



ORIGINALES

Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿estrategia de humanización posible?

Relatos de vida e fotografia de pacientes sedados em UTI: estratégia de humanização possível?

Life stories and photographs of sedated patients in the ICU: a possible humanization strategy?

Cristina Aparecida Pereira da Silva Ribeiro¹

Monica Martins Trovo²

Ana Cláudia Puggina²

¹Enfermera. Máster en Ciencias por la UNG. Docente de la Graduación en Enfermería de la Universidad São Francisco, Bragança Paulista (SP). Brasil.

²Enfermera. Doctora en Ciencias. Docente del Programa de Posgraduación en Enfermería de la UNG, Guarulhos (SP). Brasil.

E-mail: crisapsribeiro@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.257291>

Recibido: 28/04/2016

Aceptado: 08/08/2016

RESUMEN:

Objetivos: (1) Identificar la influencia del contexto del paciente sedado a través de las historias de vida y fotografía en la percepción del cuidar del personal de enfermería y (2) evaluar la intervención que se propone como una estrategia de humanización para cuidar al paciente sedado.

Método: Investigación cualitativa de intervención con 43 profesionales del equipo de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. La colecta de datos consistió en una entrevista previa, la intervención (fijación de los cuadros de los pacientes sedados en la cabecera y orientación para que los profesionales los leyesen; la intervención duró 10 días) y entrevista posterior a la intervención. Tres cuadros fueron fijados, que contenían las fotos y las historias de vida de los pacientes planteadas por sus familias.

Resultados: En la pre-intervención, los discursos mostraron que la interacción verbal aporta una mayor seguridad durante el cuidado, hay razones para la preferencia del cuidado de los pacientes inconscientes, como el reto de la complejidad y la recompensa de la recuperación, como la no disponibilidad para cumplir con las solicitudes frecuentes del paciente, la atención se valora independientemente del nivel de conciencia, el conocimiento sobre los aspectos de la vida del paciente mejora el compromiso y existe la preocupación de no juzgar al paciente y rescatar lo mejor del otro. En la post-intervención se encontró que el contexto del paciente rescató elementos importantes para el cuidado como la emoción, promoviendo sensibilidad, el despertar de la empatía con la contextualización, la implicación y el compromiso con el cuidado, por otra parte era evidente el conflicto entre el cambio actitud y salir a la defensiva.

Conclusión: La intervención propuesta ha sido validada como una estrategia para humanizar la atención de los pacientes sedados.

Palabras Clave: Cuidados Críticos; Enfermería; Comunicación no Verbal; Humanización de la Atención.

RESUMO:

Objetivos: (1) Identificar a influência da contextualização do paciente sedado por meio de relatos de vida e fotografia na percepção do cuidar da equipe de enfermagem e (2) avaliar a intervenção proposta como uma estratégia de humanização para o cuidado ao paciente sedado.

Método: Pesquisa qualitativa e de intervenção com 43 profissionais da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva. A coleta de dados consistiu de uma entrevista prévia, intervenção (fixação de quadros de pacientes sedados à beira do leito e orientação para que os profissionais os lessem; a intervenção teve duração de 10 dias) e entrevista pós-intervenção. Três quadros foram fixados e estes continham fotografia e relatos de vida dos pacientes levantados por meio de seus familiares.

Resultados: Na pré-intervenção, os discursos mostraram que a interação verbal traz mais segurança durante o cuidado, há razões para preferência do cuidar de pacientes inconscientes, como o desafio da complexidade e a recompensa da recuperação, como a indisponibilidade para atender solicitações frequentes do paciente, o cuidado é valorizado independentemente do nível de consciência, conhecimento sobre aspectos da vida do paciente melhora o envolvimento e há uma preocupação de não julgar o paciente e resgatar o melhor do outro. Na pós-intervenção constatou-se que a contextualização do paciente resgatou elementos importantes para o cuidar, como a emoção promovendo sensibilização, o despertar da empatia com a contextualização, o envolvimento e o compromisso com o cuidado, além disso foi aparente um conflito entre mudar de atitude e sair da defensiva.

Conclusão: A intervenção proposta foi validada como estratégia para humanização no cuidado de pacientes sedados.

Descritores: Terapia Intensiva; Enfermagem; Comunicação não Verbal; Humanização da Assistência.

ABSTRACT:

Aims: (1) To identify the influence of the contextualization of sedated patient, by means of life reports and photographs, from the perception of care of the nursing team and (2) to evaluate the proposed intervention as a strategy for humanization in the care for sedated patients.

Method: Qualitative intervention study, with 43 professionals of the nursing team of an Intensive Care Unit. Data collection consisted of a prior interview, the intervention (fixing of pictures and life reports of sedated patients to the bedside and orientation for the professionals to read them, with the intervention lasting 10 days) and a post-intervention interview. Three frames were fixed and these contained a photograph and life reports of the patients collected through their family members.

Results: In the pre-intervention, the discourses showed that verbal interaction provides more security during the care, there are reasons for preferring to care for unconscious patients, such as the challenge of the complexity and the reward with recovery, as well as the unavailability to attend to frequent requests of the conscious patient. The care was valorized independent of the level of consciousness, knowledge about aspects of the patient's life increased involvement and there was a concern not to judge the patient and to rescue the best of the other. In the post-intervention, it was observed that the contextualization of the patient rescued important elements for the care, such as emotion promoting sensitization, the awakening of empathy with the contextualization, and the involvement and commitment to the care. In addition, a conflict between change of attitude and being defensive was apparent.

