

Un marco conceptual de la clínica del cuidado de enfermería en la terapia intensiva¹

Rafael Celestino da Silva²
Márcia de Assunção Ferreira³
Thémistoklis Apostolidis⁴
Marcos Antônio Gomes Brandão²

Objetivo: proponer un marco conceptual para una clínica del cuidado de enfermería en la terapia intensiva. Método: investigación de campo, descriptiva y cualitativa, desarrollada con 21 enfermeros de una unidad de terapia intensiva de un hospital público federal. Fue llevada a cabo entrevista semiestructurada y análisis de contenido temático y lexical, con apoyo del software Alceste. Resultados: los elementos que caracterizan la clínica del cuidado en la terapia intensiva emergen de los saberes especializados, de la interacción, del contexto del trabajo, de los tipos de paciente y de enfermero, propios de la terapia intensiva, y de los referenciales asistenciales. Conclusión: se concluye que el marco conceptual de la clínica del cuidado de terapia intensiva articula elementos propios de la dinámica de ese escenario: objetivos con relación a las tecnologías y atención a los equipos y subjetivos relacionados a la interacción humana, específicos de los cuidados de enfermería, contraponiéndose a las críticas pautadas en la deshumanización.

Descriptores: Atención de Enfermería; Unidades de Terapia Intensiva; Tecnología Biomédica.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Estilos de cuidar en terapia intensiva frente a las tecnologías: una contribución a la clínica del cuidado de enfermería", presentada en la Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 200554/2011-5.

² PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ PhD, Investigador, Laboratoire de Psychologie sociale, Aix-Marseille Université, Aix-en-Provence, Francia.

Correspondencia:

Rafael Celestino da Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery
Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova
CEP: 20211-110, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: rafaenfer@yahoo.com.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

La temática de la clínica en la enfermería es tratada de diferentes formas que van desde la discusión de la constitución de un conocimiento clínico orientador de la práctica del enfermero⁽¹⁾, pasando por la formación clínica y sus nexos con la producción del cuidado⁽²⁾ hasta llegar a un concepto de clínica en la enfermería⁽³⁾. Las publicaciones de la enfermería brasileña sobre tal tema tratan de la investigación clínica como subsidio al cuidado y también del propio cuidado que apoya la investigación clínica⁽⁴⁾. También existe preocupación con ese tema en el campo de la enfermería psiquiátrica con objeto de se delinear una clínica específica de ese área⁽⁵⁾.

Se considera que la clínica en la enfermería ocurra en una relación de cuidado entre dos sujetos, agentes transformadores del acto de cuidar. Esa clínica está centrada en el cuidado e incluye el saber, las necesidades y deseos del otro⁽³⁾. Sin embargo, poco se trató del debate de una clínica de enfermería relacionada a los modos de cuidar del enfermero, lo que lleva a la necesidad de se investigar sobre lo que hacen los enfermeros o lo que se debe hacer en una determinada área de actuación para alcanzar el cuidado.

La incorporación de tecnologías de proceso a los modos de actuar del enfermero ante el cliente viene siendo propuesta a la clínica del cuidado de enfermería, enfocada en este artículo. Así, especialmente en el anciano, la clínica se basa en la valorización de la cultura y en la naturaleza dialógica en la configuración de un cuidado compartido⁽⁶⁾. Internacionalmente, la clínica de la enfermería es considerada indefinida, pues sus saberes no son propios, los métodos son difíciles de identificar y los instrumentos inscritos en el campo médico⁽⁷⁾.

La clínica de la enfermería en la terapia intensiva presenta particularidades de la actuación profesional en ese escenario que constituyen la dinámica de cuidado de los enfermeros. Se cita como una particularidad la objetividad tecnológica marcada en las acciones de los profesionales, indicando posicionamientos diferenciados sobre los modos de actuar de los enfermeros intensivistas ante las tecnologías⁽⁸⁻⁹⁾, haciéndolos blancos de críticas.

Entender tal problemática remete al papel de los conceptos, que corresponden a ideas y percepciones de un fenómeno, que orientan la comprensión de los hechos y de las proposiciones, que articulan conceptos en procura de explicar un fenómeno. Conceptos y proposiciones forman el marco conceptual, herramienta

de identificación del saber/hacer que construye el conocimiento científico mediante la reflexión de los conceptos que circundan su proceso de trabajo⁽¹⁰⁾.

Identificar los elementos que integran el marco conceptual de una clínica del cuidado de enfermería en la terapia intensiva se hace fundamental pues, así, hay mejores condiciones de conocer como se conforman las prácticas y cual sentido los aspectos que estructuran tal marco y guían las acciones ganadas en ese sector. Entonces, la pregunta central de esta investigación es: ¿cuáles elementos integran el marco conceptual para una clínica del cuidado de enfermería en la terapia intensiva? La finalidad es proponer un marco conceptual para una clínica del cuidado de enfermería en la terapia intensiva.

