

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

NICELHA MARIA GUEDES DE ALBUQUERQUE

**VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO HUMANO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

NATAL/RN
2007.1

NICELHA MARIA GUEDES DE ALBUQUERQUE

**VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO HUMANO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial à obtenção de grau de mestre.

Área de concentração: Enfermagem na assistência à saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde.

ORIENTADORA:

Prof^a Dr^a Bertha Cruz Enders

Natal-RN
2007.1

NICELHA MARIA GUEDES DE ALBUQUERQUE

**VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO HUMANO NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

Dissertação aprovada em: 05 / 02 / 2007.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Bertha Cruz Enders (Orientadora)
Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof^a Dr^a Luz Angélica Muñoz Gonzales (Titular)
Universidad Andres Bello – Santiago, Chile

Prof^a Dr^a Glaucea Maciel de Farias (Titular)
Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof^a Dr^a Rosineide Santana de Brito (Suplente)
Departamento de Enfermagem da UFRN

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a minha estimada filha **Anna Beatrice** que, nos seus seis aninhos, aprendeu a renunciar muitas horas do nosso convívio. No seu olhar houve momentos de solidariedade, de compreensão, tristeza e de decepção. Mas, acima de tudo, de esperança em ver o término desta caminhada. A ela, meu obrigada com muito amor.*

MENSÃO HONROSA

*A minha orientadora, Prof^a Dr^a.
Bertha Cruz Enders, pela
amizade, compreensão, dedicação,
paciência e ensinamentos
dispensados durante toda a
trajetória.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*A **Deus**, minha fonte inesgotável de vida. Pela presença constante em meu caminho, por ter me concedido força, coragem e determinação.*

*A **Nossa Senhora de Fátima**, que esteve zelando por mim e por este trabalho.*

*Aos **meus pais**, por terem me ensinado a ser íntegra, responsável e a seguir o caminho do bem. Especialmente a **minha mãe** por ter sido exemplo de um verdadeiro amor materno.*

*Aos **meus irmãos**, de forma muito especial aos que já não mais dividem este mundo conosco. Vocês foram o estímulo que eu precisava no início da minha vida acadêmica.*

*Ao **meu esposo**, Giovanni, pelo apoio e compreensão.*

*Aos **Padrinhos da minha filha**, Socorro e Almeida que por tantas vezes fizeram o papel de pais, para que eu pudesse estudar.*

Aos **meus sobrinhos**, Samira, Frank, Isadora, Álef e Dálet e a todos os familiares e amigos que torceram e rezaram por mim para o alcance dessa meta.

Às **amigas** Ana Cristina, Débora Guerra e Sheyla Gomes, pela amizade e companherismo, o meu verdadeiro abrigada.

Ao **amigo** Victor Rocca, pela amizade, presteza e dedicação na tradução de textos e na busca de material bibliográfico necessário ao estudo. O meu eterno obrigada.

AGRADECIMENTOS

Ao Natal Hospital Center, pelo acesso ao campo e aos membros da pesquisa.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pela oportunidade de vivenciar o mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN pelos grandes ensinamentos.

Às professoras Raimunda, Glaucea e Rosineide, pelas contribuições oferecidas na qualificação e pelo incansável compromisso com o crescimento científico da enfermagem.

A todos os professores da Pós-Graduação, pelas lições compartilhadas.

A todos os pesquisados, envolvidos neste trabalho, pelo respeito e pelo muito que me ensinaram e me inspiraram a construir esta história que hoje também é minha.

Às colegas do mestrado, em especial, Cleonice e Cláudia, pelas contribuições oferecidas e companheirismo nos momentos difíceis dessa trajetória.

Aos funcionários do mestrado, pelo acolhimento dispensado ao longo desses anos: Sebastião, Naldo, Josefa, Célia, Liliane, pela disposição e disponibilidade em nos ajudar.

A Juliana Buse, pelas orientações e revisão bibliográfica do trabalho.

Aos meus colegas de trabalho por toda a força nos momentos de dificuldades.

A parábola do boneco de sal

“Era uma vez um boneco de sal. Após peregrinar por terras candentes e áridas, chegou a descobrir o mar que jamais vira e por isso não podia compreender. Perguntou o boneco de sal:

- Quem és tu?

E o mar respondeu:

- Eu sou o mar!

Tornou o boneco de sal:

- Mas quem é o mar?

O mar respondeu:

- Sou eu!

- Não entendo – disse o boneco de sal.

- Gostaria muito de compreender-te... Como faço?

O mar respondeu:

- Toca-me!

Então o boneco de sal, timidamente, tocou o mar com as pontas dos dedos do pé. Percebeu que aquilo começou a ser compreensível. Mas logo deu-se conta:

- Veja só: desapareceram as pontas de meus pés !

Que fizeste, ó mar?

O mar respondeu:

Tu destes alguma coisa para que pudesses me compreender.

E o boneco de sal começou a entrar lentamente mar adentro, solene e devagar, como quem vai fazer o ato mais importante de sua vida. Na medida em que entrava, ia se diluindo. E nessa mesma medida ia compreendendo mais e mais o que era o mar. O boneco ia repetindo de si para consigo mesmo a pergunta: ‘Que é o mar?’ Até que uma onda o tragou totalmente. E ele pôde ainda dizer, no momento de ser diluído pelo mar: ‘Sou eu!’”

RESUMO

ALBUQUERQUE, Nicelha Maria Guedes. VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO COM O CUIDADO HUMANO NA UTI. Natal, 2007. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

O propósito do estudo foi compreender a experiência do enfermeiro com o cuidado humano na unidade de terapia intensiva (UTI) adulto. Teve como objetivos descrever a vivência do enfermeiro ao cuidar de pacientes na UTI, e analisar a percepção deste acerca do cuidado que ele presta. Trata-se de uma investigação descritiva com abordagem fenomenológica. Entrevistamos oito enfermeiros na faixa etária de 26 a 43 anos, que desempenham suas atividades na UTI de um hospital privado de Natal/RN. Coletamos os dados nos meses de julho e agosto de 2006 e utilizamos o método fenomenológico de análise de Colaizzi. Quatro categorias temáticas emergiram da análise compreensiva: A busca pela manutenção da vida; as ações técnico-burocráticas; a aproximação com as particularidades dos pacientes; e a expressividade dos sentimentos do enfermeiro. A análise permitiu descrevermos a vivência do cuidar dos enfermeiros e de conhecermos os elementos estruturais da experiência. A vivência desses enfermeiros se apresenta como um processo composto por várias ações e sentimentos que vão surgindo à medida que as relações sociais entre eles e os pacientes vão acontecendo. Entendemos que o estudo mostra uma vivência pautada num modelo de saúde biologicista, mas, que esses enfermeiros já possuem esboçado em si o caminho para se alcançar um cuidado humanizado na sua essência, precisando, no entanto, de uma política institucional que favoreça essa prática, uma formação que desperte o enfermeiro para reconhecer seu campo de trabalho como um lugar de aprendizado contínuo e que o modelo de saúde vigente passe a ser um aliado na busca de um cuidado humanizado.

Descritores: Cuidado Intensivo; Percepção; Humanização; Enfermeiro.

ABSTRACT

ALBUQUERQUE, Nicelha Maria Guedes. THE EXPERIENCE OF THE NURSE WITH THE HUMAN CARE IN THE ICU. Natal, 2007. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

The purpose of the study was to understand the nurse's experience with human care in the Adult Intensive Care Unit (ICU). The objective was to describe the nurse's experience in caring for patients in the ICU and to analyze the nurse's perception of the care provided. The study is a descriptive inquiry of qualitative nature with a phenomenological approach. We interviewed eight nurses, 26 and 43 years of age, that provide care in the ICU of a private hospital in Natal/RN, during the months of July and August of 2006. We analyzed the data according to the method of Colaizzi. Four categories emerged from the data: The search for the maintenance of life, The technical-bureaucratic activities, The recognition of the patient's individuality, and the expression of the nurse's feelings. The analysis allowed us to describe the lived experience of the nurse's care in the ICU and to comprehend the structural elements of this experience. The results showed that the nurse's experience presents itself as a process of the several actions and feelings that occur while the social relations between the patient and the nurse develop. Finally, we understand that although the study shows an experience based on a biological model of health, these nurses possess an initial idea on how to reach humanized care in its essence, needing, however, of an institutional policy that favors this practice, an educational formation that prepares her to recognize her field of work as a place of continuous learning and an understanding of the health model as an ally in the search of humanized care.

KEYWORDS: Intensive care; Perception; Humanization; Nurse.

LISTA DAS ABREVIATURAS

EUA - Estados Unidos da América

GTH - Grupo de Trabalho e Humanização

Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização

PEHAH - Programa Estadual de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar

RN - Rio Grande do Norte

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TMO - Transplante de Medula Óssea

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 MOMENTO DE APROXIMAÇÃO COM O TEMA	15
1.2 OBJETIVOS.....	23
1.3 JUSTIFICATIVA.....	24
2 DISCURSO DA LITERATURA.....	26
2.1 HUMANIZAÇÃO	27
2.2 O CUIDADO HUMANO E SEUS SIGNIFICADOS.....	33
2.3 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E O CUIDADO HUMANO.....	36
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA.....	41
3.1 REFERENCIAL FILOSÓFICO-METODOLÓGICO	42
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	48
3.3 ACESSO AOS PARTICIPANTES	50
3.4 ENCONTRO FENOMENOLÓGICO.....	50
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	52
4 CONSTRUINDO A ANÁLISE DAS VIVÊNCIAS.....	55
5 BUSCANDO COMPREENDER AS VIVÊNCIAS.....	93
6 RUMO AO CUIDADO HUMANIZADO.....	110
REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICES	127
ANEXOS	131



CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

"Nunca lhe dão um desejo sem também lhe darem o poder de realizá-lo. Você pode ter que trabalhar por ele, porém".

Richard Bach

1 INTRODUÇÃO

1.1 MOMENTO DE APROXIMAÇÃO COM O TEMA

Os avanços científicos e tecnológicos da indústria farmacêutica, de instrumentos e equipamentos, que aconteceram nos meados do século XX, foram fatos marcantes para o revigoramento da instituição hospitalar. Nesse momento, a política de saúde caracterizava-se pelo fortalecimento dos interesses capitalistas da área, levando a saúde pública a perder espaço para a assistência curativa.

Silva (1986), afirma que esses acontecimentos favoreceram a substituição da medicina artesanal por uma medicina de especialidades múltiplas. O uso de técnicas novas de diagnóstico e terapêutica complementar tornou-se indispensável ao ato médico. Essa situação não foi totalmente maléfica, pois foi a partir desse momento que a instituição hospitalar, fazendo uso desses avanços, tornou-se um lugar possível de se promover a cura, a recuperação e a reabilitação do enfermo.

Por isso, nos últimos 20 anos, o hospital começou a sofrer modificações na sua estrutura física. É possível entrar em um deles sem perceber-se que se trata de uma instituição dessa natureza. Já não existem aqueles modelos arquitetônicos padronizados. Na realidade, há belas arquiteturas escondendo o que há de mais duro e difícil para o ser humano: a perda de sua saúde. Essa reflexão nos faz lembrar de Pessini (2004, p.14) quando diz:

No hospital encontramos um resumo do que de mais nobre existe na sociedade, bem como do que de mais triste, degradante e violento nela existe. Nele nos defrontamos com a criança que apenas exalou o primeiro vagido de chegada e que se torna um grito de adeus, e o velhinho, que nos seus 90 anos, ainda luta para viver e de fato vive.

Continuamos citando Pessini (2004) com a comparação que ele faz dos hospitais com as antigas catedrais. Em ambos, ou seja, tanto nas antigas catedrais como nos hospitais de hoje, recapitulam-se todas as fases da vida do ser humano. O nascimento, com suas festas e esperanças, as doenças, a restauração da saúde, a cura, as pesquisas na busca de novos medicamentos, as campanhas preventivas, as vigílias nas Unidades de Terapia Intensiva - UTIs, as equipes profissionais combatendo infecções, orações e meditações nas capelas, sem esquecer do silêncio e da inquietude em momentos de despedida da vida.

As transformações vividas por esta instituição foram significativas através do tempo, ao passar de um local onde se ia para morrer, para se tornar um lugar onde se cuida da saúde e se busca preservá-la.

Neste contexto, surge o que se conhece hoje como Unidade de Terapia Intensiva, que se trata de um ambiente para onde são encaminhados enfermos em estado grave ou na iminência de apresentar algum risco à sua vida. Neste local, existem rigorosas normas e rotinas e as pessoas internadas, geralmente, são cercadas por estranhos, representados pelos recursos humanos e equipamentos necessários ao suporte à vida.

Nos últimos dez anos de profissão viemos desempenhando nossas atividades profissionais em uma Unidade de Terapia Intensiva. Esses anos de convivência nesse ambiente nos trouxeram crescimento pessoal e inestimáveis conhecimentos científicos, teóricos e práticos. Trouxeram, acima de tudo, a convivência com pessoas sensíveis, entre eles, pacientes, familiares, equipes de saúde e também, com profissionais extremamente competentes.

Inicialmente, entusiasmo-nos por este setor do hospital. Achávamos fascinante a dinâmica, a habilidade e agilidade da equipe que estava sempre em prontidão para atender ao paciente nas situações de risco. Encantávamo-nos, também, o aparato tecnológico que dava suporte às ações da equipe.

Com o passar dos anos, começamos a perceber atitudes dos profissionais que nos inquietavam e nos faziam refletir. Sentíamos a falta do enfermeiro ao lado do paciente e de um cuidado pautado na sistematização da assistência de Enfermagem. As ações do enfermeiro estavam voltadas para o

tratamento do paciente, como se ele fosse uma máquina que precisasse manter-se em bom funcionamento. Os sentimentos, anseios e medos do enfermo eram pouco considerados e, às vezes, despercebidos pelos profissionais que o assistiam.

A tarefa estava cumprida quando se conseguia estabelecer um equilíbrio na situação de emergência, sendo ela favorável ou não à manutenção da vida daquele paciente. Nesses momentos, nos sentíamos desmotivados, tendo a sensação de termos deixado uma lacuna no cuidado dispensado ao outro, que, por mais doloroso que seja afirmar, muitas vezes não era visto como um ser humano na sua subjetividade. Foi possível observarmos como, por exemplo, durante uma situação de emergência, a equipe fazendo as manobras de reanimação, e ao mesmo tempo, sorrindo numa atitude de pouca empatia e respeito com a pessoa que estava dependendo dos seus cuidados.

Podemos perceber nos enfermeiros comportamentos que os distancia de um cuidado humanizado, tais como: não saber ouvir e conversar, estar sempre apressado, não tocar no paciente, transmitir uma atitude de “não tenho nada com isso” ou “não posso fazer nada”, demonstrar auto-importância ou posição de poder, principalmente diante de familiares que questionam sobre o estado de saúde dos seus entes queridos. Rotulam familiares e enfermos de “muito solicitantes”, dão respostas confusas ou usam linguagem técnica, que não atende à necessidade do outro, e subestimam as informações emitidas pelos pacientes.

No entanto, apesar do quadro mecanicista, freqüentemente ouvimos dos enfermeiros comentários positivos sobre situações vividas por eles na sua rotina no ambiente de trabalho. Na maioria das vezes, na percepção desses profissionais, eles trabalham diuturnamente buscando suprir as necessidades do enfermo, cuidando para que a saúde daquele ser se restabeleça deixando o mínimo possível de seqüela. O enfermeiro parece sentir-se realizado quando o paciente recebe alta da UTI e sai com um sorriso nos lábios agradecendo por manter-se vivo. Paradoxalmente, quando ouvimos os relatos de amigos e familiares sobre a sua estada na UTI, são freqüentes comentários desfavoráveis àqueles momentos lá vividos.