Conclusion: The proposed intervention was validated as a strategy for humanization in the care for sedated patients.

Keywords: Intensive Care; Nursing; Nonverbal Communication; Humanization of Assistance.

INTRODUCCIÓN

La Política Nacional de Humanización (PNH) fue creada en 2004 por el Ministerio de Salud y, desde que fue propuesta, se ha cuidado el no banalizar el tema, ya que las iniciativas se presentan, en general, de modo vago y asociadas a actitudes humanitarias, de carácter filantrópico, voluntarias y reveladoras de bondad y no como un derecho a la salud inherente al ciudadano. Además, el objetivo de la PNH no es

solo el usuario, sino que también los profesionales de la salud y gestores precisan ser considerados en este proceso¹.

La PNH se presenta como un conjunto de directrices transversales que guían toda actividad institucional que incluya usuarios o profesionales de la salud, en cualquier instancia de realización¹. El resultado esperado es la valorización de las personas en todas las prácticas de atención y gestión, la integración, el compromiso y la responsabilidad de todos con el bien común.

La humanización de los cuidados en salud presupone considerar la esencia del ser, el respeto a la individualidad y la necesidad de la construcción de espacios concretos en las instituciones de salud que legitimen la esencia humana de las personas involucradas. El cuidado humanizado implica, por parte del cuidador, la comprensión del significado de la vida, la capacidad de percibir y comprender a sí mismo y al otro².

Considerando la complejidad del tema, humanizar la asistencia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un gran desafío y significa cuidar del paciente en su integridad, considerando el contexto personal, familiar y social. Para ello, son fundamentales la actuación activa del equipo de enfermería y la utilización de la comunicación interpersonal como instrumento para el cuidado. En este sentido, la atención humanizada se hace con acciones simples, pautadas en la comunicación verbal y no verbal³. Las buenas relaciones interpersonales entre el equipo de enfermería, el paciente y su familia se deben asociarse a tecnología avanzada del cuidado crítico para garantizar una asistencia de calidad, desde el punto de vista ético, psicosocial y espiritual.

Principalmente debido a la alteración del nivel de consciencia de los pacientes sedados, el cuidado humanizado en UCI ha sido tema de discusiones de especialistas. Partiendo del presupuesto de que el cuidado en salud debe considerar la esencia del ser, el respeto a la individualidad y las personas involucradas en este proceso, el enfermero precisa evaluar el estado físico, mental, psíquico, social, cultural y espiritual de los pacientes sedados y de su núcleo familiar, para así enfocar en la recuperación y promoción de la salud⁴.

Propuestas de acción para la humanización del paciente sedado en UCI son necesarias, imprescindibles y, muchas veces, simples. Tratar al paciente por el nombre, colocando identificaciones en la cabecera, al pie de la cama o próximo a la entrada del cuarto; explicar los procedimientos que serán realizados con anterioridad, independientemente del nivel de consciencia del paciente; estar atento a las señales no verbales emitidas por los pacientes y desarrollar la percepción de cuando algo agrada o incomoda; preservar la privacidad y la confianza del paciente, evitando comentarios personales sobre él u otro paciente en la UCI o en los elevadores; usar tono de voz adecuado para cuestionar al paciente sobre aspectos de su intimidad; tener cuidado para no invadir el territorio del paciente sin pedir licencia; mirar siempre a los ojos antes de iniciar una conversación o procedimientos⁵.

Sin embargo, sin cambio de actitud en la relación con el otro, es imposible humanizar el cuidado. El profesional precisa estar atento a las palabras que utiliza en las conversaciones, prestar atención al otro, oír lo que el paciente habla sin dejar el pensamiento divagar, cumplimentarlo con una sonrisa o apretón de manos y percibir los sentimientos y las necesidades del paciente. Y, además de esto, también se hace

necesario ampliar la percepción para todas las dimensiones del cuidado: el paciente, la familia y el equipo, en sus aspectos biológico, emocional, espiritual y social⁵.

La estrategia de humanización propuesta en este estudio se refiere a la acción de contextualización del paciente sedado, utilizando para ello fotografía y relatos de vida disponibilizados por la familia del paciente. Tiene como finalidad mejorar la calidad de relación interpersonal, por medio del fortalecimiento del vínculo con el profesional que realiza el cuidado.

La fotografía tiene el poder de impresionar, conmover, incomodar y provocar sentimientos diferentes. Es un mensaje que se procesa por medio del tiempo, cuyas unidades constituyentes son culturales, asume funciones con significados diferentes, de acuerdo tanto con el contexto en el que el mensaje es dirigido como con los lenguajes no verbales expuestos y registrados⁶. Por medio de la fotografía existe una memoria visual que es pensada y sentida, colectivamente o de forma individual, históricamente construida en un contexto; percibida como mensaje compuesta por sistemas de signos no verbales, social e individualmente comprendidos por medio de códigos, cuya interpretación posibilita el análisis de ciertas acciones y relaciones humanas socialmente determinadas⁷⁻⁸.