Método

Investigación de campo, descriptiva, de aproximación cualitativa, que se basa en el metaparadigma de la enfermería. Ese está centrado en la inter-relación de cuatro conceptos que fundan las acciones e identifican los núcleos primarios de interés de la profesión, siendo ellos: *enfermería* - ciencia y arte de cuidar para que el individuo alcance un nivel óptimo de salud; *ser humano* - totalidad individual, con cualidades y potencialidades física, intelectual, emocional, social y espiritual; *salud* - bienestar físico, mental y social, que resulta del equilibrio del organismo, siendo la enfermedad un desequilibrio que amenaza la vida y la seguridad y *ambiente* - proceso salud/enfermedad que deriva de la relación del sujeto con el ambiente⁽¹⁰⁾.

El campo fue la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de un hospital federal en la ciudad de Rio de Janeiro, en el cual actúan 24 enfermeros. Participaron 21, 17 mujeres y cuatro hombres que cumplieron con los criterios de inclusión: actuar directamente en la atención, en el período de la investigación, de enero a junio de 2011. Fueron excluidos tres (apartados del servicio y gerentes). La mayoría de los enfermeros poseían hasta 10 años de formación (61,9%); 52,4% con hasta 35 años de edad; 57,1% con dos empleos, actuación en el turno diurno y especialistas en terapia intensiva; 66,7% eligieron trabajar en la UTI y 71% con hasta 5 años de actuación en esa UTI.

Los datos fueron producidos mediante entrevista individual, con aplicación de un guión semiestructurado, con preguntas abiertas sobre la práctica diaria en la UTI, estilo de cuidar, empleo de tecnologías entre otros. Fue llevada a cabo prueba piloto del instrumento con

enfermeros de UTI de otra institución para adecuación de las preguntas y verificación de su funcionalidad para alcanzar el objetivo propuesto. Las entrevistas fueron organizadas en el campo de estudio, en el período de la tarde, con duración media de una hora y treinta minutos, siendo grabadas electrónicamente.

El análisis fue desarrollado mediante el *software* Alceste 2010, que es un método informatizado de análisis textual. Divide el texto en Unidades de Contexto Elementar (UCE) que distribuye el vocabulario en clases lexicales. El perfil de cada clase corresponde a las palabras más asociadas a esas, y cuya asociación es calculada por un ji-cuadrado (ji^2).

Alceste produjo un informe con 58% de aprovechamiento del texto y seis clases lexicales. Fue analizado el conjunto de las seis clases y la relación entre ellas, explorándose específicamente los léxicos de clases que pudieran retratar la discusión del marco conceptual. Los contenidos de las clases, y también su aprovechamiento cuantitativo, son: clase 1 trató de las funcionalidades de la tecnología (10,4%), clase 2 trató de los elementos organizativos de los estilos de cuidar (10%), clase 3 trató del cotidiano asistencial (18,1%), clase 4 trató de los factores estructurales externos al cuidado (19,0%), clase 5 trató de la práctica de cuidar con la tecnología (11,6%) y clase 6 trató de las características del paciente como indicador del trabajo en el CTI (30,9%).

También fue aplicada la técnica de análisis temático de contenido de las entrevistas, rastreándose en los testimonios la ocurrencia y co-ocurrencia de los temas, con aplicación del procedimiento por milla. Esa técnica fue complementaria para captar contenidos temáticos que tradujeran de forma expresa o latente los elementos del marco conceptual que no fueron identificados por Alceste. Los núcleos de sentido elaborados fueron contrastados con las clases lexicales producidas por Alceste, enriqueciendo los ejemplos de contenidos ilustrativos de los ejes de análisis, a la luz del metaparadigma de la enfermería.

Considerando tal triangulación de técnicas de análisis y la aprensión del metaparadigma de la enfermería, la caracterización de los elementos involucrados en el marco conceptual fue organizada en cuatro ejes: enfermería - ciencia y arte; ambiente; ser humano y ser humano y salud. Según esos ejes, las UCE producidas por Alceste y las Unidades de Registro (UR), recortadas del análisis de contenido, ilustran la presentación descriptiva de los elementos que integran el marco conceptual del cuidado de enfermería en terapia intensiva.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del hospital – campo de la investigación (Protocolo nº35/10). La participación de los enfermeros fue voluntaria con firma del Término de Consentimiento Libre e Informado.

Resultados

Los resultados de este estudio serán presentados según las UCE y UR en los ejes temáticos, según el referencial del metaparadigma de enfermería.