Parece contraditório o que expusemos nos últimos parágrafos. No entanto, foram essas situações que nos levaram a buscar compreender como o cuidado humano é percebido e vivenciado pelos enfermeiros na UTI.

Contudo, esta situação não se restringe à UTI. É comum ouvirmos de familiares, acompanhantes e dos próprios pacientes, queixas quanto ao atendimento recebido por eles durante a sua estada num hospital, assim como daqueles que são atendidos nas unidades básicas de saúde.

Para que possamos compreender a atitude da equipe de saúde, e precisamente do enfermeiro, precisamos lembrar que ele recebeu uma formação tecnicista que favorece uma visão parcial do enfermo, focalizando apenas a doença e não o indivíduo.

Em suas diversas dimensões, o modelo flexneriano que focaliza a doença e a especialização, é o responsável pela formação dos profissionais de saúde. Segundo Barros (2002), o modelo biomédico ou mecanicista, ainda hoje hegemônico, tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a revolução cultural e tecnológica que aconteceu nessa época.

Assim, com a evolução das teorias matemáticas, consolidou-se, também, a visão cartesiana do corpo como uma grande máquina a ser explorada. A medicina mecanicista passou a fornecer, gradativamente, os instrumentos requeridos para lidar, de forma cada vez mais satisfatória, com uma parte crescente das doenças mais corriqueiras. No entanto, o indivíduo continua necessitando de um atendimento que satisfaça suas necessidades do corpo, da mente e do espírito, através do qual ele seja reconhecido como alguém capaz de intervir no seu processo de tratamento, de cura ou reabilitação.

Por outro lado, é importante considerar que o enfermeiro é o profissional da saúde que mais tempo permanece no ambiente hospitalar, convive cotidianamente com o sofrimento e a morte, está submetido à estrutura organizacional da instituição e vivencia conflitos oriundos da hierarquização intra e extra-equipe de enfermagem. Tudo isso leva esse profissional a um nível de estresse muito elevado, impelindo-o a buscar mecanismos de defesa

durante seu período de trabalho (CHAVES, 1994), a fim de poder continuar exercendo suas atividades laborativas. No entanto, esses mecanismos de defesa podem, de certa forma, ser uma barreira entre o enfermeiro e o paciente.

Assim sendo, para compreender essas atitudes e formas de agir do enfermeiro, torna-se imprescindível considerar o aspecto individual, interno e subjetivo do profissional que presta cuidados nos contextos de saúde. Nesse sentido, Franco *et al.* (1996) afirmam que, desde o nascimento, estamos inseridos em uma determinada cultura. Porém, cada pessoa apreende, de forma diferente, valores, crenças, hábitos, costumes e idéias a partir das formas de relacionamento que estabelece com o seu mundo, bem como através de expressões de sentimentos e de ações dos outros, acumuladas no desenrolar do seu processo histórico. Entretanto, a pessoa orienta suas ações tomando por base a percepção desses significados, subjetivos e intersubjetivos, experienciados no desenrolar de sua história pessoal e social.

Franco *et al.* (1996) acrescentam que as formas de relacionamento interpessoal na prática assistencial possibilitam ao profissional apreender concepções de mundo diversificadas. Dessa forma, o cuidar, se fundamenta na visão de mundo de cada um e toma diferentes direções, delineando as ações e percepções do outro como ser institucional.

Assim, pressupomos que, sendo os enfermeiros originários da cultura inserida na UTI, estes assimilam e desenvolvem relacionamentos com o outro, segundo a influência dos paradigmas que regem seu ambiente de trabalho. Dessa forma, a maneira como o enfermeiro percebe o cuidado que ele presta ao paciente, reflete, em grande parte, o seu posicionamento pessoal acerca da relação terapêutica da qual ele participa. Se pretendermos realizar intervenções para alcançarmos um cuidado pautado na inter-relação e na compaixão, seria necessário, então, mergulharmos nas percepções e nos ideais do assistir desses enfermeiros. Isso requer entrar na subjetividade dos profissionais que realizam esse assistir, para poder desvendar esse fenômeno do cuidar inerente na relação terapêutica.

Encontramos ainda alguns estudos que se detiveram em compreender o significado do cuidado na UTI na visão de enfermeiros, auxiliares e técnicos de Enfermagem (SIMSEN; CROSSETTI, 2004; LUCENA; CROSSETTI, 2004). Nesses trabalhos, o cuidado é visto como presença, afetividade e satisfação, trabalho em equipe, conforto, toque, experiência, comunicação, tecnologia, gosto pela técnica, equilíbrio, adequação de recursos humanos, ambientes favorecendo o controle e a supervisão, organização, medo e insegurança, sofrimento, além de dilema ético. No entanto, esses trabalhos não abordam a subjetividade do enfermeiro.

Neste estudo propomo-nos abordar o cuidar do enfermeiro na UTI adulto, impulsionados pela necessidade de compreender como os enfermeiros desenvolvem suas atividades assistenciais junto ao ser humano que, neste momento, se encontra em situação de impotência, visto que a perda da integridade da saúde, por si só, é fator desencadeante deste sentimento.

Ao focar a subjetividade do enfermeiro na realização do cuidar na UTI, buscamos entender a estrutura desse viver terapêutico junto ao paciente internado nesse contexto, pois, algumas vezes, reflete ações incompatíveis com o cuidado humanizado. Interessa-nos compreender a forma como o enfermeiro percebe o cuidado que realiza junto ao ser humano e os significados elaborados por ele na sua relação com o indivíduo sob seus cuidados e que orientam suas ações. Compreender a percepção do enfermeiro acerca do cuidado humano, a partir de sua vivência na UTI, constitui o objeto de estudo desta investigação.

Assim, a questão investigada foi: Como o enfermeiro vivencia o cuidado humano ao realizar assistência na UTI?

Entendemos que o cuidado humano se diferencia do cuidar quando o agir dos enfermeiros extrapola a técnica, o cuidar terapêutico e fisiológico ao paciente, e alcança a sua subjetividade, compreendendo que o paciente possui necessidades que vão além do aspecto físico. O cuidado passa a ser humano à medida que o cuidado alcança o paciente na sua totalidade e complexidade.

Como contexto, a Unidade de Terapia Intensiva, por ser um ambiente muito específico, tende a priorizar o imediato, a doença e a necessidade vital. Com isso, o cuidado humano é colocado à margem. Segundo Nascimento e Trentini (2004), o cliente, ao ser internado na UTI, rompe bruscamente com seu modo de viver, incluindo suas relações e seus papéis sociais, necessitando receber atenção especial quanto aos aspectos humanísticos e relacionais, considerados e valorizados, por estar vivenciando momentos de extrema incerteza.

Tentando minimizar esta problemática, o Ministério da Saúde (MS) vem buscando caminhos que possibilitem mudanças na construção de um sistema de saúde mais humanizado. Para isso, vários programas foram criados, entre eles podemos citar o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH de 2000 (BRASIL, 2004). Trata-se de uma proposta inovadora para a criação de uma nova cultura organizacional nos serviços de saúde, centrada no respeito, solidariedade e desenvolvimento da autonomia e cidadania tanto dos profissionais de saúde, como dos pacientes que são atendidos nestes serviços. Posteriormente, esse programa passou a ser política de saúde buscando promover a humanização em todos os contextos de atenção à saúde (BRASIL, 2004). A humanização é entendida como um processo comunicativo, interativo e afetivo, desenvolvido entre o profissional de saúde e o usuário.

Mezomo (2001, p. 76) diz que “a humanização somente será verdadeira se inscrever-se realmente entre as finalidades do hospital e for claramente definida em todos os níveis, nas suas diferentes estruturas [...]”. Corroborando com o autor, acrescentamos que não há fórmulas para tornarem a humanização viável, pois depende essencialmente da conscientização individual da importância do cuidar.

Apesar do cuidado ser a essência da Enfermagem, o cuidado humano de maneira holística permanece sendo um grande desafio, pois requer do enfermeiro compromisso com o ser humano que está partilhando com ele aquele momento.

Nesse sentido, o ato de cuidar não é somente preocupação, atitude ou boas intenções.

Ele é amplo, complexo, e exige uma nova postura do profissional de saúde, permitindo-o manter relações sentimentais, empáticas e de compaixão com o outro (BOFF, 2001).

Nessa perspectiva, a proposta de atenção humanizada passa por uma modificação profunda em toda a filosofia de trabalho, tanto das instituições como dos profissionais que aí desenvolvem suas atividades. E o enfermeiro é estratégico nessa reestruturação, por ser um dos membros da equipe de saúde mais envolvidos no contato contínuo com os pacientes. Por conseguinte, necessitará aperfeiçoar as habilidades na esfera das relações interpessoais e da comunicação, re-aprendendo a se dispor à empatia e doação de ações simbólicas, traduzindo o que se intitulou de humanização.

Segundo Villa e Rossi (2002) a importância da enfermagem em cuidados intensivos está no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições psico-fisiopatológicas do enfermo e não nos equipamentos e ambiente. Os profissionais que trabalham neste setor precisam estar cientes das suas responsabilidades técnicas e dispor de boa capacidade de relacionamento interpessoal, a fim de promover o cuidado aos doentes. Gomes (1988) afirma que, na UTI, as ações assistenciais são importantes; contudo, o relacionamento humano deve favorecer segurança e um efetivo apoio emocional como fator preponderante na prestação de cuidados.

Para um cuidado humano, tão pretendido pela enfermagem, precisamos alcançar o ser na sua totalidade e, segundo Nascimento e Tretini (2004), o paradigma da totalidade tem como pressuposto que o todo é maior que a soma das partes e que cada parte corresponde ao todo. Nele, o ser humano é percebido como alguém que transforma e é transformado pelo ambiente.

O presente estudo baseia-se nas experiências dos enfermeiros na área de terapia intensiva, visto existir a necessidade de meios técnicos, teóricos e operacionais que favoreçam uma ação conjunta entre profissionais, familiares e paciente para melhoria da assistência e conseqüentemente de uma práxis humanizada.

Assim, neste estudo, pretendemos responder aos seguintes questionamentos:

- Qual a estrutura do cuidado humano vivenciado pelo enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva?
- Qual o significado do cuidado humano para o enfermeiro que desempenha suas atividades profissionais na Unidade de Terapia Intensiva?

1.2 OBJETIVOS:

Geral

- Compreender a experiência vivida pelo enfermeiro ao realizar o cuidado humano junto ao paciente na Unidade de Terapia Intensiva.

Específicos

- Descrever a vivência do enfermeiro ao cuidar de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, na perspectiva do cuidado humano;
- Analisar a percepção do enfermeiro acerca do cuidado humano que ele presta ao paciente internado na UTI.

1.3 JUSTIFICATIVA

Pretendemos com este estudo compreender as experiências dos enfermeiros com o cuidado humano na UTI e, dessa forma, poder contribuir para o conhecimento científico existente sobre a temática. Para isso nos direcionamos para uma abordagem qualitativa fenomenológica de estudo, acreditando ser o melhor caminho para alcançarmos nossos objetivos.

Nos trabalhos pesquisados sobre o tema, percebemos algumas lacunas no que se refere a subjetividade desses profissionais ao vivenciarem o cuidado humano dentro do contexto hospitalar, especificamente na perspectiva da fenomenologia descritiva, utilizada nesta pesquisa.

Essa temática tem sido discutida de forma ampla atualmente; no entanto, a maioria dos trabalhos encontrados focaliza a humanização do paciente e da família, tanto em UTI adulto, pediátrica quanto na neonatal. Abordam também aspectos emocionais, estresse físico e psicológico dos enfermeiros e a necessidade de humanização para os profissionais que lidam diretamente com situações de grande estresse. Outros se referem ao significado da humanização para pacientes que estiveram internados em UTI (MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003; SOUZA; PADILHA, 2000; NASCIMENTO; TRENTINI, 2004; SANTOS; TOLEDO; SILVA, 1999; VILLA; ROSSI, 2002; PAULI; BOUSSO, 2003; BENINCÁ, 2002).

No momento em que a necessidade da humanização no contexto hospitalar se evidencia, a desumanização parece ser predominante. No entanto, não há igualmente trabalhos que enfoquem diretamente esta temática, mas sua constatação permeia a maioria dos estudos sobre humanização.

Este estudo poderá igualmente construir subsídio para a realização de outras pesquisas sobre o assunto, assim como para uma reflexão sobre o ensino no conteúdo teórico-prático da prática do enfermeiro na UTI e as considerações do cuidado humano nos currículos de graduação de Enfermagem.

Além disso, a humanização tem sido imperativa no atual contexto da saúde brasileiro, sendo imprescindível nos aprofundarmos e buscarmos caminhos para compreendê-la.

A fim de compreendermos a experiência do enfermeiro com o cuidado humano na UTI, procuramos uma metodologia que nos permitisse alcançar a subjetividade desse profissional. Foi assim, que durante o mestrado, ao cursarmos a disciplina Abordagens Teórico-Methodológicas de Pesquisa em Enfermagem, nos encontramos com a fenomenologia, que como um método científico se propõe a descrever as experiências vividas pelas pessoas, chegando a sua essência. Entre tantas outras metodologias, optamos pelos princípios da fenomenologia, por acreditarmos ser o melhor caminho, senão o único a nos levar a descrever o fenômeno tal como ele acontece no mundo vida de cada sujeito investigado.



CAPÍTULO 2

DISCURSO DA LITERATURA

"Sem o cuidado não há atmosfera que propicie o florescimento daquilo que verdadeiramente humaniza: o sentimento profundo, a vontade de partilhar e a busca do amor".

Leonardo Boff

2 DISCURSO DA LITERATURA

A literatura que embasa este estudo engloba três momentos: no primeiro, abordamos a humanização dentro de uma perspectiva política, filosófica e ética, o segundo trata do cuidado humano e seus significados. E por último, falamos sobre o surgimento da UTI, como se caracteriza este setor e como se dá o cuidado humano nesse contexto. Entendemos que, ao propormos investigar a subjetividade do enfermeiro sobre o cuidado humano, será preciso estipular os conceitos, conhecimentos e nosso entendimento do mesmo, para assim podermos nos afastar deste e chegar à compreensão conforme os expressam os enfermeiros.

2.1 HUMANIZAÇÃO

Conceituando Humanização

A fim de compreender melhor o conceito de humanização, citaremos alguns autores, buscando, primordialmente, encontrar a essência da palavra dentro do contexto no qual ela é utilizada.

Para Houaiss (2001), humanização é o ato ou efeito de humanizar-se, de tornar-se benévolo ou mais sociável. Especifica que a palavra origina do latim, humanizar + ação. Numa conceituação mais abstrata, Backes, Martins e Dellazzana (2001) referem que humanizar significa dar uma face nova e um rosto novo ao homem que se esconde por detrás do anonimato, ou de gestos vistos mecanicamente.

No entanto, são as definições que se relacionam ao cuidar que se tornam apropriadas ao nosso estudo. Pessini e Bertachini (2004, p. 04), por exemplo, dizem que “humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo, mente e espírito”.

O enfoque dado à relação profissional-paciente na humanização, também é parte do conceito de Matsuda, Silva e Tisolin (2003, p. 163) quando referem que o termo significa:

O atendimento das necessidades biopsicossocioespirituais do indivíduo tanto no contexto do trabalhador (servidor) quanto na do usuário (cliente/paciente). Nessa perspectiva, cada um deve ser compreendido e aceito como ser único e integral e, portanto, com necessidades e expectativas particulares.

Indo além dos conceitos de humanização já citados neste trabalho, Ayres (2005) define humanização a partir de uma perspectiva filosófica e política, como sendo um compromisso das tecnociências da saúde em seus meios e fins, com realização de valores relacionados à felicidade humana democraticamente validadas como bem comum. O autor acrescenta que urge entendermos humanização em suas importantes implicações institucionais, indo além do plano das relações pessoais e dos rearranjos técnicos e gerenciais das instituições, mas tratando-se de um projeto existencial político.