Por medio de los relatos de vida, se puede caracterizar un grupo o un individuo, sacando a flote valores, definiciones y actitudes del grupo y del contexto al cual el individuo pertenece⁹. Los relatos de vida trazan la temporalidad de las relaciones culturales y sociales; esto es, construyen históricamente el modo de vida y las relaciones establecidas, ofreciendo la posibilidad de comprensión de la vivencia y contexto del individuo, pues permiten la descubierta, exploración y evaluación de cómo las personas comprenden su pasado, vinculan su experiencia individual a su contexto social, la interpretan y les dan significado¹⁰.

OBJETIVOS

- 1- Identificar la influencia de la contextualización del paciente sedado sobre la percepción del cuidar del equipo de enfermería.
- 2- Evaluar la intervención propuesta como una estrategia de humanización para el cuidado al paciente sedado.

MÉTODO

Se trata de una investigación de intervención, con diseño cualitativo. El estudio se realizó con el equipo de enfermería de una UCI Adulto General, en hospital público del estado de São Paulo. La UCI tiene 16 camas y la población está constituida por 43 profesionales de enfermería: 20 auxiliares de enfermería, 13 técnicos de enfermería y 10 enfermeros.

Se optó por estudiar solo el equipo de enfermería, pues el tiempo de permanencia con el paciente, el tipo de cuidado y la formación del vínculo pueden ser sesgos importantes en el análisis de los resultados.

Los criterios de inclusión de los profesionales de enfermería en el estudio fueron: ser enfermero, técnico o auxiliar de enfermería de la UCI seleccionada y estar cuidando directamente o haber prestado asistencia por lo menos una vez a un paciente incluido en la investigación.

Tras aprobación del proyecto de investigación por el Comité de Ética en Investigación (parecer número 663.343/2014), los profesionales fueron reclutados individualmente para participar del estudio durante momentos de su jornada de trabajo en que estaban disponibles o realizando sus anotaciones. Hubo la presentación de los objetivos de la investigación y, tras la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, al participante se le preguntó cuándo era el mejor momento para conceder entrevista y la investigadora quedó a disposición.

La colecta de datos consistió en una entrevista previa, intervención y entrevista pos-intervención. El periodo de colecta de datos fue de julio a agosto de 2014.

Primero, los profesionales respondieron la entrevista pre-intervención. Estos fueron preguntados por el género, edad, profesión, escolaridad, religión y dos preguntas que fueron grabadas: ¿Usted prefiere cuidar de pacientes conscientes o inconscientes? ¿Por qué? ¿Usted cree que conocer datos de vida de los pacientes sedados modificaría su manera de cuidar?

Tras ser todos entrevistados, se inició la intervención. Esta consistió en la fijación de cuadros de pacientes sedados a la cabecera de la cama y orientación para que los profesionales los leyesen. Se elaboraron tres cuadros de pacientes en esta investigación. Los cuadros contenían fotografías y relatos de vida de los pacientes levantados por medio de sus familiares. El criterio de la escucha del familiar se hizo por medio de un genograma. El objetivo del uso del genograma fue identificar al familiar con vínculo más fuerte con este paciente, intentando evitar cualquier tipo de exposición indebida o vergüenza para el paciente sedado.

Se sugirió al familiar escoger una foto actual del paciente, con encuadramiento de medio cuerpo, realizando algo que le guste o en un momento de alegría. Fotos con encuadramiento de la cara o muy distantes dificultan la visualización adecuada de la persona en determinado contexto, por eso no fueron consideradas. Los familiares enviaron la foto por e-mail para la investigadora. Así, en posesión de la foto, se elaboró un cuadro con la misma, seguido de informaciones personales y de la vida cotidiana del paciente: nombre, escolaridad, características destacadas, religión, profesión, hobbies, gusto musical y un momento de alegría.

Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: pacientes en sedación profunda (Escala de Sedación de Ramsay 5 o 6), sin perspectiva de cambio en el patrón de sedación en los próximos días, para que los cuadros permaneciesen fijados un mínimo de 48h, dando tiempo a ser vistos por el equipo, pacientes con 18 años o más, debido al uso de fotografía en el estudio.

En un intervalo de 10 días, pacientes sedados fueron incluidos en la investigación o tuvieron los cuadros retirados. Este período se escogió para que los profesionales tuviesen oportunidad de visualizar algunos cuadros y acostumbrarse con la intervención. Como fue evaluada en este estudio la percepción sobre el cuidado, este precisa de tiempo para ser modificado y/o incorporado.

Tras la intervención, se realizó entrevista estructurada pos-intervención con los participantes del equipo de enfermería, realizándose dos preguntas que fueron grabadas: ¿Qué sentimientos surgieron cuando usted vio los cuadros con los relatos de vida y fotografía de los pacientes? ¿Conocer algo sobre la vida de los pacientes

sedados cambió su manera de cuidarlos? Las hablas fueron transcritas íntegramente y analizadas según el referencial metodológico de Análisis de Contenido¹¹.