Enfermería - ciencia y arte

Saberes especializados: instrumental al que los enfermeros acceden para el desarrollo de sus acciones en la unidad de terapia intensiva. Orienta la aplicación de tecnologías en el cuidado y el manoseo clínico del cliente, delineando un perfil para trabajo en ese sector.

Las palabras de la clase 2, tales como buscar ($ji^2:78,9$), conocimiento ($ji^2:72,5$), querer ($ji^2:32,5$) ilustran esos saberes, así como aquellas presentes en la clase 5. La apropiación de los saberes inherentes al trabajo en la UTI es una exigencia para el desempeño de las acciones, sobretodo ante las tecnologías avanzadas. Eso, a su vez, depende de esfuerzos individuales de búsqueda de ese conocimiento, que irá se reflejar en la práctica mediante un estilo de cuidar propio, diferenciando las formas de cuidar ante el cliente.

Primero hay que desear aprender, pero después que pasa esa voluntad, que Ud. domina, Ud. se vuelve trabajador, ahí tiene que buscar más, pero depende de cada uno querer buscar más o no. (UCE3405, enf. 20).

Tiene que detectar el problema y verificar las causas, pero para eso tiene que saber la clínica, y Ud. tiene que estar cercano del paciente, tiene que estar mirando para él y al lado de él. (UCE1912, enf. 13).

A pesar del perfil, el dominio del conocimiento especializado teórico y práctico es una obligación del profesional que opta por actuar en ese sector. Considerando eso, se organiza un conjunto de características personales y profesionales para dar sustentación a ese requisito. En la clase 2, las palabras adaptar ($ji^2:44,8$) y perfil ($ji^2:39,7$) muestran que la adaptación y el perfil engloban la actualización del saber para manosear los instrumentos de cuidado.

Cuando hace una selección, tiene que hacerlo de acuerdo con el perfil de cada uno, porque realmente sin perfil no va a adaptarse, no se adapta. (UCE3336/3329, enf. 20).

Poseer agilidad en determinadas situaciones, no es solamente agilidad, tiene que saber manosear las cosas, tiene que saber interpretar las cosas, tiene que saber lidiar con las cosas, manipular las cosas. (UCE1435, enf. 9).

Actividades asistenciales: comprenden un conjunto de acciones del tipo gerencial y de atención directa al cliente, abarcando procedimientos técnicos, evaluación e intervención clínica, registros, soporte medicamentoso, diálogo, uso de tecnologías.

La actividad burocrática del tipo medicamentoso involucra planificar la administración de medicamentos y esa preocupación cotidiana del cuidar aparece en la clase 3, a través de los léxicos medicación ($ji^2:201,7$), horario ($ji^2:97$), prescripción ($ji^2:74,1$).

Tiene un seguimiento, la prescripción ya está programada, sólo irá a sacar, saca la medicación para no atrasar el horario, para que el técnico administre la medicación. (UCE1544, enf. 10).

Lo que es prioridad para el sistema hoy tengo que cumplir, porque si no pierdo casi toda la mañana sacando la medicación, la medicación de la mañana no será hecha. (UCE755, enf. 5).

La ejecución del baño ($ji^2:89,9$), curativo ($ji^2:88,1$) y pasaje de sonda ($chi^2:39,1$) son ejemplos de actividades asistenciales directas que muestran también el interés del enfermero por el cuidado procedimental en el día a día de sus tareas.

Solemos entrar en los baños con los técnicos, hacemos todos los procedimientos invasivos, hacemos el examen clínico, sacamos las medicaciones, estamos hablando de cuidado. (UCE3032, enf. 19).

En el momento de virar (en el baño) ya sigo allá, hago todos los curativos que hay que hacer, ya examino, ya salgo de allá sabiendo qué hacer, cuando va antes se queda solamente agarrando, tirando agua. (UCE846, enf. 6).

Interacción: utilizada por el enfermero durante las acciones de cuidado al cliente para aprensión de sus necesidades y práctica de intervenciones. Al interactuar con el paciente, el enfermero aplica referencias clínicas y también se basa en la intersubjetividad. Cuando la interacción es usada como instructiva (protocolar) del cuidado, se basa solamente en la información clínico-hemodinámica producida por los equipos; cuando tiene intención constructiva, de negociación y coparticipación, produce subjetividades que respondan a los principios de la ciencia y arte de la enfermería⁽¹³⁾.

Ese tema de la interacción con el cliente en la terapia intensiva emergió del análisis de contenido temático con 17 UR. La interacción instructiva es evidenciada cuando el enfermero, ante el ambiente de la UTI, clasifica al enfermo a partir de su nivel de gravedad, enfocando los

datos objetivos de aquel de mayor índice. La interacción con el cliente es clínica, desconsiderando demandas subjetivas, principalmente de aquellos de menor gravedad.