Outro ponto importante, que merece destaque, diz respeito à questão da humanização sob o aspecto ético, ou seja, baseado nos valores, direitos e deveres. Martin (2004, p. 32) afirma que “a ética visualiza não as coisas como são, mas como podem ser e como devem ser procurando desvendar a lógica dos mecanismos que tornam o sonho possível”.

Percebemos que o conceito de humanização é bastante elástico e abrange uma gama de significados, mas, segundo Teixeira (2005), para operacionalizarmos este conceito, será preciso trilhar o caminho filosófico da essencialidade do humano e, ao mesmo tempo, este caminho contribuirá para uma abordagem filosófica adequada do tripé que será a base da humanização dos serviços de saúde: encontro-emoção-conversas.

Humanizar, para muitos, está relacionado, tão somente, a um ambiente físico adequado, permanência de um familiar junto ao enfermo, privacidade e

conforto, sendo esta, talvez, a maneira encontrada para a manutenção do sistema de saúde e do modelo econômico vigentes. Mas, segundo Backes, Martins e Dellazzana (2001) não é o ambiente físico, apenas, que consegue humanizar; são os comportamentos humanos que humanizam ou desumanizam. Precisamos ter clareza de que a humanização do cuidado exige do profissional de saúde que ele compartilhe com o outro, no caso o paciente, experiências e vivências a fim de não se restringir a ajudá-lo a sobreviver. Para isso os profissionais da saúde dispõem do processo de comunicação como facilitador ao alcance da humanização.

A comunicação inerente à humanização

Partindo do pressuposto de que para humanizarmos precisamos conhecer e atender às necessidades do outro, o processo de comunicação se faz premente, visto que a comunicação é o ponto de partida para este conhecimento. Desde os primórdios da humanidade, os homens encontraram formas de associar alguns poucos sons ou gestos a objetos ou coisas, a fim de se comunicarem (ARAÚJO, 2004).

Para os profissionais de saúde, o ato de comunicar-se é atributo para o desenvolvimento do trabalho nos diversos segmentos onde estes atuam. Na prática cotidiana dos serviços hospitalares, existem algumas dificuldades apresentadas pelos trabalhadores de enfermagem no tocante ao processo de comunicação. As atitudes relativas à disposição de envolvimento com os pacientes, não conseguem alcançar as necessidades dos mesmos deixando uma lacuna, muitas vezes imperceptível para o profissional, mas, contundente para o paciente (SILVA, 2002).

Na enfermagem, em particular, a importância da comunicação assume grandes proporções, pois a prática profissional é desenvolvida com base nas relações interpessoais, condição essencial para um bom desempenho junto ao ser humano do qual cuidamos (ZINN; SILVA; TELLES, 2004).

A equipe de enfermagem é composta por pessoas que lidam primordialmente e essencialmente com o ser humano. Ambos possuidores de

convicções próprias, valores, crenças e conflitos que são envolvidos no processo de cuidar, estabelecido inexoravelmente entre o profissional da enfermagem e o indivíduo que está sendo assistido, em qualquer que seja o nível dessa assistência.

A importância da comunicação é indiscutível na Unidade de Terapia Intensiva, quando os profissionais de enfermagem estão com sua atenção voltada predominantemente para a execução de tarefas em função, principalmente, do manuseio de equipamentos. A equipe dispõe de pouco tempo para interagir com os pacientes e familiares, contribuindo para tornar o ambiente nas UTI's impessoal, e de difícil convívio para os enfermos, conscientes ou não, quando estão atravessando um momento de incertezas em suas vidas (BRITO, 2004).

De acordo com Stefanelli (1993), a comunicação é entendida como um processo de compreender, compartilhar mensagens, sendo que estas mensagens e o modo como se dão, exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas.

Costumamos dizer, falamos o que pensamos e fazemos como nos sentimos. Essa afirmativa nos leva a compreender porque tantas vezes, as palavras emitidas por um profissional de saúde a um paciente possibilitam diferentes interpretações, visto que quando falamos, a nossa face, os nossos gestos, o tom de nossa voz confirmam ou negam a nossa fala (SILVA, 2002).

A comunicação é um processo composto de formas verbais e não verbais e, permeando estas formas, há uma terceira chamada de paraverbal ou paralinguística. A forma verbal é aquela linguagem escrita ou falada que as pessoas usam para expor suas idéias; a não verbal envolve todas as manifestações de comportamentos não expressas em palavras e sobre as quais não possuímos controle. Nessa modalidade de comunicação o enfermeiro tem que estar atento para a percepção correta da mensagem, pois um gesto não significa sempre a mesma coisa para diferentes pessoas e situações, depende da cultura de cada um. A forma de comunicação paralinguística se refere à compreensão da mensagem emitida (STEFANELLI, 1993; SILVA, 2004).

Na UTI, onde encontramos pacientes com diferentes limitações verbais, as formas de comunicação não verbal se revestem de fundamental importância. Nesse contexto, precisamos estar preparados e atentos para as necessidades do enfermo.

Para compreendermos como emergiu essa discussão a respeito da humanização, precisamos voltar um pouco nas políticas que marcaram o final do século XX, dentre elas as políticas públicas de saúde.

As políticas públicas de saúde e a humanização

A evolução do conceito de saúde, presente hoje nas políticas públicas, foi fruto da necessidade de transformação social marcada pela busca por melhoria das condições de vida. A amplitude da compreensão dos determinantes da saúde marcou uma nova forma de direcionar as políticas públicas.

A promulgação da Constituição de 1988 assegurou à população saúde como um direito de todos e dever do Estado e consagrou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Além disso, a inclusão da participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização do sistema público de saúde foi uma inovação importante da Constituição Federal de 1988, propiciando a criação de mecanismos de articulação entre as esferas de governo de participação e controle social sobre as políticas públicas.

Com o objetivo de consolidar os termos da Constituição de 1988 nos serviços de saúde, foi aprovada, em 1990, a Lei 8080, que trouxe a definição de um conceito formal de saúde, onde ela passa a ser entendida numa perspectiva de articulações de políticas sociais e econômicas. (BRASIL, 1990).

A partir deste momento, a saúde assume a posição de direito social e é redirecionada através da criação de um Sistema Único de Saúde - SUS.

Dessa forma, a concepção positiva da saúde, ou seja, a saúde articulada às condições de vida, desencadeia novas propostas de teoria e prática no campo dos serviços de saúde, o que leva a uma mudança na conjuntura do processo assistencial das práticas em saúde.

Esse cenário requer mudanças e, para isso, a construção de uma política de humanização se fez urgente (BRASIL, 2004).

Em maio de 2000, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização e Assistência hospitalar (PNHAH), que é designado atualmente como a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), e tem como principais diretrizes ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa, devendo ser implantada em todos os serviços, desde a atenção básica até a alta complexidade (BRASIL, 2004).

Apesar da humanização da assistência estar sendo contemplada em várias iniciativas, a sua definição ainda é de difícil alcance. Este termo está geralmente relacionado aos direitos dos pacientes, à sua subjetividade, à sua carga cultural, e à questão de relacionamento, como define suas diretrizes. Mas, a humanização, enquanto política nacional, possui abrangência muito maior, daí procurarmos na literatura autores que abordam os diversos aspectos do tema.

Iniciaremos essa discussão com Deslandes (2004) que, ao fazer uma análise do discurso oficial sobre o conceito de humanização em nível institucional dos serviços, aborda quatro aspectos importantes. No primeiro, a autora destaca a humanização como oposição à violência, tanto no aspecto físico, psicológico como simbólico, representada pela dor de não ser compreendido nas suas necessidades emocionais e culturais. No segundo aspecto a humanização é vista como a capacidade de ofertar atendimento de qualidade, articulando tecnologia e bom relacionamento, com priorização do fator humano. A seguir, a autora mostra a humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador de saúde beneficiando a infra-estrutura seja em instalações físicas, em equipamentos ou outros. E, por fim, a humanização é vista como ampliação do processo comunicacional, já que os documentos apontam a deficiência no diálogo, a falta de trocas de informações, a debilidade na escuta e no diálogo comprometendo a qualidade do serviço e provocando desgaste e sofrimento.

Conceituar humanização contemplando todos esses aspectos não é tarefa fácil. Deslandes (2004) acrescenta que o documento do Ministério da Saúde faz apenas referência à necessidade de respeitar o outro “como ser singular e digno” (grifo da autora), apontando o ser humano com ser de linguagem e capaz de construir redes de significados.

Nesta perspectiva, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética (BRASIL, 2000). Em outros termos, o sofrimento, a dor e o prazer expressos pelos sujeitos, necessitam ser reconhecidos pelo outro, dado que as coisas no mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes (BETTS, 2006).

A fim de operacionalizar essa política de humanização, os Estados Brasileiros vêm se organizando e buscando estratégias para a melhoria da assistência à saúde não só a nível hospitalar, mas, em toda rede de saúde.

No Rio Grande do Norte, o Programa Estadual de Humanização a Assistência Hospitalar - PEHAH foi regulamentado com a Portaria nº 193/65, de agosto de 2001, e, a partir desse momento, foi constituído o Grupo de Trabalho e Humanização - GTH. Esse grupo inicialmente restrito a nível central, se estende atualmente à maioria dos hospitais públicos, onde todos os profissionais podem participar, procurando exercitar a cidadania em direção às mudanças necessárias à construção coletiva de uma política de saúde saudável (SOUZA; MEDEIROS; MEDEIROS, 2004).

2.2 O CUIDADO HUMANO E SEUS SIGNIFICADOS

Mesmo que o cuidado seja visto como a essência da enfermagem constatamos que, na realidade, esse cuidado limita-se às ações e procedimentos, sendo uma prática centrada em tarefas e condutas prescritas. Diante desse paradoxo, sentimos a necessidade de trazer alguns conceitos de cuidado humano, para que possamos compreender os seus diferentes significados, dependendo do ângulo em que este é visto.

Para Waldow (2001, p. 129) “o cuidado humano consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem-estar”.

Ao definir cuidado humano, a referida autora aborda os aspectos éticos e estéticos do cuidar. Ela afirma que, sob o aspecto estético, “o cuidar refere-se aos sentidos e valores que fundamentam a ação num contexto inter-relacional” havendo coerência entre o sentir, pensar e o agir. E no aspecto ético, o respeito é visto como um elemento imprescindível ao cuidado. A autora acrescenta que “o cuidado humano é considerado a própria ética da enfermagem” (WALDOW, 2001, p. 164).

Já Boff (2004, p. 33) considera a atitude como inerente ao cuidado humano, quando afirma que:

O cuidar é mais que um ato; é uma atitude. É mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo e empatia com o outro.

Numa perspectiva mais subjetiva do tema, Watson (*apud* TALENTO, 1993), destaca que o cuidado é a essência da Enfermagem e não deve ser realizado apenas para reparar danos físicos, mas requer envolvimento pessoais, sociais, morais e um compromisso espiritual do enfermeiro consigo mesmo e com o outro. Numa dimensão transpessoal, Heidegger (1999, p. 261) afirma que “cuidado significa um fenômeno ontológico - existencial básico”.

O cuidado, diante das definições citadas, é um conceito copioso e que abrange os aspectos éticos, humanos e culturais, a interação, o relacionamento e a existência humana. Portanto, não se limita ao fazer, mas, engloba um processo que desencadeia uma dinâmica de troca e interação da pessoa cuidadora e do indivíduo cuidado. Trata-se de um processo recíproco, alicerçado na confiança, e requer investimento pessoal de ambas as partes envolvidas. Os autores deixam claro que, para o cuidado alcançar sua essência, necessário se faz que o cuidador se abra para o outro, sem medo de

tocar, de abraçar e de interagir.

Estes conceitos com enfoque psicossocial, cultural e espiritual são comumente utilizados na assistência de Enfermagem voltada ao cuidado humanístico.

Todo ser humano precisa ser cuidado, desde o seu nascimento até o final de sua existência, e em diversas situações: na cura, na prevenção de doenças, na reabilitação, nas incapacidades, como também no processo de morrer. Sendo o cuidado ao enfermo o principal papel do enfermeiro, é necessário que este profissional esteja preparado para assumir a árdua e gratificante tarefa de cuidar do outro.

Para Waldow (2005) o significado do cuidar é algo a ser investigado no interior de cada pessoa, podendo ser ou não cultivado. Dessa forma, as escolas de enfermagem têm a importante tarefa de facilitar a aprendizagem para o cuidado humano.

Entendendo que o processo de humanização está relacionado à individualização da assistência frente à necessidade de cada ser, como único, que possui necessidades, crenças e valores específicos, concordamos com Silva (2003) ao afirmar que só é possível humanizarmos a UTI partindo da nossa própria humanização, pois não podemos humanizar o atendimento ao paciente crítico antes de aprendermos a ser mais íntegros com nós mesmos, para que possamos proporcionar um cuidado com competência, consciência, confiança e compaixão.

Para Houaiss (2001), Competência é a soma de conhecimentos e habilidades, consciência é o sentimento que permite ao ser humano vivenciar ou compreender aspecto do seu mundo interior, confiança é a crença na sinceridade afetiva e nas qualidades profissionais do outro, e por fim utilizamos a definição de compaixão que segundo Boff (2001), é a capacidade de compartilhar com o próximo, sair de si mesmo e de seu círculo e entrar no universo do outro enquanto outro, sofrendo, cuidando, alegrando-se com ele e caminhando juntos, construindo uma vida em sinergia e solidariedade.

A seguir, discutiremos um pouco sobre as especificidades da UTI como contexto hospitalar do cuidado.

2.3 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E O CUIDADO HUMANO

Segundo Nascimento e Martins (2000), no século XIX, Florence Nightingale já descrevia o uso de áreas específicas do hospital para pacientes no pós-operatório imediato de grandes cirurgias e para os pacientes mais graves, permitindo que eles ficassem mais próximos aos locais de trabalho das enfermeiras, facilitando a vigilância e os cuidados. Naquele momento, a enfermagem começa a perceber a necessidade de áreas específicas destinadas a pacientes graves, visto que eles precisam de um acompanhamento intensivo e efetivo.

Somente no século XX, precisamente na década de 50, o surgimento das técnicas de ventilação mecânica foi o marco para a criação das Unidades de Terapia Intensiva nos Estados Unidos da América (EUA). No Brasil, a Unidade de Terapia Intensiva surge na década de 70, estando presente atualmente na maioria dos hospitais de médio e grande porte.

É importante ressaltar que o modelo biomédico da assistência à saúde contribuiu fortemente para a disseminação das UTIs e para o incremento tecnológico, visto que esse foi, e continua sendo, o melhor caminho para a manutenção da hegemonia médica.

Para Pires (1998, p. 175) a finalidade dessas unidades é reduzir a mortalidade pela provisão de cuidados e observação contínua, integral e individualizada, de acordo com a necessidade do paciente, ressaltando que:

Nas unidades de terapia Intensiva são atendidas pessoas em situações de risco de vida que precisam de profissionais capazes de avaliar continuamente a sua evolução e adaptar-se a mudanças necessárias, o que não é possível ser alcançado com a divisão parcelar do trabalho.

A Unidade de Terapia Intensiva, por ser um local do hospital que acomoda enfermos graves, e onde se luta para manter a vida do paciente acima de tudo, exige a utilização de suporte tecnológico, bem como de profissionais com conhecimentos especializados e domínio da técnica. No entanto, essa exigência levou o profissional enfermeiro a começar a desviar seu olhar do enfermo para deter-se no domínio da tecnologia, ou seja, o cuidado ao doente passou a ceder lugar às máquinas, minimizando as necessidades humanas do paciente e familiares (BARBOSA, 1999).

