratam o tema encontrado na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), das plataformas online do governo e no acervo da Biblioteca Milton Soldani Afonso da Universidade de Santo Amaro. As palavras chave utilizadas foram: Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem, Paciente Crítico, História UTI no Brasil.

Não houve um intervalo de tempo determinado para a busca dos dados. Os livros separados no primeiro momento foram três e posteriormente a leitura não preencheu os critérios da pesquisa, nova busca foi realizada e separados quatro livros dos quais dois foram utilizados no critério de seleção. Os artigos selecionados foram nove dos quais foram utilizados quatro e após novas revisões foram incluídos dois artigos que se encaixaram no critério da pesquisa que foi utilizado. Foram realizadas algumas buscas nos sites da AMIB – Nossa História, no site do Hospital Sirio Libanês – O hospital – Internação – Unidade de terapia Intensiva, Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva (ABENTI) e Conselho Federal de Medicina (CFM).

RESULTADOS

UTI no Brasil história e desenvolvimento

O desenvolvimento das UTIs no Brasil evoluiu com a tecnologia e a motivação dos profissionais que nelas atuam. O marco dessa história vieram a partir da organização desses setores e com o auxílio de associações, regulamentações e portarias que as mantêm conforme as leis e normatizações estabelecidas. A UTI trata-se de um setor no qual requer alta tecnologia, materiais específicos, profissionais competentes que geram uma assistência integral, além de infraestrutura auxiliar básica em período integral: como laboratório, banco de sangue, farmácia e nutrição, os custos dessas unidades são altos o que tornam complicados para alguns hospitais ter e manter uma UTI para atender a população. ⁽¹¹⁾

No Brasil esse problema é representado quando observamos a má distribuição dessas unidades, atualmente temos no país uma quantia de 505 mil estabelecimentos de UTIs públicas distribuídas em 5.570 municípios brasileiros, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo 41 mil leitos em seu total, nos quais metade faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) que atende 204 milhões de pessoas e a outra metade atende 25% da população do setor privado. A região que acumula o maior índice de leitos é a Região Sudeste com 54% dos leitos e a de menor proporção é a Região Norte com apenas 5% dos leitos, com isso observa-se que além de mal distribuído nas regiões do país, os leitos ainda são poucos mesmo tendo um aumento de leitos de UTIs nos últimos anos. Fora isso foi observado que os locais onde são fornecidos esses atendimentos intensivos são maiores nas Regiões Metropolitanas tanto das unidades fornecidas pelo SUS como para as unidades privadas. Por essa questão a população sofre intensamente com atendimento precário de UTI, precisando até mesmo deslocar-se de sua cidade ou Região para receber o cuidado intensivo que necessita. Muitos pacientes chegam a recorrer junto a justiça para conseguir o atendimento que tem por direito, fazendo com que o governo tenha gastos elevados com causas judiciais, estes custos poderiam ser revertidos em leitos. ⁽¹²⁾

A complexidade da UTI alcança um patamar dispendioso, embora haja uma preocupação em adequá-la em um uso mais econômico. Os gastos de uma UTI chega a ser 20% do custo total de um hospital.

Na década de 70 não havia preocupação em quantificar a gravidade do paciente da UTI, como houve um aumento das UTIs, a década de 80 foi então caracterizada como a era avaliativa custo-benefício, resultando em contenção de gastos na assistência intensiva, a partir de então foram estabelecidos sistemas de gravidade e utilizadas com mais ênfase.⁶ Gomes¹¹ afirma que para operar com mais efetividade no setor intensivo deve utiliza-lo com maior adequação na seleção de pacientes e normas estabelecidas. Além dos indicadores de severidade há também o Sistema de Classificação de Paciente (SCP) que refere a enfermagem classificando-os segundo a necessidade de cuidados. ⁽³⁾ Para Gomes¹¹ alguns casos mesmo o paciente com alta médica da UTI ele permanece ali, pois necessita de cuidados rigorosos de enfermagem no qual não poderão ser colocados em outro setor. ⁽¹¹⁾

Vale salientar que as UTIs brasileiras avançaram muito com apoio da tecnologia, especializações para o cuidado de pacientes críticos, o melhor conhecimento fisiopatológico, melhorias no aprimoramento de novas técnicas, terapêutica medicamentosa, o requerimento de multiprofissionais no setor e o cuidado humanizado. Portanto afirma o Dr. Guilherme Schettino “que nada substitui uma boa equipe com profissionais motivados” e confirma que nossa terapia intensiva não deve a terapia de outros países. ⁽⁸⁾

O papel da enfermagem no cenário das Unidades Intensivas

Os enfermeiros intensivistas mantêm uma linha de evolução junto a UTI no Brasil. A organização e o bom funcionamento dessas unidades vieram de um grande trabalho e conhecimento a cerca das experiências de jovens enfermeiras. Os desafios diários requer experiência e conhecimento na atuação indo além da teoria e da prática para isso afirma Gomes ⁽¹¹⁾ que a equipe de enfermagem necessita de treinamento supervisionado característico da unidade para que possa aprimorar suas práticas assim garantindo um melhor conhecimento e confiança na sua interação com o processo de atuação em uma assistência de qualidade e com confiança.