Existen personas que miran más al respirador, al monitor, en fin, a las monitorizaciones, a la máquina de manera general (...) por ese motivo que las personas dicen que no les gusta, porque las personas prefieren un paciente sedado, que no interactúa, y comatoso, porque Ud. no tendrá un intercambio con el paciente y se basará solamente en la monitorización. (UR, Enf. 8).

La gestión administrativa y asistencial es factor que contribuye a la interacción instructiva, ya que el cumplimiento con las rutinas, principalmente las burocráticas, distancia al enfermero del cliente, que se apoya en los equipos y va hasta él solamente en determinados momentos.

La guardia se vuelve ese caos de agitación, procedimientos ocurriendo al mismo tiempo, cuando Ud. acaba de hacer una rutina ya llega el próximo horario, para Ud. continuar el servicio, ahí me molesta no lograr ver ni el rostro del paciente. No sé si es el día a día, acaba ocurriendo que el enfermero está más distante del paciente y más cercano a la máquina (...) incluso sobra poco tiempo para ir hasta los lechos. (UR, Enf. 4).

En la condición constructiva existe involucramiento con el cliente, con objeto de entender la vivencia del adolecer en su contexto de vida. Importan las informaciones clínicas, pero también se valoriza el diálogo con él y la familia, permitiendo conocerles integralmente.

Credo que acá hay personas que se preocupan con ese aspecto subjetivo sí. Hay personas que se involucran con el paciente, pero lidian con eso de manera mucho más relajada. (UR, Enf. 8).

En síntesis, *Enfermería* en la UTI se tradujo en la ejecución de actividades asistenciales que demandan el dominio de saberes especializados pautados en la interacción mediada por aspectos clínicos e intersubjetivos, que expresan la ciencia y la arte de la profesión.

Ambiente

Contexto de trabajo en la terapia intensiva: escenario en que se procesa el trabajo del enfermero, compuesto por especificidades ambientales, estructurales e institucionales que interfieren en el cuidado, mediante la producción de sentimientos positivos y negativos, a partir de la experiencia vivida.

La estructura de la institución es comprendida como una variable externa al cuidado, pero presente en el

contexto donde se pone en práctica, lo que influye en su calidad. Eso porque un número reducido de funcionarios o la falta de material produce condiciones de trabajo inapropiadas que provocan sobrecarga en el profesional, influyendo en el cuidado, situaciones alertadas en la clase 4 en los términos estructura ($ji^2:70,2$), servicio ($ji^2:51,1$), hospital ($ji^2:41,5$).

Existen factores externos, otras variables que irán interferir en el cuidado, y creo que mi principal preocupación hoy es esa, nosotros estamos en el servicio público que posee una estructura deficiente. (UCE 3694, enf. 21).

En algunos momentos el cansancio es fuerte, y eso acaba quedando claro no sólo en las conversas, pero incluso en la figura del enfermero, las cuestiones externas a la atención acaban interfiriendo en ese cansancio. (UCE3769, enf. 21).

Las relaciones de trabajo entre los profesionales que componen el equipo son otro aspecto de la clase 4 que ejemplifican esa influencia externa. Las palabras enfermero ($ji^2:157,8$), profesionales ($ji^2:96$), interacción ($ji^2:40,3$), relacionamiento ($ji^2:32,4$), médico ($ji^2-36,6$) revelan asimetrías y conflictos y sus nexos con el cuidado prestado.

En general el relacionamiento es bueno, la mayoría es de personas que están allí dentro la mayor parte del tiempo: fisioterapeutas, médicos y enfermeros. Con relación a las personas de fuera, de la terapia nutricional, no tenemos una relación, decimos el básico, a veces dicen cosas que no concordamos. (UCE2753, enf. 17).

Ahora creo que allá no logramos una interacción muy buena con, no es interacción, creo que los médicos, los intensivistas allá que no son intensivistas. (UCE3099, enf. 19).

Tecnología en la terapia intensiva: instrumento potenciador de la recuperación del cliente aplicado por los enfermeros, con base en los datos objetivos producidos por los equipos. Su uso es mediado por valores y saberes profesionales.

Su faz cuidadora se expresa en la clase 1 cuando utilizada para evaluar el cliente, identificar, dirigir y prever las alteraciones clínicas. Las palabras tecnología ($ji^2:275,74$), cuidado ($ji^2:116,9$) y tecnológico ($ji^2:103$) indican su uso pragmático en la atención.