RESULTADOS

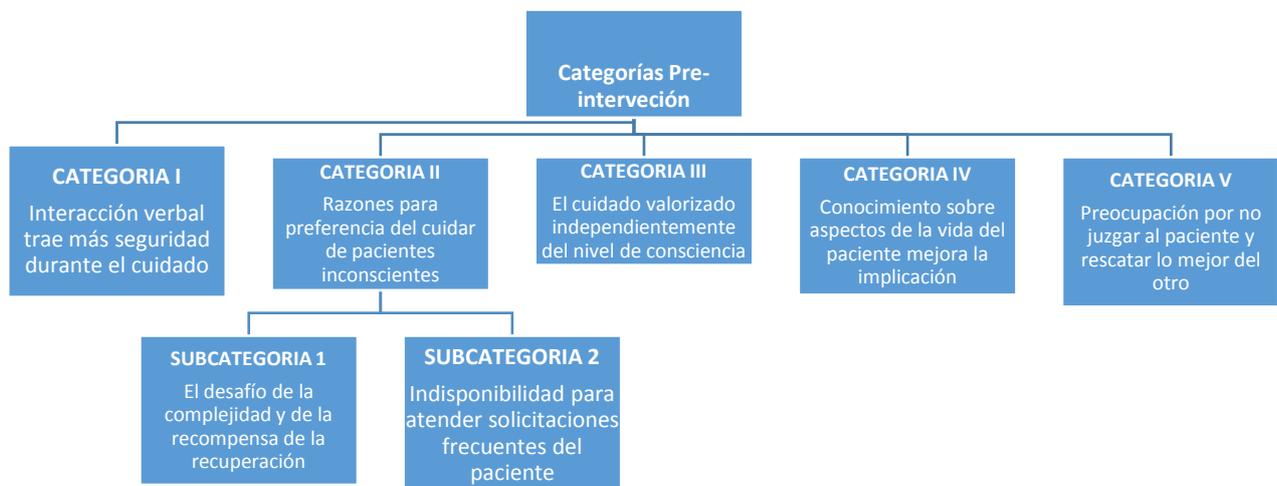
Participaron de la fase pre-intervención 43 profesionales del equipo de enfermería, con edad media de 33,33 ($\pm 7,3$) años. Sin embargo, en la fase pos-intervención 5 (11,63%) participantes no respondieron a la entrevista por motivo de vacaciones, despido, licencia médica o transferencia de sector.

La mayoría de los profesionales era del género femenino (n=32; 74,42%), con enseñanza técnica (n=24; 55,81%) y católicos (n=27; 62,79%). En cuanto al estado civil, la mayor frecuencia fue de casados (n=21; 48,84%). Con relación a la formación, mayor frecuencia fue de auxiliares de enfermería (n=20; 46,51%), seguido de los técnicos de enfermería (n=13; 30,23%) y enfermeros (n=10; 23,26%).

Categorías pre-intervención

Por medio del análisis del discurso de los participantes pre intervención se identificaron cinco categorías temáticas y dos subcategorías (Figura 1).

Figura 1 – Categorías temáticas encontradas en la entrevista pre-intervención. Guarulhos, 2014.



Categoría I – Interacción verbal transmite más seguridad durante el cuidado

En esta categoría se evidenció que la expresión verbal del paciente consciente es factor facilitador de la relación y predictiva para el cuidado, porque en esta situación el profesional tiene la oportunidad de conocer mejor al paciente, obtener *feedbacks* del cuidado prestado y ser más asertivo.

“Conscientes, conscientes, conscientes porque la gente tiene contacto y consigue dialogar con él, es con mejora, lo que él está esperando del tratamiento, conseguimos exponer para él... porque él está en la UCI, esclarecer

el por qué él está aquí, cuántos días él se va a quedar, cuál es la recuperación probable para él...” (profesional nº 1).

“Conscientes, porque ellos estando conscientes, nosotros conseguimos analizar, verificar la real necesidad de él, para obtenerse una mejor atención, calidad en la atención” (profesional nº 10).

“El paciente consciente ayuda mejor, la gente sabe lo que él tiene, ¿entiende? Si él está con dolor, sabemos lo que hacer” (profesional nº 12).

Categoría II – Razones para preferencia del cuidar de pacientes inconscientes

Subcategoría 1 – El desafío de la complejidad y de la recompensa de la recuperación

En esta subcategoría la preferencia del profesional de enfermería en cuidar de los pacientes inconscientes surge por la satisfacción con el acompañamiento de la recuperación del paciente y por toda complejidad implicada en este cuidado. La recuperación del paciente sedado se muestra como un reconocimiento del trabajo del profesional.

“Inconsciente. Porque no sé explicar, yo prefiero inconsciente porque creo que es más complejo, tiene como usted entender más... más a fondo, usted intenta descubrir dolor, esas cosas...se percibe más... yo prefiero más...por ser complejo” (profesional 5).

“Yo prefiero cuidar de pacientes inconscientes, ya es un hábito aquí en la UCI, a mi me gusta acompañar la evolución del cuadro, así cuando él entra inconsciente para mí, ellos salen de aquí muchas veces conscientes en la mayoría de los casos. Es gratificante para mí” (profesional nº 11).

“Ah! Yo prefiero cuidar del paciente inconsciente, ¡yo gusto porque es muy lindo! ¡Muy lindo! Cuando él vuelve a ser consciente, viéndole levantarse de la cama y se va, ¿entiende? Para mí es muy gratificante” (profesional nº 31).

Subcategoría 2 – Indisponibilidad para atender solicitudes frecuentes del paciente

Esta subcategoría denota insatisfacción e incomodidad de los profesionales participantes con solicitudes frecuentes, quejas y participación del paciente en su propio cuidado. Relato que diverge de la responsabilidad ética y profesional de la enfermería; sin embargo, surge muchas veces de un dimensionamiento profesional inadecuado en UCI y de sobrecarga en el trabajo, tanto física como emocional del equipo de enfermería.