A contribuição de enfermeiras em transmitir seus conhecimentos especializados foi enriquecendo produções científicas no setor intensivo. O incentivo e motivação dessas publicações vêm motivando até hoje os profissionais de enfermagem, Wanda de Aguiar Horta ressalta no livro de Gomes ⁽¹¹⁾ o quão importante é essa transmissão de saberes. A partir da credibilidade de enfermeiros que atuam na área, temos hoje na literatura brasileira diversos exemplos enriquecedores que auxiliam e narram a vivência, enfrentamentos de profissionais de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva, a assistência ao paciente crítico e a organização de uma UTI. “Todas essas obras voltadas a enfermagem intensiva no Brasil caracterizou-se com o livro ‘Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva’ da autora Alice Martins Gomes com sua primeira publicação no ano de 1978, enfermeira com larga experiência em UTI, participou efetivamente do planejamento e organização de várias unidades. O livro com uma plêiade de jovens enfermeiras que transmitiram seus conhecimentos e vivências remete aos primeiros processos de assistência e procedimentos de enfermagem, condutas dos profissionais,

organização e administração dessas unidades e estrutura das UTIs dentro de um hospital, além dos recursos materiais e humanos nos quais esses conhecimentos são necessários aos enfermeiros intensivistas.

“O livro teve como objetivo trazer informações sobre a assistência a pacientes críticos e sobre organização de facilidade numa UTI. Acreditamos que este objetivo foi plenamente atingido, ultrapassando, mesmo, as nossas expectativas”. ⁽¹¹⁾

Por meio da publicação de Gomes ⁽¹¹⁾ podemos acompanhar a evolução da enfermagem e o olhar futurista que as autoras tinham a respeito das UTIs. O formato dessa organização e o desempenho dentro dessas unidades já mostravam regularidades, fundamentações em normas que hoje temos registradas e legalizadas com técnicas atualmente e cientificamente comprovadas, além de incentivar novos enfermeiros a publicarem suas experiências e pesquisas voltadas a área de atuação no caso o intensivismo.

Por ser um ambiente tão complexo e estressante o enfermeiro necessita de competência, atitude e habilidades para o desenvolvimento de suas tarefas assistenciais, administrativas, gerenciais e de liderança. Atuando de forma que transpareça confiança e segurança tanto a equipe quanto aos pacientes e familiares, o conhecimento da teoria e da prática sempre deve ser renovado, promovendo a equipe ensinamentos e colocando em prática o processo de educar e ensinar do enfermeiro. A forma de liderança do enfermeiro na UTI também é algo no qual é necessária sua reflexão, a tensão de uma equipe nessa unidade gera complicações no qual cabe ao líder o poder de decisão “de como” e o “que fazer” em momento ágil. Compete ao enfermeiro o gerenciamento da unidade com a administração de recursos humanos e materiais na UTI diminuindo os gastos, os quais são onerosos nesse setor, o enfermeiro deve estar atento ao consumo de materiais, a taxa de absenteísmo de funcionários o que leva um desgaste e sobrecarga da equipe muitas vezes acarretando em erros que poderiam ser eliminados. Por esse motivo o dimensionamento de pessoal de enfermagem é realizado como instrumento de gerenciamento para uma melhor qualidade da assistência. ⁽³⁾ Utilizando os dados por

meio da SCP e o auxílio da resolução do COFEN o gestor “enfermeiro” consegue adequar o quadro de pessoal conforme necessidades da unidade intensiva.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na Resolução Nº. 293/2004 fixa e estabelece parâmetros para o Dimensionamento de Quadro de Profissional de Enfermagem nas Unidades de Assistência das Instituições de Saúde e Assemelhados.