Para a referida autora, o avanço da tecnologia repercutiu tanto na intensidade quanto no provimento do cuidado de enfermagem e daqueles que o prestam, já que papéis, valores e padrões de trabalho foram influenciados pelo avanço tecnológico.

Hayashi e Gisi (2000) afirmam que a tecnologia possibilita o atendimento imediato, um diagnóstico preciso, dá segurança aos profissionais da UTI, porém, pode favorecer o processo de desumanização, tornando as relações humanas frias e distantes.

Sabemos dos grandes benefícios trazidos pela tecnologia, pois eles facilitam tanto a atuação dos profissionais, quanto beneficiam o paciente que, a cada dia tem ao seu alcance inovações para a resolutividade dos problemas e para a manutenção de suas vidas. Mas a tecnologização da vida ampliou a assimetria do poder, tornando as relações desiguais, possibilitando aos profissionais interferir de forma mais incisiva na vida humana, propiciando esperança de uma vida melhor e, ao mesmo tempo, impondo questionamentos quanto ao futuro dos seres humanos (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2004).

O cenário da UTI é bastante dinâmico. A complexidade do enfermo, a necessidade de se tomar decisões imediatas, situações limítrofes entre a vida e a morte requer que os profissionais que trabalham neste setor sejam perspicazes, rápidos, precisos e eficientes nos momentos da assistência.

Mas, além disso, precisamos entender que o ser humano, ao adoecer, modifica seus hábitos de vida, principalmente quando é hospitalizado. Esse fato provoca sentimentos e expectativas diversos frente ao novo desafio e, con-

seqüentemente, sua segurança emocional tende a ser comprometida. Portanto, para atendermos essas necessidades, precisamos de pessoal qualificado, em especial, enfermeiro que domine a técnica, mas que tenha em sua formação conhecimentos das ciências humanas a fim de saber gerenciar os conflitos que acometem os doentes que se encontram compondo este cenário (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Segundo Barbosa (1999), a atuação da Enfermagem em terapia intensiva deve estar voltada às expressões vividas pelos seres humanos, e que o trabalho seja um envolvimento para ir além da assistência hoje prestada, agregando valores éticos e estéticos, face a situações de vida e morte.

Dessa forma, a crítica ao modelo flexineriano presente nos cursos da área da saúde, com currículos arcaicos, centrado na doença, na atenção individual e na utilização da tecnologia, com desempenho profissional impessoal e descontextualizado acumulam argumentos favoráveis à necessidade de mudar a educação dos profissionais de saúde, propondo um paradigma capaz de fortalecer o cuidado e a autonomia das populações em relação à saúde (TAVARES; SILVA, 2004).

No contexto atual, não é raro encontrarmos profissionais de saúde atraídos pelo conhecimento e pelo domínio do manuseio de equipamentos sofisticados, que se deslumbram, principalmente quando só eles sabem manuseá-los (HAYASHI; GISI, 2000). Isso, de certa forma, lhes dá status e cria uma imagem de profissional qualificado, muito importante para o sistema vigente.

Ao longo do tempo, no entanto, o cuidado vem sofrendo modificações. Na Unidade de Terapia Intensiva, essas mudanças tornaram-se mais evidentes, principalmente devido ao aporte tecnológico que aos poucos foi ocupando lugar de relevância dentro deste setor. Por outro lado, a enfermagem, a fim de acompanhar essas transformações, também sofreu mudanças significativas, que propõem unificar as dimensões objetivas, ou tecnológicas, e subjetivas do cuidado (BARBOSA, 1999).

Sabemos que o enfermeiro deve conhecer e desenvolver habilidades para o manuseio dos equipamentos e para o domínio da técnica. Mas, ele pré-

cisa ter seu olhar voltado para a busca da dignidade humana, do respeito, da valorização da vida. Para isso, deve estar atento a fim de saber decodificar, decifrar e perceber o que está implícito nas atitudes dos pacientes. Essa atitude possibilita ao enfermo um diálogo aberto para ambos e a interação entre os doentes e seus familiares, entre eles e o cuidador de enfermagem e entre os cuidadores de enfermagem da UTI (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

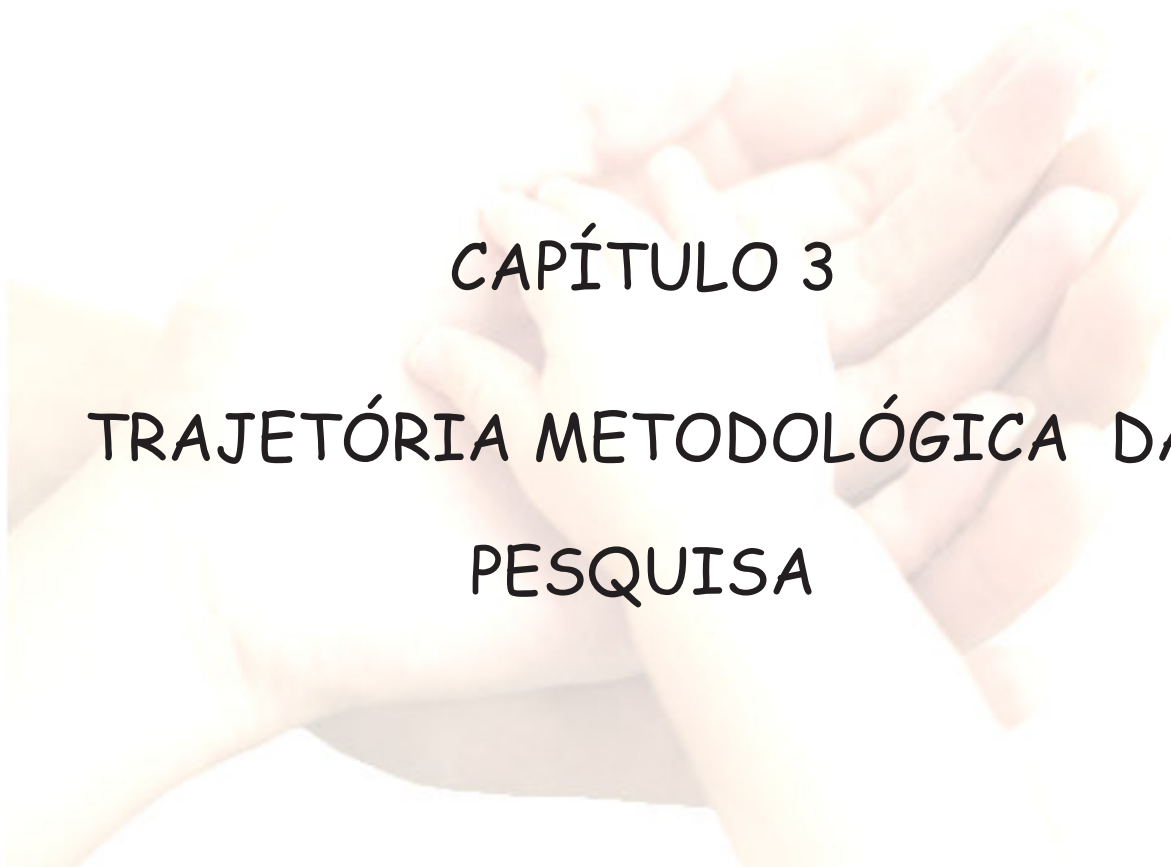
Segundo Vila e Rossi (2002), o aspecto humano do cuidado de enfermagem é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da UTI faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está sob os seus cuidados. Somam-se a esta dificuldade, a fragmentação do cuidado, as deficiências estruturais do sistema de saúde e a falta de filosofias de trabalho e de ensino voltadas à humanização.

Para Pessini (2004), o sofrimento vivido por um paciente no contexto hospitalar, notadamente numa UTI, está além de sua dimensão física e biológica. Ele abrange um contexto maior, ou seja, se estende às dimensões psíquica, social e espiritual. A dimensão física é facilmente observada, mas, às dimensões psíquica, social e espiritual do sofrimento se entrelaçam e requer de quem cuida, esforços constantes a fim de não negligenciar nenhum deles, pois não é apenas a dor física que precisamos controlar, mas proporcionar uma situação harmônica, respeitando a integridade do paciente como pessoa.

Portanto, o grande desafio, não só do enfermeiro, mas de todo profissional da saúde no contexto da UTI, é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação a seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, unindo competência técnico-científica e humana.

Pessini (2002) se refere a esses aspectos, afirmando que quem cuida e se deixando tocar pelo sofrimento humano do outro se torna sensível, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da

informática, mas um bem fundamental, um mistério e dom, a ser vivido prazerosamente e solidariamente partilhado com os outros.



CAPÍTULO 3

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA

"O ser e a consciência pertencem essencialmente um ao outro"

Edmund Husserl

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA

É o caminho percorrido, a fim de obtermos respostas às indagações propostas na investigação científica. Não está restrito ao conjunto de técnicas e procedimentos para a coleta de dados empíricos; é algo mais amplo, indicando um processo de construção, mobilização da cognição humana em busca da compreensão da realidade social (GONSALVES, 2003). Dessa forma, iniciamos nosso relato metodológico de percurso, com uma explicação do referencial filosófico-metodológico que direciona este estudo.

3.1 REFERENCIAL FILOSÓFICO – METODOLÓGICO

A fenomenologia como método filosófico

Com vistas a obtermos uma melhor compreensão da situação investigada, adotamos como suporte filosófico o método fenomenológico, por acreditarmos que a fenomenologia é o caminho adequado para buscar a compreensão da experiência vivida pelo enfermeiro com o cuidado humano e de como ele percebe este fenômeno na sua prática diuturna na Unidade de Terapia Intensiva.

O termo *fenomenologia* surgiu em 1764 no texto o *Novo órgãoon* de J. H. Lambert (DARTIGUES, 1992). Contudo, foi apenas no século XIX, sob forma do movimento de pensamento, que Edmund Husserl, filósofo alemão, deu uma nova roupagem a uma palavra antiga. O ideal de Husserl era fazer da filosofia uma ciência que servisse de base para toda e qualquer ciência. Na busca desse ideal surge a fenomenologia Husserliana, que se propõe buscar um conhecimento verdadeiro, como fazendo, ela própria, às vezes de ontologia, pois, para ele os sentidos do ser e do fenômeno não podem ser dissociados. Husserl procura ver essa abordagem como uma fenomenologia que dispensa a ontologia como disciplina distinta, que seja, ontologia, a ciência do ser.

A fenomenologia, para Husserl, era uma forma totalmente nova de fazer

filosofia, entrando em contato com as próprias coisas, dando destaque à experiência vivida. Husserl (2000, p. 22) diz que “a fenomenologia é a doutrina universal das essências, em que se integra a ciência da essência do conhecimento”. Estuda não puramente o ser, mas o ser tal como se apresenta no próprio fenômeno.

Husserl (2000), designa a fenomenologia como uma atitude intelectual filosófica e um método filosófico, não como método de pesquisa. O método fenomenológico da filosofia é voltado para o fenômeno em qualquer sentido que se pense a Fenomenologia; ela se propõe a ser um estudo direto dos fenômenos, tais como são dados ao próprio fenomenólogo.

Para Husserl (2000), quando analisamos o sentido do conhecimento, somos levados à idéia de evidência. Ao julgarmos, demonstramos o acordo do nosso julgamento com a própria coisa julgada, ou seja: o ato de julgar é uma intenção de que uma coisa existe ou é de tal maneira. Mas, há o julgamento intencional, que é a maneira de ter a coisa em nossa consciência, a evidência. Na evidência, a coisa ou o fato não é somente vista, ela está diante de nós, e o sujeito que julga tem dela uma consciência imanente. O referido filósofo nomeou de *noese* o ter consciência e de *noema* aquilo de que se tem consciência.

Para Bicudo (2000, p. 72) “A pedra angular da Fenomenologia é a intencionalidade; e a atitude dela decorrente não é mais a natural, porém a fenomenológica”. O núcleo dessa atitude é a própria concepção de consciência, não dependente de outro ente e não tendo nada fora de si. A coisa é relativa à percepção e depende da consciência. A intencionalidade é o aspecto essencial da consciência (GIORGI, 2000).

Husserl (1965) propõe ir às coisas mesmas, indo diretamente ao mundo vivido, à experiência da consciência. Entende que o sujeito e o mundo estão ligados e são dependentes um do outro, sendo o homem um ser consciente e a consciência é sempre consciência de algo, e está dirigida para um objeto. Conseqüentemente, o objeto é sempre objeto para a consciência.

Dartigues (1992, p. 20) esclarece que a “correlação sujeito-objeto só se dá na intuição originária da vivência de consciência” e “o estudo dessa correlação consistirá numa análise descritiva do campo de consciência”, esse fato levou Husserl (*apud* Dartigues, 1992, p. 20) a definir a fenomenologia como “a ciência descritiva das essências da consciência e de seus atos”.

Para Lyotard (1954) o próprio vivido é dado a si mesmo numa percepção imanente. A consciência de si fornece o vivido em si mesmo, isto é, tomado como absoluto. Não significa que o vivido seja sempre captado na sua plena unidade: enquanto fluxo está sempre longe, já passou, quando pretendemos captá-lo. Por isso, é apenas como vivido retido que podemos captá-lo. Ou seja, não somos conscientes de tudo aquilo que vivemos, podemos vivenciar situações que não são captadas pela nossa consciência.

A fenomenologia Husserliana caracteriza-se como ciência das essências, tendo como preocupação maior descrever o fenômeno tal como ele se mostra na consciência. Para Husserl (2000) fenômeno inclui todas as formas pelas quais as coisas são dadas à consciência incluindo sentimentos, desejos e vontade.

Assim, o ponto de partida do pensar fenomenológico é o homem que, a partir da consciência que tem do mundo, compreende e interpreta o fenômeno conforme o vivencia numa experiência concreta de vida, apreendendo a essência do fenômeno, do ser existente e da sua própria existência.

A fenomenologia como método científico

A fenomenologia como método de pesquisa qualitativa, se propõe a trabalhar com os fenômenos que se manifestam na consciência das pessoas, na tentativa de compreender como elas vivenciam os acontecimentos e como eles ocorrem nas suas consciências. Porém, na pesquisa, o fenômeno poderá não ser vivenciado pelo pesquisador. Ele deve obter os dados através do relato dos participantes, entendendo que a nossa consciência não é a única consciência existente e que, talvez, jamais possamos conhecer a mente do outro, mas podemos conjecturar o que se passa nela através dos seus relatos

(MOREIRA, 2002).

Embora seja um método de investigação crítico, rigoroso e sistemático, tem ganhado reconhecimento sempre que se queira dar destaque à experiência de vida das pessoas.

A Fenomenologia não ignora as singularidades dos fenômenos experienciados que surgem no desenvolvimento da pesquisa. Ela estuda a experiência vivenciada, a partir da descrição efetuada pelo sujeito que a vivenciou, privilegiando a relação homem/mundo, destacando o significado da experiência vivida, no sentido de captar sua essência.

Em termos metodológicos, Capalbo (1984, p. 139) refere que:

[...] a fenomenologia se apresenta como ciência descritiva, rigorosa, concreta, que se mostra e explícita, que se preocupa com a essência do vivido. É uma ciência eidética material, pois os vividos intencionais dão forma aos conteúdos pela significação. A ela compete a descrição dos fenômenos que são apresentados e desvelados à consciência. Ela deve descrever o fenômeno tal qual ele se dá a conhecer para a consciência.

“A descrição é um protocolo que se limita a descrever o visto, o sentido, a experiência como vivida pelo sujeito” (BICUDO, 2000, p.77). Portanto, descrever adequadamente os aspectos essenciais de um fenômeno, é a maneira de reforçar que um dado fenômeno é inconfundível com o outro. O fenômeno, objeto da experiência humana, elucida aquilo que as pessoas sentem, percebem ou compreendem determinada situação em particular, mais do que isso, a fenomenologia faz um retorno aos fatos da experiência perceptiva humana, ou melhor, às próprias coisas.