“Ah... [pausa] inconsciente para ser sincero... [pausa] Ah, porque sólo por el hecho de tener más facilidad de manipular, para moverse ¿entiende? En mi opinión es que... el tipo llamando a toda hora... [pausa]. En mi opinión es eso” (profesional nº 2).

“Oh! Generalmente aquí en UCI la gente acaba acostumbrándose con el paciente... [tartamudea] inconsciente, porque en verdad él toma poco tiempo

así, da más trabajo en término de usted preparar la droga, esas cosas, mas usted medicó... hizo todos los cuidados que tienen que hacerse, protegió al paciente de úlceras esas cosas, acabó. Él no va a decir, 'ah quiero agua', 'joh vuelve aquí, está doliendo aquí! ¿Entendió? Está bien así" (profesional n°14).

"Es... [pausa] en verdad, no tengo esa preferencia, yo estoy en esta profesión para promover el cuidado, entonces no tengo esa preferencia, gusto de ambos, porque el paciente cuando está sedado, está... [pausa], él no tiene, un... [pausa], no intenta entrometerse en el servicio, esas cosas, pero yo no tengo preferencia no" (profesional n° 41).

Categoría III – El cuidado valorizado independientemente del nivel de consciencia

En esta categoría los entrevistados relataron no importarles el estado de consciencia de los pacientes, lo que importa realmente es cuidar. Los profesionales de enfermería relataron placer y cariño en la realización de los cuidados de los pacientes, elementos importantes para el cuidado humanizado.

"A mi me gusta cuidar de los dos tipos de pacientes, porque en una UCI yo convivo con los dos momentos, el primer momento que él está inconsciente y el segundo momento consciente, entonces yo creo que los dos momentos son muy importantes, entonces valoro los dos" (profesional n° 20).

"Ah! Yo gusto de lo que yo hago entonces yo no tengo preferencia no, yo cuido y procuro cuidar lo mejor de las dos maneras, no tengo preferencia" (profesional n° 22).

"Mira... Yo cuido de los dos con el mismo cariño, entonces yo no tengo una elección específica, ¡para mí es igual! Así los cuidados y el cariño serán los mismos" (profesional n° 23).

Categoría IV – Conocimiento sobre aspectos de la vida del paciente mejora o implicación

En esa categoría el profesional relata mayor implicación en el cuidado prestado al conocimiento de aspectos positivos de la vida del paciente. Conocer al otro implica la inserción de esa persona en la memoria y consciencia de alguien; así, las hablas de los participantes denotan que a partir del momento en que el profesional conoce algunos aspectos de la vida del paciente se hace más fácil la implicación.

"Creo que sí... Sí, porque eso da más es... [pausa] creo que... [pausa] más involucrado así en la...[pausa] usted cuenta relatos de vida... Usted se involucra más...[pausa] para cuidar al paciente ¿entiende? En la mayoría usted no sabe de nada mismo, se hace lo que tiene que hacer y pronto, entendió? Mas... Creo que sí" (profesional n°2).

"Sí, porque... [pausa] parece que no pero es, a veces la cuestión hasta incluso cultural ¿no?, es del paciente, estilo de vida, él impacta directa e indirectamente en el cuidado" (profesional n° 10).

“Sí, claro facilita. Más claro, [pausa] es cuanto más conocimiento mejor para cuidar del paciente” (profesional n° 13).

Categoría V – Preocupación por no juzgar al paciente y rescatar lo mejor del otro

Los discursos de los participantes evidencian en esta categoría que independientemente de conocer aspectos de la vida del paciente que puedan ser positivos o no, el cuidado ofertado sería el mismo. Con todo, muestran entre líneas la preocupación en no juzgar al paciente.

“No, no modificaría porque independientemente de lo que él fue o hizo, o lo que sucedió con él por estar aquí eso no modificaría mi cuidar. Indiferente... La gente tiene que tratar aquí a todos iguales” (profesional n° 6).