Os dados para o cuidado intensivo proporcionam:

- 1) Horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas.
17,9 horas de enfermagem, por paciente.
- 2) A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem conforme SCP.
que 52% a 56% são enfermeiros e os demais, técnicos de enfermagem. ⁽¹³⁾

Além de todos os deveres e cumprimentos de normas, ética e bioética dentro do ambiente intensivo o enfermeiro por estar mais próximo ao paciente e beneficiar melhorias ao cuidado e bem estar do mesmo durante todo o seu tratamento, torna o elo entre o paciente e os profissionais multiprofissional, porém a tecnologia e a complexidade do trabalho afasta a equipe de enfermagem do seu papel essencial que é o cuidar dificultando assim a humanização, cabendo ao enfermeiro trabalhar com educações continuadas e conscientização de prestar um cuidado humanizado dos pacientes à equipe e profissionais atuantes no setor. ⁽¹⁰⁾

O enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva vem sendo amparado com leis e normatizações estabelecidas por conselhos (COFEN; COREN) e associações (AMIB; ABENTI) que lutam pela valorização do profissional de enfermagem e pela conquista de melhores qualidades de trabalho. A categoria de enfermeiros intensivistas por sua história na UTI apresenta em sua corrida batalhas e conquistas de seus direitos nesse setor e mostra cada vez mais competente para atuar em áreas de complexidades e cuidar de pacientes críticos até sua estabilidade hemodinâmica. ^{(9); (14)}

CONCLUSÃO

Ao analisarmos o contexto histórico, podemos observar o quanto a UTI contribuiu e contribui para o melhor atendimento aos pacientes críticos, bem como a assistência de enfermagem, integrante da equipe multiprofissional, se fez presente e necessária. Assim, a enfermagem cresceu e colaborou no desenvolvimento das Unidades de Terapia Intensiva no Brasil, tanto nos processos assistenciais como nos processos administrativos e organizacionais. As vivências e experiências dos profissionais desse setor proporcionaram a nós enfermeiros informações sobre a assistência a pacientes críticos e a organização e facilidades numa UTI, abrindo, pioneiramente, uma nova especialidade de atuação profissional.

REFERÊNCIAS

1. Mendes T. UTI- Passado, presente e futuro. Universidade Estadual do Maranhão [Internet]. 2010 [cited 3 July 2016];. Available from: <https://nursingreport.files.wordpress.com/2011/01/uti-passado-presente-e-futuro.pdf>
2. UTI HISTÓRIA [Internet]. Medicinaintensiva.com.br. 2016 [cited 3 July 2016]. Available from: <http://www.medicinaintensiva.com.br/history.htm>
3. Rafael Celestino da Silva- relator [Internet]. Pesquisando.eean.ufrj.br. 2016 [cited 3 July 2016]. Available from: <http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=204&cf=1>
4. Pomatti A. De sucata à museália: a trajetória de um objeto museológico, o Pulmão de Aço do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul [Internet]. Lume.ufrgs.br. 2016 [cited 14 November 2016]. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/147076>
5. ZAGUI E. PULMÃO DE AÇO. 1st ed. SÃO PAULO: BELALETRA; 2012.
6. QUEIJO A. TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA DE CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: NURSING ACTIVITIES SCORE (N. A. S.) [MESTRADO]. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM; 2002.

7. História - Hospital Sírio-Libanês [Internet]. Hospitalsiriolibanes.org.br. 2016 [cited 5 July 2016]. Available from: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/sociedade-beneficente-de-senhoras/Paginas/historia.aspx>
8. As UTIs no Brasil [Internet]. CartaCapital. 2016 [cited 5 July 2016]. Available from: <http://www.cartacapital.com.br/saude/as-utis-no-brasil>
9. AMIB - Nossa História [Internet]. Amib.org.br. 2016 [cited 5 July 2016]. Available from: <http://www.amib.org.br/institucional/nossa-historia/>
10. Vargas DBraga A. O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel [Internet]. FACULDADES INTEGRADAS. [cited 5 July 2016]. Available from: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf>
11. Gomes A. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. 2nd ed (SP): EPU; 1988.
12. MEDICINA C. 5065 municípios brasileiros não possuem leitos de UTI, aponta estudo do CFM [Internet]. Portal.cfm.org.br. 2016 [cited 6 November 2016]. Available from: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26167%3A2016-05-16-12-15-52&catid=3%3Aportal&Itemid=1
13. Teixeira GSilva C. RESOLUÇÃO COFEN-293/2004 [Internet]. Cofen – Conselho Federal de Enfermagem. 2004 [cited 16 November 2016]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html
14. TERAPIA INTENSIVA A. Abenti [Internet]. Abenti.org.br. 2015 [cited 13 November 2016]. Available from: <http://www.abenti.org.br/abenti.htm>