La tecnología favorece una mejor evaluación, te da mayor seguridad en el cuidado y posibilita cuestiones adelante, más concretas que cuando no la tiene a su favor. (UCE 2210, enf. 15).

El alcance de ese uso pragmático implica proximidad al paciente. La palabra 'cuestión' ($ji^2:83,1$) indica que la utilización de la tecnología apela a los valores profesionales, sobretudo el de la dignidad humana, en la resolución de las necesidades integrales del cliente.

El cuidado de enfermería no se puede dejar de lado, en el sentido de prevalecer la cuestión de la tecnología en detrimento de aquella cuestión de estar próximo del paciente, cuidando (UCE2211, enf. 15).

La faz organizadora del trabajo significa que el enfermero la utiliza para administrar las respuestas clínicas del cliente a distancia, mientras ejecuta sus actividades administrativas. Tal función de la tecnología demarcada en la clase 1 por las palabras administrativo ($ji^2:96,8$) y distante ($ji^2:66,7$) muestra que el enfermero enfoca las actividades administrativas porque eso le resulta más cómodo.

Esa cuestión de la tecnología en el cuidado es mucho más dividida concuestiones administrativas (...) hoy tiene mucho más actividad administrativa para cumplir y entonces prioriza eso. (UCE2273/2245, enf. 15).

Últimamente, como el enfermero sigue más distante del lecho en su trabajo, dejando esa ejecución a cargo del técnico de enfermería, el procedimiento acaba más descubierto de la observación coherente que el enfermero posee, aunque muchos profesionales lo hacen por comodidad, por facilidad. (UCE2218, enf. 15).

Ambiente de UTI es tecnológico, posee dinámica interna propia en que los equipos influyen en el tipo de cuidado prestado al paciente crítico. Los cambios ocurridos en ese ambiente interfieren en el trabajo que ahí se desarrolla.

Ser humano

Paciente de terapia intensiva: ser humano singular, con características que le definen como específico a ese escenario, demanda seguimiento intensivo del *continuum*salud/enfermedad mediante recursos avanzados y demanda cuidados técnicos y sensibles.

Las concepciones vinculadas al paciente están presentes en la clase 6, principalmente en las palabras hablar ($ji^2:76,3$), paciente ($ji^2:67,8$), acordado ($ji^2:53,1$), sedado ($ji^2:41,2$) y lúcido ($ji^2:39,6$). Se admite que el trabajo del enfermero en la UTI incita en él la vivencia de sentimientos a partir de la condición de comunicación de los clientes.

Quando el cliente acuerda y habla después de una fase crítica, indica los efectos del trabajo del enfermero, que se siente gratificado, pero la preferencia sigue siendo por el cliente sedado, debido a la menor ocupación, ya que, cuando acordado, las solicitudes y la demanda emocional son innumerables. Eso revela el imagen-tipo del paciente ideal de UTI: grave/sedado/intubado/recuperable.

Esa es la cuestión de la evolución que ya mencioné, ver el paciente extremadamente grave salir bien, riendo, hablando, eso es muy gratificante para mí, no me veo trabajando de otra manera. (UCE2944, enf. 18).

Hay personas, como ya oí acá: ah, no me ponga con paciente despierto, prefiero paciente sedado, no me ponga con ese paciente, porque ese paciente demanda. (UCE1227, enf. 8).

Enfermero de terapia intensiva: profesional con conocimientos formales, científicos y especializados, entre otros atributos, que le habilita a prestar cuidados a personas en estado crítico con tecnologías. Combina técnica y sensibilidad para su recuperación.

Los atributos personales/profesionales en la figura del enfermero intensivista se destacan en la clase 2, abarcando aspectos del cliente y los equipos, como gustar, agilidad, estabilidad, responsabilidad, manoseo/interpretación, identificándose en las UCEa seguir.

Poseer estabilidad emocional para trabajar allá, saber trabajar en equipo. (UCE1435, enf. 9).

Creo que hay que tener respeto y responsabilidad, comprometimiento, conocimiento, ser humano, humanización, tratar al paciente como ser en todos los aspectos y compañerismo. (UCE2553, enf. 16).

En síntesis, los seres humanos están en constante inter-relación. El enfermero del UTI ejerce un trabajo especializado y tiene atributos típicos para cuidar de pacientes que tienen características de estado crítico que despiertan sentimientos que orientan su modo de cuidar.

Salud

Referenciales asistenciales: principios pautados en bases teórico-filosóficas en el ámbito de la salud y enfermería que orientan líneas asistenciales en la terapia intensiva.

La existencia de un referencial biomédico, pautado en un concepto de salud de base racional, es observada en fragmentos de UCE de la clase 3, cuando los enfermeros tratan de la ejecución de acciones automatizadas para atender a las necesidades biológicas, que ocurren de manera desarticulada de las otras dimensiones del cuidado del cliente.