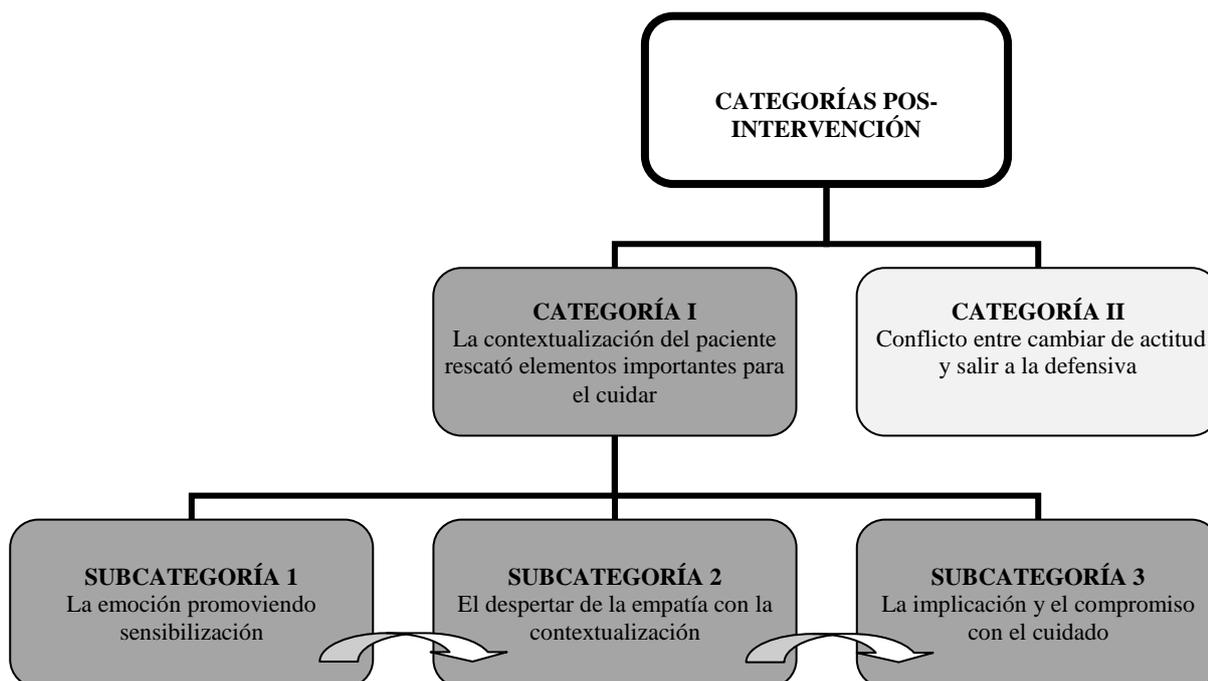
“... a partir del momento en que la persona está aquí, es cuidada como cualquier otra persona, independientemente de religión, de color, de sexo, de cualquier cosa. Es indiferente, puede ser un ex presidiario, como presidiario, él está aquí para cuidar a la gente. Entonces, la gente entró en el área de salud... ya tengo el conocimiento de esto, que la gente tendría que cuidar de la persona en sí, del cliente en sí, independientemente de lo que él fue allá fuera o de lo que él es allá fuera (profesional n° 17).

“Creo que no, creo que... [pausa], independientemente de la historia de vida de cada uno mi cuidado va a ser siempre el mismo así, para el bien del paciente, no cambiaría” (profesional n°26).

Categorías pos-intervención

Tras la intervención se identificaron tres categorías temáticas y dos subcategorías (Figura 2).

Figura 2 – Categorías temáticas encontradas en la entrevista pos-intervención. Guarulhos, 2014.



Categoría I – La contextualización del paciente rescató elementos importantes para el cuidar

Esta categoría muestra que tras la intervención de la exposición de la fotografía y relatos de vida profesionales citaron aspectos fundamentales para el cuidado: emoción, empatía y fortalecimiento del vínculo con el paciente. Esto indica el rescate de los elementos básicos para el cuidar humanizado, incluyendo sentimientos en el hacer y promoviendo mayor sensibilización del colaborador de enfermería, aumentando el compromiso e implicación con la asistencia a pacientes sedados.

Subcategoría 1 – La emoción promoviendo sensibilización

Fue posible aprender que tras la intervención los profesionales se mostraron sensibilizados y expresaron diversos tipos de emoción al responder a la entrevista, tales como compasión y cariño.

“¡Ah! ¡Muy emocionante! Muy bueno saber que nuestro trabajo es gratificante, ¿no? Y que puede ayudar a la curación de quien vino a buscarla” (profesional nº 3).

“Yo creo que nos hizo más sensible, no es que yo no lo sea, pero como usted tiene el hábito del día a día, como yo digo, usted piensa en aquella persona, en la vida activa que él tenía antes de caer enfermo, y nos vuelve más sensibles para colaborar en la atención sí, positivamente” (profesional nº 11).

“Momento de sensibilidad, creo que aproximó más es... de alguna forma moverse con lo humano, y menos técnico” (profesional nº 13).

Subcategoría 2 – El despertar de la empatía con la contextualización

En esta subcategoría se muestra que la sensibilización de los profesionales anteriormente descrita posibilitó el despertar de la empatía, con relatos de mayor comprensión del otro, poniéndose en el lugar del paciente y familiares.

“¿Qué tipo de sentimiento? Ah! Bien triste porque me coloqué en el lugar de la familia, principalmente del de la cama 12, no sé si usted llegó a ver aquello que la esposa estaba embarazada de gemelos, fue muy triste ver...” (profesional nº 15).

“¡Ah! Da mucha pena ¿no? Pena, lástima, la gente se pone en el lugar de él ve que ellos fuera de aquí tienen una vida, una familia, tienen una vida allá fuera ¿no? Da mucha pena...” (profesional nº 34).

“Ah sí, cambia porque usted pasa a respetar más aún, [tartamudea] el paciente como ser humano, ¿no? Entonces la visión, ella te da un chaocalón, usted para para pensar, no es algo mecánico que a veces la gente acaba cayendo. ¡Es eso!” (profesional nº 10).

Subcategoría 3 – La implicación y el compromiso con el cuidado

Los participantes relataron mejora del compromiso, individualización y motivación en el cuidar tras la intervención y consecuente sensibilización y despertar de la empatía. Este fortalecimiento del compromiso y mayor implicación proporcionan el desarrollo de vínculos fuertes con el ser cuidado, como indican las hablas siguientes.