Para se chegar ao fenômeno, ou a sua essência, a fenomenologia utiliza como recurso a redução fenomenológica, o que Husserl denominava de *epoché*. Na redução fenomenológica suspendemos todo o recurso e qualquer saber ou qualquer conhecimento que não é dado no sentido puro (HUSSERL,

2000). A redução é, pois, uma mudança de atitude, que nos permite visualizar o fenômeno na sua forma pura.

A fenomenologia enquanto método de pesquisa apresenta-se em duas grandes ramificações. A primeira delas é a fenomenologia descritiva que descreve o fenômeno tal como ele ocorre e caracteriza o trabalho de Edmund Husserl. Quando falamos simplesmente em método fenomenológico, é a essa corrente que estamos nos referindo. Como modo de pesquisar o que existe, Husserl refere-se à descrição exaustiva do fenômeno com a finalidade de conhecer a sua essência. E a essência desvela o que existe pelo modo como existe (BICUDO, 2000).

A pesquisa descritiva busca descobrir e observar os fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los (RUDIO, 1986). O autor acrescenta que, ao estudar o fenômeno, deseja conhecer a sua natureza e composição.

A investigação com base nos princípios fenomenológicos trabalha com o qualitativo, com o fenômeno, como percebido e manifesto pela linguagem, e também com o que se apresenta de forma relevante em um determinado contexto no qual a percepção e a manifestação ocorrem (BICUDO, 2000).

Sabemos, no entanto, que descrever o fenômeno não é o suficiente, pois a descrição não esgota os movimentos de uma investigação rigorosa. Apesar disso, a nossa pretensão foi dirigir um olhar compreensivo ao fenômeno vivenciado pelos enfermeiros, através da descrição das suas experiências no contexto da UTI adulto, tomando como base as percepções desses enfermeiros acerca do cuidado humano.

A segunda ramificação se trata da fenomenologia hermenêutica utilizada por Heidegger, e visa à reflexão sobre o que se mostra ao olhar como algo oculto a compreender e interpretar (MOREIRA, 2002).

A fenomenologia hermenêutica, interpretativa, proposta por Heidegger, almeja além da fenomenologia descritiva de Husserl, descobrir sentidos que não são imediatamente manifestos no nosso intuir, analisar e descrever, devendo-se ir além do que é simples e diretamente dado. O que é dado é simplesmente um indício do que não é dado, ou não é explicitamente dado.

O que, realmente, constitui a essência da fenomenologia hermenêutica é o não se apegar à inferência construtiva, mas a tentativa de desvelar sentidos ocultos (MOREIRA, 2002).

Husserl (*apud* LOPEZ; WILLIS, 2004) acreditava que a informação subjetiva da pessoa humana é importante para que os pesquisadores consigam compreender a motivação humana, pois as ações humanas são influenciadas pelo que as pessoas percebem do real. Os autores prosseguem com o pensamento de Husserl afirmando que existem características em toda experiência vivida que são comuns a todas as pessoas que tem a experiência, e que essas são referidas como essências. Dessa forma, para que a descrição de uma experiência de vida possa ser considerada pela ciência, as vivências dos participantes devem ser identificadas, de modo que uma descrição possa ser proposta.

A fenomenologia tem sido utilizada como método científico em diversas áreas de estudo, inclusive a enfermagem. Giorgi (2000), ao defender o uso da fenomenologia em pesquisas sobre o cuidado em enfermagem, refere que, para que a fenomenologia possa ser útil para a enfermagem, esta não pode permanecer meramente na fenomenologia como uma filosofia. Deve ser expressa de tal forma que se torne viável para a prática e pesquisa da enfermagem.

Esse autor refere, ainda, que a enfermagem utiliza a fenomenologia científica na descrição da subjetividade das situações no mundo conforme vivenciadas pelos seres humanos. Essas situações são “os objetos intencionais de uma série de atos conscientes dos sujeitos” (GIORGI, 2000, p. 14). E como a situação não existe por si só como um objeto qualquer, assim a descrição deve vir das pessoas que vivenciam aquela situação. A natureza da experiência, então refere à obtenção da descrição dos sujeitos. Dessa forma, Giorgi argumenta que é possível obter descrição das experiências dos outros e manter-se dentro da atitude fenomenológica.

Acreditamos, neste sentido, compreender o fenômeno através das descrições ou das falas dos participantes da pesquisa, a partir de suas vivênci-

as, entendendo que, o que eles falam revelam a coisa como é vivida por eles.

A fenomenologia, como método científico, apresenta algumas variantes em sua operacionalização. No entanto, existem facetas comuns entre essas variantes, principalmente no que se refere à coleta de dados e apresentação de resultados. Entre esses métodos encontramos os de Van Kaan, Colaizzi e Giorgi que, segundo Moreira (2002), são os mais utilizados no contexto da Psicologia fenomenológica e das ciências da saúde.

Utilizamos, para análise das vivências neste estudo, o método de Colaizzi (1978), que se apresenta em sete passos. Segundo o autor, esses passos não são definitivos e alguns podem se sobrepor e devem ser vistos de forma flexível e livremente pelo pesquisador e se apresenta como se segue.

Inicialmente, o pesquisador faz a leitura da descrição do assunto, para adquirir um sentido, retornando a cada protocolo, extraíndo frases ou sentenças que pertençam ao fenômeno tentando explicar o sentido de cada declaração em todos os protocolos. Posteriormente, organiza os significados em um conjunto de temas, procurando comparar os temas com as descrições originais para assegurar que estão de acordo com os originais e eliminar discordâncias dos resultados. Após este momento, integra todos os resultados numa descrição exhaustiva do fenômeno e se esforça para identificar na descrição do fenômeno investigado a sua estrutura fundamental. Por fim, retorna aos participantes para validar as descrições.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital privado de Natal-RN, atualmente com 76 (setenta e seis) leitos ativos, sendo 31 (trinta e um) para internamentos de clínica médica geral; 30 (trinta) para clínica cirúrgica e oncologia; e 15 (quinze) destinados a duas Unidades de terapia intensiva. A instituição oferece ainda os serviços de pronto atendimento, centro cirúrgico, hemodinâmica e Transplante de Medula Óssea - TMO.

Este hospital é conveniado com o Sistema Único de Saúde - SUS para o serviço de alta complexidade, tais como: hemodinâmica e cirurgias cardíacas.

Os pacientes que procuram a instituição para esses procedimentos são encaminhados pelos médicos assistentes, ou pelos serviços de emergência dos hospitais públicos da cidade.

O presente trabalho foi realizado nas duas unidades de terapia intensiva do hospital. A UTI cardiológica é composta de oito (8) leitos individualizados e a UTI geral de sete (7) leitos, desses um individualizado e seis coletivos. Estas unidades localizam-se no 2º andar do prédio que possui um total de 7 andares e 2 sub-solos. Sua área física é de 940 m² e cada leito ocupa uma área individual de 12m². O número de internamentos mensais fica em torno de 68 admissões nas mais diversas patologias.

A realização deste estudo, na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado de Natal, se deu em função de ser uma instituição relativamente nova, com apenas quatro anos de fundação. Possui uma estrutura arquitetônica sofisticada, um bom serviço de hotelaria, uma equipe de enfermagem qualificada, tecnologia de ponta e tinha como missão, no início desse estudo, “medicina com sensibilidade”.

A equipe de Enfermagem da UTI é composta por uma enfermeira coordenadora que trabalha no horário matutino nos dias úteis. Distribuídos nos três turnos, o setor conta com 8 enfermeiros, 10 auxiliares e 22 técnicos de Enfermagem, 2 auxiliares administrativos, 1 nutricionista e 4 fisioterapeutas. A equipe médica é composta por 22 médicos, sendo um coordenador médico, um médico diarista e um médico plantonista por expediente.

Existem, ainda, 04 trabalhadores que fazem a higienização do setor e 02 recepcionistas. Além destes, soma-se o pessoal de apoio, tais como: maqueiros, copeiras, funcionários da central de material, lavanderia, farmácia, manutenção, hotelaria, laboratório e serviço de imagem (Raios-X, USG e ECO).

A jornada de trabalho dos enfermeiros não ultrapassa 6h diária, exceto nos finais de semana e no horário noturno, quando fazem plantões de 12h consecutivas.

3.3 ACESSO AOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa o universo de enfermeiros que trabalham na UTI, não havendo, dessa forma, seleção propriamente dita. No entanto, ao decidir trabalhar com todos os enfermeiros, asseguramos que todos trabalhassem na UTI, com um período mínimo de dois anos de atuação. Além disso, nos certificamos de que todos apresentavam interesse e disponibilidade em participar do estudo.

A fim de preservar o anonimato, os participantes foram identificados com substantivos que simbolizam comportamentos, escolhidos pelos próprios participantes. Esta escolha se deu por acreditarmos que nossas ações são muito mais compreendidas pelos pacientes do que nossa fala.

Solicitamos a cada participante que ele se definisse com um comportamento que refletisse como ele percebia a sua forma de ser no mundo. Daí surgiram os seguintes nomes: Atitude, agitação, alegria, sorridente, espontânea, calma, pacata e participação.

Um fato de importância foi que apesar desses pseudônimos terem sido escolhidos pelos próprios participantes, não houve repetição de nenhum deles, revelando como cada um faz sua autodefinição diferentemente do outro.

3.4 ENCONTRO FENOMENOLÓGICO

Utilizamos, para coleta das informações, a técnica de entrevista fenomenológica.

Martins e Bicudo (2003) consideram a entrevista fenomenológica como um encontro social, com características peculiares, como a empatia e a intersubjetividade, em que corre a penetração mútua de percepções. É colocar-se no lugar do outro. Se caracteriza por uma comunicação verbal, destacando a importância da linguagem e significados das falas.

Na entrevista fenomenológica o informante da pesquisa revela as experiências vivenciadas, expressando o significado dessa vivência através do

seu discurso, manifestado através da linguagem descrita ou falada, dos gestos e do seu silêncio, do tom da voz, da expressão facial e das reações comportamentais, e sua historicidade. Dessa forma, o pesquisador necessita manter uma relação empática com o entrevistado, permitindo ao mesmo a liberdade de ser, a auto determinação e a sua posição em relação ao mundo.

Na fenomenologia, quando entrevistamos uma pessoa, pretendemos obter descrições detalhadas das percepções que ela tem daquilo que é pesquisado, pois estas são de grande importância para a compreensão do mundo-vida do sujeito (MARTINS; BICUDO, 2003).

Como recurso metodológico, utilizamos um roteiro de entrevista, em que procuramos aprofundar a temática. As questões que foram formuladas para a entrevista foram iguais para todos os participantes da pesquisa, não descartando a possibilidade de outras questões emergirem ao longo da abordagem.

Procuramos elaborar o roteiro de entrevista de forma clara, 'detendo-nos aos pontos que nos ajudaram a compreender as inquietações que pretendíamos elucidar. O roteiro continha três questões abertas voltadas ao desvelamento do fenômeno.

Questão 1: Diga-me qual o seu entendimento do cuidado que você desenvolve junto ao paciente no dia-a-dia na UTI.

Questão 2: Quais aspectos você focaliza ao desenvolver esse cuidado?

Questão 3: Descreva para mim a sua experiência junto ao paciente no seu dia-a-dia na UTI.

Antes de efetuarmos as entrevistas, realizamos a aplicação de três pré-testes e observamos que as nossas questões norteadoras necessitavam de algumas modificações. Sentimos que seria necessário enveredarmos além das perguntas propostas, e que mantivéssemos um diálogo que permitisse o bom andamento da entrevista.

É importante ressaltar que não limitamos a entrevista às questões previamente definidas, pois durante a conversa, foram surgindo novas questões à medida que o fenômeno se desvelava, permitindo-nos captar senti-

mentos vivenciados no momento do encontro.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para realizarmos as entrevistas, solicitamos, previamente, a autorização à instituição (ANEXO A) para a sua aplicação. Após sua autorização, encaminhamos o Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética da UFRN, para avaliação e posterior aprovação. A proposta da pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, conforme a Resolução 196/96 (BRASIL, 1997). Depois da aprovação de número 28/06 (ANEXO B), mantivemos contato com os enfermeiros para agendarmos as entrevistas.

Antes de iniciarmos a entrevista (APÊNDICE A) explicávamos aos entrevistados, o que pretendíamos fazer e por quê, e a importância de sua colaboração para a realização da pesquisa.

No início de cada entrevista, todos os enfermeiros foram informados quanto à natureza do estudo, os objetivos, garantia do anonimato, ressaltando a privacidade dos sujeitos ao longo do estudo; esclarecimento de dúvidas, como também a liberdade de não se sentirem obrigados a participarem da pesquisa. Após esse momento, solicitávamos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), a fim de oficializar a sua participação.

As entrevistas foram realizadas durante os meses de julho e agosto de 2006, obedecendo ao agendamento estabelecido, conforme disponibilidade dos entrevistados quanto à data, hora e local, e foram gravadas após autorização prévia dos informantes. Apenas dois dos participantes sentiram-se incomodados com a presença do gravador, mas, esse desconforto se desfez imediatamente após começarmos a entrevista. Os encontros aconteceram no próprio local de trabalho, por opção dos participantes, antes ou após o horário de expediente, possibilitando um espaço sem interrupções. Cada entrevista durou em média de 30 a 45 minutos.

As entrevistas foram conduzidas de forma a permitir o encontro com o participante, numa relação empática, podendo, assim, penetrar no mundo vida do outro e captar os aspectos subjetivos de sua maneira de vivenciar o mundo da UTI, percebê-lo como ser consciente, sem qualquer preconceito ou imposição de nossa parte. Por outro lado, todo esforço foi feito para realizar ou implementar o *epoché*, o afastamento dos conhecimentos e entendimentos acerca do fenômeno, conforme o procedimento metodológico. A partir deste, o envolvimento do pesquisador ocorreu com essa perspectiva.

O campo onde a pesquisa foi realizada é também o espaço de trabalho da pesquisadora. Em se tratando de uma abordagem fenomenológica, isso somente foi possível por tratar-se de um estudo que buscava compreender a percepção do enfermeiro sobre o fenômeno em evidência, ou seja, entrar na subjetividade do profissional.

Durante um período de quatro anos trabalhando nessa Unidade de Terapia Intensiva, convivendo com esses profissionais, acompanhando de perto o seu dia-a-dia, presenciando todo o seu esforço em manter os pacientes em condições de integrarem-se sãos e salvos a sua família e à sociedade após sua alta, não foi difícil o acesso aos profissionais. Assim sendo, o nosso vínculo com o campo não causou nenhuma dificuldade, favorecendo e tornando cada encontro um momento agradável.

Neste estudo buscamos delimitar o fenômeno em um enfoque metodológico-filosófico, preocupando-nos com aquilo que os sujeitos da pesquisa vivenciam como um caso concreto do fenômeno investigado. As descrições e os agrupamentos dos fenômenos foram baseados nas descrições dos sujeitos e as informações foram tratadas como manifestações dos fenômenos estudados.

Para tratamento das informações colhidas, utilizamos os passos da fenomenologia descritiva do método Fenomenológico de Colaizzi (1978) como já falamos, que inicia o processo a partir das experiências dos participantes já escritas.

Antes de iniciarmos a análise propriamente dita, realizamos a transcrição das entrevistas. Neste estudo, o discurso de cada participante foi transcrito literalmente do conteúdo da gravação logo após a sua realização pela própria pesquisadora, assim o texto para análise surgiu após cada transcrição.

Com as transcrições das entrevistas em mãos, pudemos ler atentamente os relatos de uma maneira geral, a fim de nos familiarizarmos com as descrições das vivências dos enfermeiros.

Em seguida procuramos colocar em palavras o sentido do que os participantes disseram para o que significa.