Bañé, evoluciona mis pacientes, no hago nada más, negativo, no hay motivo para ser así, las cosas podrían ser programadas, aunque dependa de la prescripción, debería estar haciendo junto. (UCE2529, enf. 16).

Todo eso va generando una angustia muy grande, ese estar de la gente de hacer las cosas, que a veces hacemos de

manera automática, ejecutaré una medicación allí, fue allí donde está el acceso que hizo. (UCE733, enf. 5).

La clase 5 también trae los referenciales alineados al ambiente y a la profesión, pautados en la dignidad humana, en tanto cuanto muestre los esfuerzos del equipo para la recuperación del paciente crítico, aplicando un cuidado intensivo y terapéuticas avanzadas.

El enfermo haciendo fiebre, ¿porqué? ¿Taquicárdico, hipertensivo, aumentar la noradrenalina o disminuir? Necesito estar evaluando, necesito tomar la iniciativa, esas cosas sirven para intervenir. (UCE1634, enf. 11).

El referencial de *salud* se comprende como: estado de equilibrio, alcanzado mediante la aplicación de cuidados terapéuticos avanzados dirigidos a la recuperación biológica del paciente crítico, y de cuidados expresivos dirigidos a la dimensión integral del ser humano.

Discusión

La enfermería comprendida como ciencia y arte de ayudar abarca de un lado el saber teórico, con sus principios y conceptos organizadores, y de otro el saber práctico oriundo de la experiencia vivida. En la UTI, la ciencia y la arte se materializan en los conocimientos especializados, cuya importancia es demarcada en las producciones de esa área⁽¹²⁻¹³⁾.

Estudio con profesionales de UTI móvil sobre el cuidado intensivo a la persona en riesgo de vida evidenció el conocimiento como uno de los integrantes del núcleo central de la representación social, constituyendo la esencia del cuidado intensivo⁽¹⁴⁾. Otros autores defienden la existencia del cuidado tecnológico en la UTI, en que la aplicación de un gradiente mayor de conocimiento por el enfermero direcciona su atención en la búsqueda por datos objetivos y subjetivos oriundos del cliente, y también objetivos provenientes de los equipos⁽¹⁵⁾.

En la UTI, el dominio de conocimiento se evidencia y define el estilo de cuidar del enfermero, principalmente por las exigencias relacionadas al manoseo de los equipos. Esa peculiaridad gana repercusión internacional por la discusión de la necesidad de se utilizar la *expertise* clínica del enfermero en la prevención de incidentes involucrando las tecnologías. Esos incidentes demuestran la influencia de los conocimientos técnicos en la promoción del uso seguro de los equipos en la UTI, suscitando la participación activa del enfermero en ese proceso⁽¹³⁾.

Respecto al arte de la enfermería, la relación intersubjetiva mediada por la interacción viene siendo

foco de interés en los estudios debido al hecho que las diferentes dimensiones involucradas en el cuidado intensivo no son comprendidas como un todo complejo e integrado. En esa dirección, la preocupación ocurre intentando rescatar el respecto a los aspectos que sustentan la expresión de tal arte como, por ejemplo, la relaciones e interacciones interpersonales⁽⁸⁾.

Hay profesionales que prefieren a los pacientes "tranquilos" y familiares que no molestan o no demandan involucramiento⁽⁸⁾ y, de acuerdo con ese resultado, el testimonio de la Enf. 8 subraya la predominancia de referencias clínicas objetivas de base tecnológica, orientado la interacción del enfermero con el cliente.

El estímulo a la comunicación efectiva entre los involucrados en el cuidado es una realidad actual, en el sentido de que las fallas no traigan daños a los pacientes, ya que se estima que muchos de los errores y eventos adversos ocurren debido a falla en la comunicación⁽¹⁶⁾. Eso revela la importancia de la comprensión de la complejidad del cuidado y de la relación dialógica como base para la interacción y vivencia de la intersubjetividad, despertando la percepción sensible en el otro⁽⁸⁾.

El ambiente en salud hace parte de un sistema en el cual se sitúan los individuos que constituyen la red de cuidados, los cuales interactúan entre sí y con el ambiente, influyéndose mutuamente. Las influencias del contexto en el cuidado tienen diferentes aproximaciones en la literatura, por ejemplo la salud ocupacional, debido a las configuraciones del trabajo hoy día, en que ritmo, carga horaria y control riguroso son características aún más acentuadas en las UTIs.