“¡Ah! Mejoró así más, así, [pausa] para la gente poder cuidar de ellos, y tener más contacto con la familia también, saber lo que... [pausa] a la hora de actuar, saber un poco más el sentimiento que la familia está sintiendo allí, deduce un poco más, pero fue bueno, legal, me gustó” (profesional nº 12).

“Yo creo que el compromiso es mayor, cuando la gente toma conocimiento de la vida personal del paciente, el servicio queda más intensificado, la gente está más motivada a hacerlo cada vez mejor” (profesional nº 19).

“Surgió un sentimiento de que él está realmente integrado en una familia, él tiene una vida, él es una persona que tiene un nombre, una dirección, tiene todo un contexto de una historia. Él no es solo un número, una cama y tal que él está acostado. Él es una persona que tiene toda una historia, una vida y eso hace que nos sensibilicemos, para que podamos recuperar, para que él pueda volver a convivir con la familia que tan ansiosa está esperándole” (profesional nº 20).

Categoría II – Conflicto entre cambiar de actitud y salir a la defensiva

En esta categoría se evidencia la dificultad de los profesionales de enfermería en concienciarse y asumir cambio de actitud en el cuidado después de la contextualización del paciente. Esta dificultad puede ser percibida por contradicción y discurso. Los profesionales inician el discurso refiriendo que la intervención no cambió la manera de cuidar, pero enseguida relatan nuevos hechos y factores positivos en su hacer, oriundos de la contextualización.

“En realidad no cambió ¿no? La gente cuida como siempre cuidó, pero es en la parte más psicológica, más legal, gusté de conocer un poco más de la vida de ellos, por lo menos un poquito” (profesional nº 2).

“La manera de cuidar no, pero así, fue muy importante saber lo que él hacía, porque a veces la gente ve al paciente y forma una idea totalmente diferente de la vida de él y allí la gente pudo ver y saber lo que él hace, es muy interesante” (profesional nº 9).

“Yo diría que mi manera de cuidar a m paciente, es muy difícil cambiar. Porque yo soy una persona humana, y miro a mi paciente y veo que él por alguna circunstancia, motivo de salud, o accidente, está en aquella situación. Pero siempre es bueno conocer un poco más de las personas. Eso nos hace entender mejor, y podemos mejorar la atención a aquella persona, porque está muy bien conocerlas” (profesional nº 20).

DISCUSIÓN

En las categorías pre-intervención evidenciadas por los discursos fue posible identificar contradicciones que traspasan las acciones de cuidar de los profesionales, que refieren valorar el cuidado de manera igualitaria con pacientes conscientes e inconscientes, con todo indican predilección por individuos inconscientes y poca disponibilidad para interacción y escucha, elementos fundamentales para la humanización del cuidado. A pesar de reafirmar compromiso con el cuidado y necesidad de sentirse participante activo y útil de este, los participantes denotan en sus hablas repletas de pausas poca reflexión sobre la temática y predominio de la visión tecnicista.

Se destaca en el contexto del cuidado al paciente crítico y sedado la falsa ilusión de que este cuidado es menos trabajoso. La complejidad de las acciones de cuidado físico con estos pacientes requiere exímio conocimiento técnico y responsabilidad para mantener las funciones básicas y suplir necesidades fisiológicas primarias. Así, hay orientación para los cuidados incluyendo mantenimiento de vías aéreas permeables, evaluación neurológica, control del equilibrio hidroelectrolítico, además de mantener membranas mucosas orales intactas, integridad cutánea y control riguroso de signos vitales. Con todo, incluso sabiendo de la complejidad de las acciones procedimentales involucradas, los profesionales entrevistados indican que la relación humana y la comunicación constituyen las partes más difíciles del cuidar.

Cuidar de pacientes críticos se torna gratificante porque el profesional se siente útil y capaz de amenizar el sufrimiento de las personas por medio del cuidado individualizado. Respetar la singularidad de los pacientes y sus familiares, en ese momento crítico de sus vidas, significa respetar profundamente su condición humana. Los equipamientos utilizados en cuidados intensivos, como por ejemplo los monitores hemodinámicos, contribuyen a mejor calidad en la asistencia prestada, sin embargo, son necesarios elementos esenciales para un cuidado humanizado, tales como empatía, receptividad y disponibilidad para escuchar, dialogar y tocar¹².

Es posible identificar que la intervención despertó en los profesionales participantes aspectos y sentimientos positivos e importantes para el cuidar, tales como emociones, empatía y vínculo. Con todo, algunos profesionales indicaron dificultades en asumir cambio en el cuidado tras la contextualización del paciente, situación que fue evidente

por contradicciones en el discurso. Así, se deduce que la intervención contribuyó a que los participantes percibiesen y reflexionaran sobre aspectos individuales del paciente sedado, lo que puede favorecer el trabajo más humanizado en el cuidado de estas personas.

El cuidado implica responsabilidad, interés y compromiso moral, características exclusivas humanas, siendo una expresión de la humanidad, el cuidado es esencial para el desarrollo y realización de las personas como seres humanos mejores¹³. En enfermería el cuidado significa un ideal moral, que incluye el rescate de características humanas durante el acto de cuidar, colocarse en el lugar del otro a fin de comprender mejor lo que este otro vivencia, con responsabilidad y ética¹⁴.