Posteriormente, relemos o material sucessivas vezes, para que encontrássemos as convergências e as divergências imbricadas nos depoimentos dos enfermeiros extraindo das descrições, frases ou sentenças que diziam respeito diretamente ao fenômeno.

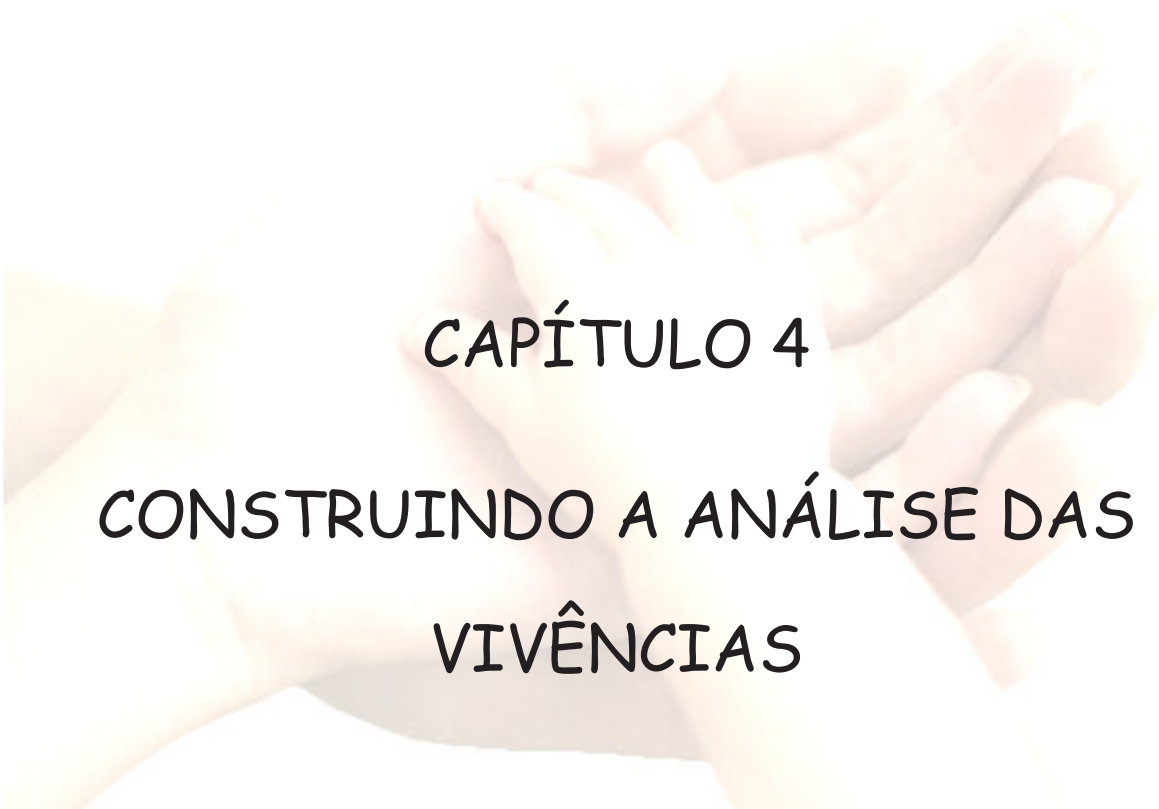
Repetimos o procedimento para cada entrevista e organizamos os sentidos formulados em conjuntos de temas pertinentes ao fenômeno estudado, buscando captar a essência no que foi dito pelos participantes. A partir desse momento todos os resultados obtidos foram integrados e formulados em unidades de significados.

Comparamos os grupos temáticos com as descrições dos participantes.

Fizemos a descrição exhaustiva do fenômeno investigado em uma declaração de sua estrutura, da forma mais clara que nos foi possível.

E por fim realizamos a validação dos dados retornando a cada participante, onde apresentávamos para cada um deles os resultados do estudo. Ao final da apresentação perguntávamos se eles concordavam e se gostariam de acrescentar mais algum dado. As respostas foram unânimes, no sentido de concordarem com os dados que estavam sendo apresentados, e que aqueles resultados representavam a vivência deles.

Por estarmos interessadas na compreensão do cuidado humano na Unidade de Terapia Intensiva, buscamos aprofundar-nos nas descrições das vivências dos enfermeiros, com vistas a apreender o significado para eles do cuidado humano nesse contexto.



CAPÍTULO 4
CONSTRUINDO A ANÁLISE DAS
VIVÊNCIAS

"É praticando a compaixão sem limites que uma pessoa desenvolve o sentimento de responsabilidade pelos semelhantes, o desejo de ajudá-los a superar de forma eficaz seus sofrimentos".

Dalai Lama

4 CONSTRUINDO A ANÁLISE DAS VIVÊNCIAS

No sentido de descrever os enfermeiros que participaram do desvelamento do fenômeno, iniciamos este bloco conhecendo os enfermeiros participantes da pesquisa. Posteriormente, descrevemos as categorias temáticas que emergiram dos discursos. Dando continuidade, apresentamos a compreensão dos discursos dos participantes, e finalizamos com a nossa compreensão esquemática do fenômeno em estudo, ou seja, a vivência do enfermeiro com o cuidado humano na UTI.

CONHECENDO OS ENFERMEIROS

Em nosso estudo foram contemplados oito enfermeiros que se encontram na faixa etária de vinte e seis a quarenta e três anos, todos são casados, religiosos praticantes, apenas três deles têm filhos, com tempo de formados variando entre dois e vinte anos, trabalham em Unidade de Terapia Intensiva, no mínimo, há dois anos e, no máximo, há nove anos. Podemos observar que a maioria deles iniciou suas atividades em Unidade de Terapia Intensiva um ano após sua formação.

Ao caracterizar os participantes, procuramos transcender as informações demográficas e descrevemo-los como se apresentaram para nós durante a realização das entrevistas. São identificados pelo pseudônimo com que eles se designaram:

PARTICIPAÇÃO

É uma jovem senhora de trinta anos, casada, sem filhos. É católica praticante, inclusive compõe um dos grupos de oração da igreja a qual pertence. Formou-se há oito anos, e há seis anos, desempenha suas atividades em Unidade de Terapia Intensiva. Aparenta ser uma pessoa atenciosa, calma, possui um olhar penetrante, um tom de voz suave. Ao participar da pesquisa mostrou-se envolvida com o fenômeno em pauta e preocupada em ser presença naquele contexto.

AGITAÇÃO

É uma senhora de vinte e nove anos, casada e sem filhos. Pratica a religião católica, é formada há três anos. Após um ano de formada, começou a trabalhar em Unidade de Terapia Intensiva, atraída pela complexidade do setor. Aparenta ser uma pessoa irrequieta, de olhar ávido e tom de voz vibrante. Ao participar da entrevista, mostrava uma certa preocupação em estar atendendo aos objetivos da pesquisa e de enfatizar a importância do enfermeiro na UTI.

ALEGRIA

É também uma senhora de vinte e seis anos, casada e sem filhos. É católica praticante, com uma formação religiosa marcante e que, de certa forma, influencia nas suas decisões pessoais e profissionais. Formou-se há dois anos e meio e desde então começou a trabalhar em UTI. Aparenta ser uma pessoa meiga e carinhosa. Possui um olhar meigo e um tom de voz aconchegante. Ao participar da pesquisa mostrava-se bastante tranqüila, mantendo um diálogo fluente em torno do fenômeno.

PACATA

É uma jovem de 31 anos, casada e sem filhos. É católica. Formou-se há oito anos e há seis, desempenha suas atividades em Unidade de Terapia Intensiva. Aparenta ser uma pessoa tranqüila, mas de rosto sisudo. Possui um olhar incisivo, um tom de voz sereno e ao mesmo tempo contundente. Durante a participação da pesquisa mostrou-se bastante segura das suas opiniões acerca da humanização no contexto da UTI.

ATITUDE

É outra senhora de trinta e dois anos, casada e sem filhos. Possui religião católica e formou-se há cinco anos, desde então, desenvolve suas atividades profissionais em Unidade de Terapia Intensiva no horário noturno. Mostra-se uma pessoa observadora, perspicaz e atenta aos pequenos detalhes. Possui um olhar expressivo e um tom de voz tranqüilizador. Durante a sua participação

no estudo mostrou-se envolvida com o tema em questão.

CALMA

É mais uma jovem senhora de vinte e oito anos, casada, mãe de um filho. Pratica religião católica, formou-se há cinco anos e há quatro anos, trabalha em Unidade de Terapia Intensiva. Aparenta ser uma pessoa extremamente calma, amigável e atenciosa. Possui um olhar acolhedor e afável e um tom de voz sereno. Durante sua participação no estudo mostrou-se bastante compenetrada, deixando transparecer que, ainda, durante nosso encontro, ela iniciava uma auto-reflexão sobre o tema em questão.

SORRIDENTE

É o único participante do sexo masculino, sendo um jovem senhor de trinta e quatro anos, casado, pai de dois filhos e praticante da doutrina espírita. Formou-se há dez anos e há nove, exerce suas atividades trabalhistas em Unidade de Terapia Intensiva. Mostra-se uma pessoa sorridente, cordial e brincalhona. Possui um olhar tranqüilo e suave e um tom de voz alegre. Durante sua participação na pesquisa foi possível observar a seriedade com que discutia sobre o fenômeno em pauta.

ESPONTÂNEA

É uma senhora de quarenta e três anos, casada e mãe de dois adolescentes, tem como suporte espiritual a doutrina espírita. Há vinte anos se formou e há oito anos trabalha em Unidade de Terapia Intensiva. Aparenta ser uma pessoa bastante reservada, tranqüila e equilibrada. Possui um olhar tímido e um tom de voz suave. Ao participar da pesquisa parecia preocupada em estar se fazendo entender.

O EMERGIR DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

A partir da análise cuidadosa dos depoimentos dos enfermeiros emergiram significados do que representa para eles o cuidar humano nesse ambiente hospitalar.

Esses discursos, além de comunicarem a linguagem, são modos de se mostrar uma situação, algo que existe em si mesmo. Como afirmam Martins, Bicudo (2006, p. 20) pretendemos um “olhar intencional e meditativo” da coisa mesma, com suspensão de qualquer julgamento e das formas comuns de olhar que impedem o seu aparecimento. A partir daí, procuramos captar a visão que cada participante possui sobre o fenômeno vivenciado por eles.

As unidades de significado surgidas nas falas dos enfermeiros revelam a forma com que esses profissionais vivenciam o fenômeno de cuidar no seu cotidiano. Para isso, os encontros entre os participantes e a pesquisadora foram de inestimável grandeza.

Retomamos a leitura das descrições dos enfermeiros sempre que se mostrou necessário para identificarmos as categorias reais do vivido, ou seja, focalizando a experiência que se evidenciava em suas falas. Desse esforço, pudemos chegar às categorias evidenciadas a seguir.

- ✚ A BUSCA PELA MANUTENÇÃO DA VIDA;
- ✚ O CONVÍVIO COM AÇÕES TÉCNICO-BUROCRÁTICAS;
- ✚ A APROXIMAÇÃO COM AS PARTICULARIDADES DOS PACIENTES;
- ✚ A EXPRESSIVIDADE DOS SENTIMENTOS DO ENFERMEIRO.

A partir desse momento, iniciamos a compreensão das categorias temáticas como segue.

COMPREENDENDO OS DISCURSOS DOS PARTICIPANTES.

A BUSCA PELA MANUTENÇÃO DA VIDA

Ao prestar o cuidado, o enfermeiro reconhece ser necessário haver a sensibilidade para atender a pessoa em seu ser-doente e, assim, ele direciona seu olhar para a necessidade vital e primordial do ser humano que é a busca da manutenção de vida. Nos depoimentos a seguir, pudemos perceber que esse valor, comum a todo ser vivo, se faz presente de maneira marcante como eles referem o seu entendimento do cuidar, visto que no ambiente da UTI, esse bem vital se evidencia na sua fragilidade e delicadeza.

As falas que se seguem constataam esse aspecto do cuidar.

Quando você fala assim: enfermeiro, médico [...] o primeiro enfoque que ele tem quando chega no paciente é a cura, o tratamento.[...]. Você chega, bom dia, e já vai olhando para o monitor. Para mim, cuidar é principalmente curar. [...] nossa prioridade é curar [...]. Então, cuidar para mim, é principalmente promover saúde. [...], no que nos é cabível em relação aos cuidados de enfermagem, fazendo o tratamento correto. Essa questão do bem estar realmente fica pra segundo plano e quando dá.

(CALMA)

(O CUIDAR) Um conjunto de atos, um conjunto de técnicas, um conjunto de tudo o que é usado dentro da UTI, pra fazer com que aquela pessoa que está ali saia bem. Faz parte do processo de cura desse paciente, para ser devolvido sã e salvo para sua família e para sociedade.

(PARTICIPAÇÃO)

Eu acho que cuidado é toda ação que você executa em prol de alguém. Ou de algo. [...] Qualquer ação que você execute pra auxiliar, pra ajudar o outro [...]. Tentando satisfazer todas as necessidades dele. Para melhoria do estado geral, que é o que o traz aqui. [...]. Nos procedimentos invasivos, tudo isso faz parte do nosso plano de ação.

(ATITUDE)

Seria esta questão de como ele está, a parte biológica.

(PACATA)

[...] eu costumo ver logo o fisiopatológico dele, pra ver até onde eu posso abordá-lo, eu procuro sempre fazer isso.

(SORRIDENTE)

É você passar e perceber que um curativo está sangrando, e você no ato de estar perguntando se ele passou a noite bem vai resolvendo aquele curativo, se for uma coisa que dê pra você resolver naquele momento.[...]. É você estar resolvendo os problemas dele, no momento em que você também está percebendo. O mais rápido possível.

(ESPONTÂNEA)

Eu acho que o cuidado que eu presto na UTI, deve ser abordando vários enfoques, não só a assistência direta como a indireta. A direta seria aquele cuidado junto, de ir lá, de realizar os procedimentos mais invasivos que são de competência do enfermeiro.

(AGITAÇÃO)

Nessas declarações, os enfermeiros verbalizaram a intencionalidade de ser para o outro alguém capaz de fazer, de proporcionar, de ser agente de transformação daquela realidade por muitas vezes inacreditável por quem está vivenciando.

Esses profissionais mostraram que a primeira preocupação diante do paciente é proporcionar a cura física. No momento em que se aproximam do enfermo, eles procuram detectar as alterações fisiopatológicas que o doente apresenta, tanto através da observação direta como com a utilização de equipamentos que dão suporte às suas ações. Ao perceberem as necessidades dos enfermos, eles realizam procedimentos direcionados para aquela situação, procurando agir com rapidez e eficácia para que a cura do paciente possa ser alcançada e ele possa sair com sua saúde restabelecida.

A preocupação com a cura é tão marcante que, naqueles que estão sedados ou em coma, os enfermeiros direcionam sua atenção para o diagnóstico, para os exames e para a hemodinâmica do paciente, com o intuito de detectar e atender às alterações bio-fisiológicas que eles possam apresentar. Os depoimentos são reveladores.

Naqueles pacientes que estão com o nível de consciência rebaixado, sedados, a gente já presta a assistência de outro modo, não tanto procurando saciar a questão psicológica, já que ele está com nível de consciência rebaixado, mas, trazendo essa parte do físico. [...] o cuidado da gente, compreende todas as ações.

(ATITUDE)

Varia de paciente para paciente. [...] depende do paciente estar consciente, por que se ele estiver consciente, você já pode conversar e ver o que ele está precisando, o que está faltando, o que ele tem para reclamar, o que ele quer. Quando você tem inconsciente, então você vai ter que ver o todo.[...] Vai depender do diagnóstico, de como estão os exames, [...] depende da hemodinâmica.