En los datos sobre los factores de riesgos a la salud de los trabajadores de UTI, se subraya la organización del trabajo, clasificada como grave, y las relaciones socioprofesionales, evaluadas como riesgo de moderado a crítico, ante las disputas profesionales⁽¹⁷⁾.

Apesar de que el eje de análisis sobre el contexto no se refiere específicamente a la salud del trabajador, indica que lidiar diariamente con contingencias estructurales y ambientales produce experiencias negativas que pueden comprometer la salud e influir los estilos de cuidar, mostrando las relaciones entre la actuación profesional y el contexto en él que ocurre el cuidado.

La tecnologías relacionadas a los equipos producen representaciones que guían las maneras con que los enfermeros lidian con ellas. Investigaciones internacionales traen ideas que asocian el sujeto-máquina a una unidad indisoluble interdependiente, en una relación de simbiosis, o que indican que la tecnología modifica la

dinámica entre enfermero y paciente, ya que el lenguaje comunicada por ella y traducida por los enfermeros les pone en una posición distante de los clientes⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Tales aspectos, en contraste con los datos, sobretudo cuando los sujetos atribuyen funciones a la tecnología, revelan el lugar central que esa ocupa en esa clínica, o sea, a partir del sentido que el profesional le atribuye es que se organiza la práctica de cuidar del cliente en la UTI.

El concepto de ser humano, alrededor del cual se organizó una de las categorías de análisis, define los individuos involucrados en las acciones y se coadunó con el de otras producciones, pues ese ser convive y se relaciona con otros semejantes, siendo histórico, social, singular, integrado, constituido de una dimensión física y de otras que abarcan los sentimientos, deseos, pensamientos, recuerdos⁽⁸⁾.

Cuando se discuten las dificultades de comunicación del enfermero con el cliente, se revela su tipificación, cual sea: aquel que no se comunica y con poca demanda interactiva⁽⁸⁾. Esa tipificación se basa en la dimensión de imágenes del cuidado intensivo, esto es, un paciente crítico/grave que porta equipos avanzados y demanda atención especializada en las situaciones de urgencia/emergencia. El paciente ideal sigue siendo visto en las fuentes de sentimientos de placer de esos enfermeros: cuidar de un paciente grave, con tecnologías y percibir su recuperación hasta el momento en que logra hablar, cuando debe recibir alta⁽²⁰⁾.

En el interés de los elementos de la clínica, esa figura-tipo anunciada por el Enf. 3 demanda intervenciones, con objeto de reorganizar los significados que construyen esa representación, y que implica en prácticas excluyentes. Sobre el perfil, las discusiones se sitúan en una adecuación que responda a las peculiaridades de ese sector. Así, se buscan calidades personales y técnicas que garantizan competencia clínica en el manejo de las tecnologías y de los problemas con el cliente, con base en los conocimientos, habilidades y juzgamiento⁽¹⁵⁾.

Por último, el referencial teórico de la práctica de enfermería trae una filosofía de cuidado en que el concepto salud depende de la armonía del hombre con la naturaleza, en un estado de equilibrio entre diferentes componentes, mente, cuerpo y ambiente. Sin embargo, ese referencial de naturaleza holística ni siempre es aplicado en la UTI, como en el caso de los enfermeros que se refieren a sus *actividades asistenciales* como prácticas simplificadas pautadas en necesidades biológicas.

Así, se problematizan las corrientes que les orientan, buscando incorporar el referencial de integralidad en el cuidado de la clientela, aprendiendo la complejidad de forma multidimensional y, así, dando condiciones para atender al ser humano globalmente⁽⁶⁾.

La articulación de los elementos que constituyen la clínica del cuidado de enfermería en la terapia intensiva permite estructurar su marco conceptual que, a su vez, explica tal clínica y le sirve de referencial. Se encuentran en las publicaciones definiciones de clínica como, por ejemplo, campo de saberes y prácticas biopsicosociales que interactúan de manera circular y se reflejan sobre los profesionales en sus modos de actuar⁽⁴⁾.

En la enfermería, los autores defienden la definición de una clínica propia de esa área, ya que fue apropiado un plan de clínica médica, ganando un papel de organizadora de los espacios y cuerpos, objetivando los sujetos y sus necesidades. Por lo tanto, se debe reinventar la clínica en la enfermería basada en la valorización del saber del otro en paralelo al científico, uso de herramientas de escucha en que la palabra es la materia-prima, el objetivo central es el cuidar, la enfermedad hace parte de la experiencia de la existencia del sujeto⁽³⁾.