El uso de la fotografía en el proceso de humanización tiene asociación inmediata con la realidad del individuo. La fotografía funciona en la mente humana como una especie de pasado preservado, recuerdos de ciertos momentos, congelados contra el paso del tiempo, proporcionando revivir sentimientos positivos o negativos, dependiendo de la imagen que se visualiza¹⁰.

Conocer aspectos de la vida de los pacientes los individualiza, pues narra su memoria en momentos importantes, contribuyendo a mostrar la importancia del ser humano en su contexto, fortaleciendo el vínculo entre cuidador y paciente. Relatos de la vida también posibilitan una visión individual, porque aportan informaciones sobre la sociedad en que esa persona está inserta, sobre sus valores sociales y culturales, posibilitando la mejor comprensión de esos procesos y de las relaciones involucradas⁹.

Un estudio de enfoque cualitativo afirma que informaciones de la vida de un individuo tienen un papel fundamental en las relaciones entre los seres humanos, pues influye la consciencia que el ser tiene de sí mismo y de los otros, siendo esta percepción expresada por el lenguaje, posibilitando la percepción del pasado social a la vida de responsables y lectores, que pasan a entender la secuencia histórica y a sentirse parte del contexto¹⁵.

La emoción es una experiencia subjetiva, asociada a temperamento, personalidad y motivación, que acontece en todas las relaciones que despiertan interés en el ser humano¹⁶. Es su despertar en las relaciones lo que posibilita la formación de vínculos, esencial en el proceso de interacción. Así, es relevante destacar la importancia del compromiso emocional de los profesionales con aquellos que requieren ayuda, reconociendo y considerando relevantes sus manifestaciones de sufrimiento, miedo, angústia, desesperación, entre otros sentimientos¹⁷.

Se considera que realizar una intervención como esta, sin preparación emocional del profesional, puede ser preocupante, porque puede despertar emociones que precisarán ser reconocidas y trabajadas. Reflexionar sobre el otro vincula a la reflexión sobre sí mismo, las consecuencias y límites de su hacer laboral, lo que puede traer sufrimiento y frustración del personal que lidia diariamente con situaciones complejas. No saber manejar una situación difícil puede tener como consecuencia inmediata el distanciamiento del individuo como defensiva. Es fundamental, de este modo, pensar en estrategias para acoger y cuidar emocionalmente del equipo después que él está sensibilizado e involucrado en la historia e imagen del paciente sedado.

No fue posible diferenciar las percepciones en relación a la intervención en las diferentes categorías profesionales (enfermero, técnico y auxiliares de enfermería), así como los participantes no fueron caracterizados en relación al tiempo de experiencia. Esto puede configurarse límite de la investigación, pues la función y tiempo de formación pueden influir en la implicación. Sin embargo, vale resaltar que inteligencia emocional es diferente de inteligencia intelectual; o sea, el desarrollo emocional no está vinculado a la edad y no acompaña necesariamente el grado de escolaridad. El desarrollo de la inteligencia emocional es cada vez más importante para el buen desempeño en el ambiente de trabajo y puede estar relacionado con el hecho de que personas con mejor manejo de propias emociones son posiblemente más exitosas en el trabajo y tienen más calidad de vida¹⁸.

CONCLUSIONES

La contextualización del paciente sedado mejoró la percepción del cuidar del equipo de enfermería, pues despertó sentimientos positivos e importantes para el cuidar.

La intervención propuesta fue validada como estrategia para la humanización en el cuidado de pacientes sedados, pudiendo ser considerada efectiva en lo que ella se propone: una sensibilización de los profesionales sobre la necesidad de humanización y como una primera etapa para cambio de actitud.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Pessini L, Bertachi L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004.
3. Lobo LF, Puggina AC, Trovo MM. Estratégias de humanização para o atendimento do idoso hospitalizado. Rev Enferm Atual In Derme 2014. 70(8): 12-18.
4. Silva MJP. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola; 2004.
5. Silva MJP, Araújo MMT, Puggina AC. Humanização em UTI. In: Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. Org Katia Grillo Padilha, Maria de Fátima Fernandes Vattimo, Sandra Cristine da Silva, Miako Kimura. Barueri (SP): Manole, 2010.
6. Erwen P. O significado nas artes visuais. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1991.
7. Oliveira GVV. Flashes do passado: o fotojornalismo como fonte de história. Revista Eletrônica de História do Brasil. 1997 1(2). [online] [acesso em 2015 Abr 5]. Disponível em: <http://ppghistoria.academia.edu/GilVicente>
8. Samain E. O fotográfico. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
9. Gonçalves RC, Lisboa TK. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. Revista Katálysis. 2007; 10(esp):83-92.
10. Bosi E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. São Paulo: Cia das Letras; 1994.
11. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Ashworth P. Care to Communicate. London: Royal College of Nursing; 1980.
13. Waldow VR. Cuidar e Humanizar: relações e significados. Acta Paul Enferm. 2011; 24(3):414-8.
14. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2006.
15. Lima AFC, Gualda DMR. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. Rev Esc Enferm USP. 2001; 35(3):235-41.

16. Ekman P. A linguagem das emoções. São Paulo: Ed Leya; 2010.
17. Silveira RS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. Texto Contexto Enferm. 2005; 14(Esp.):125-30
18. Goleman, D. Inteligência emocional – a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente, Editora Objetiva, 1995.

ISSN 1695-6141

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