(PACATA)

Nessas falas, os profissionais destacam que suas ações se diferenciam, dependendo do nível de consciência do paciente. Afirmam que, aqueles que se encontram conscientes, têm condições de expor suas queixas através da comunicação verbal, enquanto que com os sedados ou com nível de consciência rebaixado, que não conseguem se expressar, os enfermeiros precisam estar mais atentos e ver o paciente de uma forma geral, contemplando o todo.

No entanto, percebemos que “o todo” a qual o participante se refere, restringe-se aos aspectos biológicos do paciente, ou seja, às necessidades primordialmente físicas.

Vimos que o processo de comunicação verbal se encontra prejudicado. Ele se dá em detrimento das condições do paciente em manter um diálogo.

Um outro ponto que se destaca com relação à cura, é a questão de se empregar recursos e esforços extremos em pacientes cujos diagnóstico e condições clínicas não favoreçam a recuperação.

O depoimento que se segue se fez marcante pela implicação ética que ele representa. Na percepção desses enfermeiros, as ações de manutenção da vida, nos casos terminais, estão permeadas por questões éticas. A vivência com situações dessa natureza leva-os a uma inquietude causada pelo medo.

Muitos pacientes que, às vezes, a gente achava que não estavam respondendo e que surpreenderam. Paciente que estava quase (morrendo) começou a melhorar e saiu. São nessas horas que você pensa, [...] que nunca sabe qual é a hora de parar. Por isso, às vezes, a gente acha que estão fazendo coisas demais. Mas você fica com medo de parar e estar fazendo de certa forma, eutanásia, por você não estar tentando até o final.

(PACATA)

A enfermeira fala da apreensão com que convive em face da possibilidade de omissão ou falha humana. Em algumas situações há dúvida entre continuar ou não despendendo esforços para aquele paciente; existe o medo de parar com o tratamento na hora errada e estar contribuindo para a finitude daquele ser humano. A melhora surpreendente de alguns pacientes fortalece a indecisão e leva-os a continuarem tentando até o fim.

À medida que fomos mergulhando nos depoimentos dos enfermeiros, começamos a perceber que, além da face já exposta, eles se encontram imersos em outras atividades que lhes são atribuídas legalmente ou delegadas pelas instituições nas quais estão inseridos. Dentre elas estão as atividades de supervisão de enfermagem, administrativas e burocráticas. Vejamos na categoria que se segue.

O CONVÍVIO COM AÇÕES TÉCNICO-BUROCRÁTICAS

A ação vivencial dos enfermeiros no cuidado na UTI apresenta um outro aspecto, que se refere às atividades de supervisão da assistência de enfermagem, as questões administrativas e burocráticas do setor. Nos depoimentos que citamos a seguir, podemos delinear a gama de atividades técnico-burocráticas que fazem parte do dia-a-dia do enfermeiro, fazendo com que eles se sintam distante dos pacientes.

Também na assistência indireta, como na realização de exames, organizar, agilizar o mais rápido possível. [...] a gente tem que supervisionar, saber supervisionar a equipe de enfermagem.

(AGITAÇÃO)

As ações enquanto gerência do setor [...] além de prestar assistência de enfermagem, a gente desenvolve outras ações [...].

(ATITUDE)

E o geral que é o administrativo, acaba sendo atribuído para a gente também. O administrativo é quando você sai um pouco de perto do paciente. Quando você não deixa de estar prestando um cuidado, mas você está mais na parte administrativa. É você ver o prontuário, providenciar um exame, uma medicação, você contactar com o médico para ver alguma coisa. Não está diretamente relacionado ao paciente. Está indiretamente relacionado, por que vai influenciar no tratamento dele.

(PACATA)

A burocracia finda impedindo de prestar a assistência como quero prestar. Às vezes, eu quero até estar mais próximo do paciente, tentar ser mais humano, tentar ter uma atenção maior. Mas, eu pessoalmente, não me vigio e às vezes, findo deixando (isso) um pouco de lado pela burocracia. A própria instituição nos cobra tanto isso [...].

(SORRIDENTE)

[...] tem a parte burocrática da UTI.

(ESPONTÂNEA)

[...] Falando também da realidade de um hospital privado, a gente tem que supervisionar a técnica, a assistência direta do auxiliar, do técnico. E tem também a questão burocrática, de anotações, de evoluções, do que deixou de anotar, ou do que foi feito, e que ele não relatou. Tudo isso influi no andamento do hospital. A questão de custos, tudo isso [...].

(AGITAÇÃO)

Nesses depoimentos, os enfermeiros relatam que, além de prestar e supervisionar a assistência de enfermagem que pertence à suas atribuições legais, eles assumem, também, outras atividades tais como gerência do setor, ações administrativas e burocráticas.

Percebem que essas atividades devem ser feitas e que elas são importantes para um ágil atendimento ao paciente. No entanto, essas tarefas, com o passar dos dias, acabam sendo incorporadas como suas próprias funções.

A fim de atender às cobranças feitas pela instituição, os enfermeiros

sentem-se na obrigação de dar conta dessas exigências e terminam sendo impedidos de estar mais próximos e de ser mais humanos com os pacientes.

Conforme vimos até o momento, os enfermeiros estão cômicos do trabalho técnico, administrativo e burocrático que estão inseridos no seu fazer. Pudemos perceber um certo descontentamento nos profissionais em se afastarem dos pacientes para desenvolver essas atividades. No entanto, mesmo se sentindo dessa forma, parecem estar coniventes com a situação, visto que aceitam de forma natural as exigências impostas pela empresa.

Apesar disso, os enfermeiros também insinuam uma simpatia pela face humana do cuidar, desencadeando, assim, considerações para as necessidades individuais do ser doente sob seus cuidados, como na categoria que se segue.

A APROXIMAÇÃO COM AS PARTICULARIDADES DOS PACIENTES

Nessa categoria, abordamos a valorização das necessidades e particularidades dos pacientes reconhecidas pelos enfermeiros no seu agir e como eles demonstram o seu cuidado junto ao ser humano, representado nesse momento, pelo ser doente.

As necessidades emocionais do paciente

Pudemos perceber que os enfermeiros, nas suas falas, extrapolam o reconhecimento da atenção à cura do corpo como matéria e percebem a grandeza da dimensão de suas ações, visualizando que o outro é um ser complexo e que o atendimento às necessidades psicológicas, emocionais e espirituais devem ser valorizadas na busca do restabelecimento do paciente.

O cuidado seria proporcionar o bem-estar físico, mental, emocional e espiritual do paciente, o que você puder, claro; nós somos limitadas. (É) você proporcionar o bem estar, seja ele físico, (ou emocional). Às vezes, o paciente só quer conversar, só quer desabafar; às vezes ele está precisando de uma técnica realmente [...]. Mas eu acho que (o cuidar) é o bem-estar desse paciente. (AGITAÇÃO)

[...] Então, cuidado engloba a pessoa como um todo, psicológico e físico, porque ali muitas vezes precisa do físico, mas o psicológico está em primeiro lugar. Se você não tratar o psicológico, [...] na minha concepção o psicológico é o principal.

(ALEGRIA)

O cuidado, eu acho que se resume em tudo isso que falei. Não cabe a nós ser só tecnicista. (É) dialogar, falar, tocar, de chegar ao nosso paciente para dizer, para ouvir as angústias dele, para saber tudo o que o acomete. Mesmo aqueles pacientes que não estão podendo ter uma comunicação verbal, deixo-o se expressar de outra forma.

(SORRIDENTE)

Cuidar é o alívio. É perceber o que você precisa, e ajudar. No decorrer da assistência eu vou priorizando aquilo que vou notando. Às vezes a parte psicológica, [...] a gente vai procurando resolver na medida que a gente está observando. Normalmente eu priorizo o conforto do paciente.

(ESPONTÂNEA)

Eu procuro abordar tanto o lado psíquico, psicológico como o lado biológico. Por que na verdade o paciente não é dividido.

(ATITUDE)

Eu acho que o cuidado é uma assistência que a gente está dando, é uma doação. Às vezes, o cuidado é um sorriso que você dá para o paciente, [...]. São todas as atitudes que você faz, que de alguma forma está trazendo um benefício para o paciente. Seja numa palavra, num gesto, num ato. [...] O que você faz que consegue trazer alguma paz, alguma melhora, alguma tranquilidade para o paciente.

(PACATA)

É o bem-estar [...].

(CALMA)

Uma paciente [...] estava entubada, consciente, e durante o plantão noturno, eu perguntei se ela queria que eu rezasse e ela disse que sim. Aí eu pedi para ela fechar os olhos e fiz uma oração com ela. Ela chorou, segurou minha mão forte como em agradecimento. [...] depois que ela foi extubada ela agradeceu. Então eu acho que isso é muito importante. Porque num momento [...] você se sente altamente invadida por todo mundo, e ninguém sabe nem qual sua religião, o que você é, o que você quer. [...].

(PARTICIPAÇÃO)

Nesses depoimentos, os enfermeiros enfatizam que o cuidado que vivenciam vai além do atendimento ao aspecto físico do paciente, pois reconhecem a importância dos atos de afeto e atenção para com o enfermo. Eles enfatizam que o cuidado engloba ações que buscam o equilíbrio entre a técnica, o lado fisiológico propriamente dito e as dimensões subjetivas do ser que ora se encontra doente.

Percebemos que eles reconhecem a necessidade de cuidar do paciente de uma maneira holística, além de saberem como fazer para alcançar essa dimensão. Isso se faz de maneira muito clara nos depoimentos, segundo eles, através do dialogar, do ouvir, tocar, proporcionar alívio e bem-estar, do se envolver e se doar.

Em um depoimento, o enfoque dado à espiritualidade do doente se destaca, mostrando que o enfermeiro enxerga que o paciente não se restringe a uma queixa física, mas que ele precisa ter seus aspectos individuais reconhecidos e valorizados, pois são de relevância para o bem estar de cada indivíduo.

Nessa categoria, iniciamos por discorrer sobre o reconhecimento que os enfermeiros possuem do ser humano sob seus cuidados. Levando-os a demonstrar um cuidado que contemple o paciente nas suas diferenças e especificidades.

Demonstração do cuidado

Observamos que os discursos dos enfermeiros são reveladores do estreito relacionamento que desenvolvem com os pacientes, colocando em evidência a relação pessoa-pessoa, uma vez que, na prática profissional, esse tipo de relação circunscreve-se como elemento fundamental para a ação e a intenção de compreender a outra pessoa.

Nessa demonstração do cuidado, pudemos encontrar vários elementos que nos revelam o reconhecimento que esses enfermeiros possuem acerca da complexidade que envolve sua experiência, uma vez que para realizar esse cuidar, precisam manter um relacionamento interpessoal que minimize as ten-

sões que permeiam o convívio entre o cuidador e o ser cuidado. Esses profissionais reconhecem a pessoa gravemente doente, como alguém necessitando de cuidados não somente voltados para o biológico, mas como um ser que carece de empatia, de ser acolhido, de interagir, da presença, de ter seu sofrimento percebido, enfim, necessita de cuidados voltados para a pessoa humana. No quadro que se segue, relacionamos os elementos desse cuidar, identificados nos depoimentos.

QUADRO 1- DIMENSÕES QUE COMPÕEM O CUIDADO

✚	EMPATIA
✚	ACOLHIMENTO
✚	INTERAÇÃO
✚	PRESENÇA
✚	PERCEPÇÃO DO SOFRIMENTO

✚ Empatia

Nesta etapa da descrição do fenômeno, os enfermeiros refletem sobre o cuidado que desenvolvem a partir dos seus próprios valores. Nos depoimentos, por vezes, eles parecem se colocar no outro lado da situação.

Então eu vejo meu atendimento, meu cuidado junto ao paciente, como um cuidado tranquilo, eu sempre procuro dar bem estar, tento ter um pouco de empatia, é difícil com o dia-a-dia que agente vai vivendo, vai ficando um pouco seca. Mas eu tento ter empatia, me colocar no lugar do paciente e procuro passar essa tranquilidade para ele.

(CALMA)

Eu sempre penso que gostaria que aquilo fosse feito para uma pessoa minha, me coloco no canto (lugar). Eu acho que todo mundo merece ser visto como uma pessoa humana e não como um objeto, que está sendo furado, que está sendo tratado. Sempre vejo aquela pessoa com a individualidade, a personalidade, e que tem vida lá fora.[...].

(PARTICIPAÇÃO)

A atitude empática, no entanto, possibilita uma reflexão dos efeitos nocivos que o dia-a-dia do trabalho pode trazer para o profissional, pois, com o passar dos dias, a rotina pode deixá-los indiferentes ou menos sensíveis diante do sofrimento do paciente.

Apesar desta constatação, a manutenção de sentimentos de afeto envolvidos na relação enfermeiro-paciente conduz esses profissionais a alcançar a empatia e a possibilidade da intersubjetividade entre ambas as partes. Quando o encontro acontece, a capacidade de se identificar com a outra pessoa, de apreender como o outro apreende, permite, ao mesmo tempo, cuidar e proteger o outro de impactos danosos que podem acontecer como consequência de tratamentos desgastantes, como refere Participação.

 **Acolhimento**

Na busca da descrição do fenômeno, compreendemos através das falas que o acolhimento se apresenta como fator preponderante no cuidar dos enfermeiros. Nesse elemento, encontramos o diálogo como base para o reconhecimento e atendimento às necessidades dos pacientes.

Nos discursos a seguir podemos perceber a preocupação dos enfermeiros em levar informações aos pacientes, explicando com paciência, o procedimento a ser realizado, mesmo àqueles sedados ou comatosos.

Às vezes a gente realmente peca. Pois quando vamos fazer um procedimento só olha o procedimento, não olha o paciente como um todo. Mas, quando a gente vai prestar um cuidado acho que é o bem-estar do paciente (é mais importante). Principalmente em pacientes conscientes. Mais acho super importante também, mesmo o paciente sedado, entubado, quando a gente vai puncionar uma veia, fazer qualquer procedimento avisar, não custa nada à gente avisar.

(AGITAÇÃO)

Eu expliquei a ele, mostrei, orientei, falei com maior paciência. E assim, a partir do momento que você mostra como é o procedimento, explica e diz como é a técnica, como vai fazer, o que ele vai sentir, [...] já facilitou muito.

(ATITUDE)

Então fui mostrar a ele o porquê daquela medicação, qual a importância para o quadro dele e ele colaborou [...].

(ALEGRIA)

Eu procuro [...] diante de todo procedimento desenvolvido humanizar aquele procedimento. Não só ir e aplicar a injeção, mas passar a mão na pele dele ou no cabelo, ou estar falando o que estou fazendo, e que ele vai melhorar.

(PARTICIPAÇÃO)

Quando cuidam, estes participantes mostram a sensibilidade de fazer com que os pacientes alcancem as intenções deles e que não sejam privados do sentido do cuidado. Ao conversar com os enfermos, mostrando o lado benéfico dos procedimentos que precisam ser realizados, eles passam a colaborar com o tratamento e, de certa forma, os pacientes tornam-se co-participantes do seu processo de cuidado.

Os profissionais também relatam a sua preocupação em dialogar com os pacientes para compreender as características individuais, que os diferenciam de outros enfermos e que precisam ser aceitas. Tentam conhecer e respeitar a vontade e a individualidade do outro, considerando os costumes e as crenças de cada um. Através da conversa, eles conseguem alcançar essas particularidades.

[...] um paciente sempre dorme de bruços e chegar na UTI ter que ficar dorsal, porque eu tenho que monitorizar, e ele não ficar. De ter que amarrá-lo, pois tem que ficar dorsal.[...] eu tenho que monitorizar, tenho que colocar na soroterapia. E quando você vai ver, o pobre só queria ficar de bruços, por que ele sempre dormiu daquele jeito. Então são essas coisas que, às vezes, quando você pára para conversar, você consegue, [...].