Apesar de la limitación de ser desarrollado con un único equipo de un campo específico hospitalaria, el estudio indica que la clínica del cuidado de enfermería en la terapia intensiva se basa en la interacción de seres humanos, a partir de la cual, modulada por los saberes especializados y tecnología, el enfermero ejecuta actividades dirigidas a un paciente crítico, que expresan su ciencia y arte de cuidar y reflejan las características propias del ambiente relativas al trabajo y a los referenciales asistenciales de salud, siendo ese su marco conceptual.

La contribución de este estudio puede ser evidenciada por la proposición de un marco conceptual, en el cual los seres humanos y el ambiente se influyen mutuamente, y la alteración en uno repercute en otro. Pensar intervenciones en esos sistemas que visen a mejorar la calidad del cuidado es necesario. Se presupone que intervenir en el contexto de trabajo influiría directamente la interfaz entre el enfermero y el paciente crítico; modificar los referenciales asistenciales de salud traería interferencia en la expresión de la ciencia y arte de la enfermería, con mayor calidad a las acciones; invertir en los saberes especializados del enfermero influiría en la ejecución de las actividades asistenciales, especialmente en la expresión de la ciencia de la enfermería.

Conclusión

El marco conceptual para la clínica del cuidado de enfermería en la terapia intensiva abarca elementos que se organizan alrededor de los saberes especializados, actividades asistenciales, tecnología, interacción, contexto del trabajo, tipo de paciente y de enfermero propios de la terapia intensiva y de los referenciales asistenciales. Tales elementos son propios de la dinámica de ese escenario: objetivos con relación a las tecnologías y subjetivos relacionados a la interacción humana.

Tal marco conceptual indica acciones orientadas: a la formulación de políticas públicas respecto al número de funcionarios, a la formación de los enfermeros intensivistas a la luz del perfil profesional y de referenciales de integralidad, en el nivel de la atención directa al cliente en el cambio del modelo asistencial y en la valorización de los sujetos como copartícipes ante la Política Nacional de Humanización, con estrategias basadas en el diálogo y en la negociación.

Referencias

1. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' Clinical Practice in Primary Care: a Process Under Construction. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(1):123-30.
2. Vieira NA, Silveira LC, Franco TB. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(1):9-24.
3. Oliveira DC, Vidal CRPM, Silveira LC, Silva LMS. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(4):521-6.
4. Sousa LD, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Santos SSC, Santos CP. A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2): 495-500.
5. Moreira LHO, Loyola CMD. Internação involuntária: as implicações para a clínica da enfermagem psiquiátrica. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):692-9
6. Teixeira MLO, Ferreira MA. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(4):750-8.
7. Etienne MS. Éléments d'une clinique en soins. *RSI*. 2005;(82):11-5.
8. Backes MTS, Backes DS, Erdmann AL, Büscher A. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente

- de Unidade de Terapia Intensiva. Esc Anna Nery. 2012;16(4):689-96.
9. Browne M, Cook P. Inappropriate trust in technology: implications for critical care nurses. Nurs Crit Care. 2011;16(2):92-8.
10. Taube SAM, Zagonel IPS, Meier MJ. Um marco conceitual ao trabalho da enfermagem na central de material e esterilização. Cogitare Enferm. 2005;10(2):76-83.
11. Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. Texto Contexto Enferm. 2007;16(2):217-24.
12. Kendall-Gallagher D, Blegen MA. Competence and certification of registered nurses and safety of patients in Intensive Care Units. Am J Crit Care. 2009;18(2):106-14.
13. Mattox E. Medical Devices and Patient Safety. Crit Care Nurse. 2012;32(4):60-8.
14. Nascimento KC, Tosoli AM, Erdmann AL. A estrutura representacional do cuidado intensivo para profissionais de Unidade de Terapia Intensiva móvel. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1):176-84 .
15. Silva RC, Ferreira MA. Representações sociais dos enfermeiros sobre a tecnologia no ambiente da terapia intensiva. Texto Contexto Enferm. 2009;18(3):489-97.
16. Abraham J, Kannampallil T, Patel B, Almoosa K, Patel VL. Ensuring patient safety in care transitions: an empirical evaluation of a Handoff Intervention Tool. AMIA Annu Symp Proc. 2012:17-26.
17. Campos JF, David HSL. Work Context Assessment in intensive therapy units from the perspective of work psychodynamics. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(2):359-64.
18. Brangier É, Hammes-Adelé S, Bastien J-MC. Analyse critique des approches de l'acceptation des technologies: de l'utilisabilité à la symbiose humain-technologie-organisation. Revue européenne de psychologie appliquée. 2010;60:129-46.
19. O'Keefe-McCarthy S. Technologically mediated nursing care: the impact on moral agency. Nurs Ethics. 2009;16(6):786-96.
20. Martins JT, Robazzi MLCC, Garanhani ML. Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Cienc Enferm. 2009;15(3):45-53.