(PACATA)

[...] tentar detectar naquele paciente quais são suas necessidades primordiais. Então eu sempre procuro passar, conversar com o paciente, ver como ele está, [...] se ele está consciente o que o está perturbando, em que a gente pode ajudá-lo para ficar melhor, o que está faltando.

(CALMA)

Uma paciente idosa que para ela, um homem lhe dar um banho, é uma coisa de outro mundo, porque só o marido a viu a vida toda. Então, chega um auxiliar de enfermagem para dar-lhe o banho. Ela tem vergonha, e quando você vai conversar, você descobre que ela tem vergonha e você troca, coloca uma mulher (para fazer o banho). [...] essa paciente fica melhor. Uma paciente estava até taquicárdica por isso e que melhorou entendeu? [...] é da cultura dela, você não vai mudar.

(PACATA)

Procuro chamar pelo nome, procuro conversar, procuro ouvir o paciente.

(SORRIDENTE)

[...] o que ele está sentindo, eu busco puxar um diálogo com o paciente. E passar um pouco de calor, que é toque [...] então eu busco sempre isso. Está passando na UTI eu sempre pego no pé do paciente, faço uma massagem, vejo se está frio, [...] sempre passo e toco, para que ele saiba que tem gente ao seu lado, que ele está sendo acolhido.

(PARTICIPAÇÃO)

[...] Quando eu chego perto de um paciente, eu vou conversar, saber como é que ele está, mostrar que tem sempre alguém perto dele. Que ele pode contar, que pode chamar, que vai ficar tudo bem.

(ALEGRIA)

[...] Um minuto de conversa, um acolhimento já é alguma coisa. Conversar, perguntar, interagir com o paciente, [...].

(ATITUDE)

Os enfermeiros, na sua vivência procuram dialogar com o paciente, ouvi-lo com o intuito de conhecê-lo como indivíduo com hábitos, crenças e valores, e poder atendê-lo nas suas especificidades. É acrescentada a esse enfoque, a importância da personalização do enfermo, no sentido de possibilitar uma relação pessoa-pessoa.

O ambiente da UTI, por si só, parece ser um fator estressante para o paciente. Para minimizar os desconfortos causados por esse setor, os profissionais procuram se envolver com os enfermos e se posicionam diante deles numa postura de alguém que procura proporcionar o bem estar através de suas ações. Os profissionais visam ajudar os enfermos a sentirem-se melhor, a partir de um relacionamento onde o outro é colocado em evidência, procurando conhecer os sentimentos do paciente e suas necessidades, fazendo - os perceber que podem contar com o apoio do profissional que ali se encontra.

Por outro lado, há momentos em que o enfermeiro se depara com situações específicas em que os pacientes apresentam necessidades diferenciadas, por vezes, impossíveis de serem atendidas no ambiente hospitalar.

Hoje mesmo, eu tenho uma paciente na UTI que ela está a 72 dias com a gente [...] nunca esteve internada e se encontra aqui há dois meses. Restrita no leito, tudo dependendo da gente. [...] Ela é muito vaidosa, então de repente ela está em cima de uma cama se vendo um monstro. Por que ela está transformada em relação ao que era. Ela pede coisas que realmente não dá pra gente fazer. Ah! Por que eu queria tirar o buço, meu cabelo já saiu a tinta, eu queria pintar. [...] Então você escuta, mas não dá para atender.

(PACATA)

O enfermeiro ouve, compreende a solicitação que lhe é feita, mas não tem possibilidades de atender aquele paciente, visto que o contrário, poderia acarretar-lhe prejuízo. Dessa forma, exerce seu raciocínio e julgamento clínico na avaliação da necessidade apresentada.

O diálogo também é utilizado por estes enfermeiros para amenizar o medo e a insegurança do paciente internado na UTI. Na percepção deles, ao entrar neste setor, os pacientes não conseguem visualizar o lado positivo daquele momento, ou seja, que na UTI ele terá um atendimento diferenciado em prol da sua recuperação. Para eles ali representa um lugar aonde se vai apenas para morrer. Na tentativa de amenizar essa situação, os enfermeiros

procuram caminhos que diminuam as angústias vividas pelo paciente ao entrar naquele ambiente.

[...] para muitos pacientes estar dentro de uma UTI significa a morte, significa o fim. Para eles UTI é o fim. E UTI não é o fim. UTI pode ser para eles o início de uma nova etapa, o início da vida, a cura para eles. A gente sabe que os cuidados das UTIs, ele não vai obter em outro canto (lugar). E é na UTI que ele vai obter a saúde novamente para ser devolvido à sociedade. Mas, muitos não compreendem, a gente nota que estar ali para eles é o fim e que não tem uma palavra, que os faça compreenderem, absorverem o que a gente diz.
(PARTICIPAÇÃO)

[...] O paciente já vem com aquela carga emocional, e a UTI para ele é algo muito pesado, já é para morrer, como ele sempre fala. Mas, eu tento desmistificar isso do paciente, conversando, fazendo com que ele se abra mais, fazendo com que ele conte não só de suas queixas patológicas, como também de suas angústias. E isso, eu observo, faz com que ele se sinta melhor.
(SORRIDENTE)

Eu sempre procuro estar com o paciente, assim, passar algo positivo pra ele, [...] Deixá-lo à vontade naquele ambiente.
(ALEGRIA)

Já que o paciente dentro da UTI, principalmente quando ele é consciente, ele se torna de certa forma solicitante, ele se torna angustiado, a maioria deles.
(CALMA)

Os depoimentos são reveladores da intenção dirigida desses profissionais para esse aspecto vivenciado na UTI. Os sentimentos negativos que os pacientes exacerbam são trabalhados através do esclarecimento das dúvidas que eles apresentam e dos objetivos da UTI, enfatizando que estar naquele lugar, pode ser o início de um novo ciclo na vida deles. Além disso, mostra que o diálogo minimiza as angústias e favorece uma maior abertura por parte dos pacientes, principalmente daqueles que conseguem verbalizar suas queixas.

Para atender a complexidade do ser humano, na situação de paciente, os profissionais podem contar com o apoio dos familiares. Nos próximos discursos, podemos perceber o envolvimento entre eles.

Os participantes referem que reconhecem o paciente como um ser no mundo relacionando-se com os outros homens. Nesse sentido, a família do paciente é incluída como parte integrante do tratamento, dando apoio ao doente com a sua presença. Os enfermeiros se colocam no lugar da família favorecendo a manutenção do laço família-paciente.

Na verdade, eu sempre me coloco no lugar de quem está ali entendeu?[...] informação por telefone, eu digo alguma coisa. Por que se fosse eu no outro lado? Se fosse meu pai ou minha mãe aqui dentro? Será que eu iria gostar?

(ATITUDE)

A questão da visita familiar, quando é preconizado uma hora de visita nos dois horários. (Duas vezes ao dia) Mas quando eu posso, quando eu vejo que o caso é um caso especial, que o paciente precisa de um apoio familiar, eu procuro liberar, conversar com o médico de plantão e liberar um horário maior, entrar mais vezes na UTI.

(ALEGRIA)

Como dona M, um dia o filho dela só faltou chorar para ver a mãe dele um minuto, de noite, era bem madrugada. [...] Aí eu deixei ele entrar, ficou uns cinco minutos e foi embora. [...] Naquela hora, eu pensei que ele tinha ido para algum canto,(lugar) e se lembrou, sentiu falta da mãe e veio aqui. É uma forma de acolher a família, tratar bem. E tratar também o paciente de forma indireta.

(ATITUDE)

Quando se coloca no lugar dos familiares, esses enfermeiros passam a ser mais flexíveis com as rígidas normas que permeiam o ambiente da UTI e a entenderem a importância deles para o enfermo. Dar informação por telefone, permitir que a visita se estenda por um período maior em situações especiais e acolher familiares em horários excepcionais, são situações vivenciadas pelos profissionais, buscando não somente atender a necessidade do paciente, mas também, acolher a família que tende a encontrar-se aflita.

✚ Interação

Outro elemento evidenciado se refere à interação entre o enfermeiro e o paciente no momento do encontro. E isso se dá de várias formas como ilustram os próximos discursos, seja através do olhar, do toque, do afago, da ajuda ou do carinho. Os discursos revelam, também, os efeitos benéficos desses momentos para os pacientes, mostrando que eles respondem positivamente ao toque, mesmo que em alguns momentos se surpreendam ao serem tocados.

Eu acho que a gente precisa se envolver mais ainda, estar mais próximo ao paciente. [...] Então eu procuro interagir na medida em que ele vai me solicitando. Através do diálogo [...]. Nem sempre a gente consegue resolver tudo, mas a gente pode cuidar de diversas formas: cuidar olhando, cuidar tocando, cuidar resolvendo, administrando. Cuidar é aliviar. É perceber o que você precisa, [...] e ajudar.

(ESPONTÂNEA)

Eu tenho observado que quando chego, falo, pego na mão, peço para apertar minha mão, aliso, faço um carinho na mão, o semblante do paciente muitas vezes dá uma aliviada, fica muito mais sereno. [...] cuidar engloba doação, essa coisa de conversar com o paciente, de tocar o paciente, de uma atenção mais especial.

(SORRIDENTE)

O toque é freqüentemente vivenciado na UTI, principalmente na realização de procedimentos. Mas, em suas falas, apenas um enfermeiro menciona esse aspecto, a maioria restringe-se somente ao lado afetivo dessa relação. O toque, um constructo do cuidado, é intencional e revela um momento onde cuidador e ser cuidado interagem, através de sentimentos de carinho e ternura. Há ainda, um certo preconceito em tocar dessa maneira afetuosa, mas já se evidencia a vontade de transpor essa barreira.

Tenho tentado deixar o preconceito de tocar e tentar tocar mesmo o paciente, um toque afável, não só o toque instrumental, mas, tocá-lo de uma forma mais carinhosa, demonstrar, passar segurança para ele nesse toque. [...] como eles reagem bem quando você toca, quando você chega, bota a mão no braço dele.

(SORRIDENTE)

É uma massagem no pé, adoro fazer massagem nos pés dos meus pacientes.

(CALMA)

(toque) Às vezes alguns reagem de forma inesperada, [...] Mas, a gente observa que eles gostam disso, quando fazemos isso. Eles sentem uma certa segurança [...]. Eu percebo que muitas vezes quando a gente faz isso, coisas que eles não falavam para outras pessoas da equipe, passam a falar para gente. [...]. Então eu tenho associado isso a esse toque. Esse tocar, chegar perto. Aquela coisa de... Você não tem ninguém do seu ciclo de amizade que não toque em você, um toque na mão, um toque no braço. Então, percebo que quando faço isso, coincidentemente, eles têm se aberto mais.

(SORRIDENTE)

(toque) Às vezes com sorriso, às vezes se abrem mais, se eles podem verbalizar, dizem o que estão precisando, porque às vezes eles ficam intimidados, ficam com medo.[...]. eles ficam mais abertos para dizer: eu estou com sede, estou com frio, entendeu? Abrem-se mais, porque é um ambiente estranho, pessoas estranhas e eles acham que estão atrapalhando se pedir, se solicitar.

(PARTICIPAÇÃO)

Fica evidenciado, também, o reconhecimento desses enfermeiros quanto ao efeito positivo do toque e do sorriso como facilitadores do processo de comunicação. Os participantes revelam que a partir do toque, os pacientes passam a confiar mais e a expor seus pensamentos e necessidades. Descreveram que no momento em que o enfermeiro se aproxima do paciente, seja para um cuidado voltado para o corpo ou extrapolando esse aspecto, acontece a possibilidade do encontro. Nesse momento, a maneira como o enfermeiro aborda o paciente favorece ou não essa possibilidade. Vimos nesses discursos, que através da aproximação, a relação enfermeiro-paciente se estreita, possibilitando uma ação recíproca, onde ambos são beneficiados.

Ainda pudemos ver nos depoimentos que seguem, que o cuidado desses enfermeiros promove a formação de um vínculo afetivo entre eles e os pacientes.

Era uma pessoa extremamente carinhosa, era feliz, agradecido. Tanto é que, quando ele saiu da UTI, ele pediu para tirar fotografia com a equipe. E eu acredito que isso seja um retrato da confiança que ele teve em nós. Nesse dia eu senti que o fato de você fazer um pouco mais, faz a diferença.

(ESPONTÂNEA)

O pouco que você faz, eles acham que é demais. Uma atenção que dá, uma resposta que não é determinada, mas, é o que eles estão querendo ouvir naquele momento, eles agradecem, a maioria, agradece e não foi muita coisa. [...], o mínimo que você faz já agradecem muito.

(ATITUDE)

Tem pacientes conscientes, que não estão acostumados em UTI, e vem agradecer por estar com insônia, por não estar conseguindo dormir ali, e pedir para você ficar do lado dele conversando até conseguir dormir. [...] e no outro dia lhe agradecer. "Muito obrigado, eu consegui dormir por que eu sabia que você estava do meu lado".

(PACATA)

E quando ele voltou (estava em coma), ele, disse que ouvia o que a gente falava e que nós fomos muito importantes por não ter deixado-o ir, foram as palavras que ele usou. "Vocês foram muito importantes, eu lembro quando você chegava aqui, eu não conhecia seu rosto, mas conhecia sua voz. Você chegava, falava, brincava e dizia o senhor está muito bonito hoje".

(SORRIDENTE)

No dia-a-dia na UTI, a relação social surge na convivência com os pacientes. Estes demonstram o seu agradecimento e levam uma foto dos profissionais que cuidaram dele na UTI, revelando a manutenção de uma relação afetuosa. Essa relação é construída embasada na confiança que o paciente deposita no profissional. Quando o enfermeiro se envolve, dá atenção, quando está perto, quando reconhece a importância de mostrar para o paciente que alguém se preocupa com ele, mesmo sem ter a certeza de estar sendo ouvido ou percebido.

Os enfermeiros disseram que os vínculos formados a partir dessa convivência são demonstrados pelos pacientes na forma de agradecimento. Eles agradecem por tudo o que foi feito por eles e com eles, pela presença no momento em que se sentem inseguros, pela conversa, e inclusive pela manutenção da sua vida, deixando transparecer que o que parece pouco para o profissional, para eles é de grande significância.

No próximo discurso, o enfermeiro destaca também a satisfação que sente ao ser reconhecido pelo paciente ou seus familiares no contexto social.

Você vê um paciente chegando aqui na UTI super debilitado e sair bem, falando, consciente e depois você encontra ele em algum canto (lugar) e você nem lembrar. E a família ou ele lembrar de você, isso gratifica muito.

(ATITUDE)

O reconhecimento do profissional por parte do paciente ou de seus familiares é um momento gratificante para o enfermeiro. Isso significa que o paciente teve um espaço de vida junto a ele, que mobilizou entre outros sentimentos, o afeto. Ver a melhora da pessoa, também traz satisfação para os enfermeiros.

Apesar de ser um depoimento isolado, o próximo discurso revelou que o enfermeiro em alguns momentos sente a necessidade de ter seu trabalho reconhecido pelos pacientes e familiares.

[...] o que acontece é que esses pacientes graves quando saem, nem sempre lembram da enfermagem. Às vezes, as famílias voltam pra agradecer aos médicos, à equipe médica. Mas nem todos lembram da enfermagem. Enquanto a enfermagem foi quem passou mais tempo ao lado daquele paciente, cuidando, mudando, conversando com aquele paciente, durante as 24 horas. E os médicos não, só iam lá examinavam e iam embora. Então, o que ainda deixa a gente triste é que para esses pacientes que saíram, o grande vitorioso ainda é a equipe médica.

(PACATA)

O enfermeiro relata sentimentos de tristeza e desvalorização pelo cuidado e pelo relacionamento estabelecido com o paciente. Segundo o depoimento, na maioria das vezes o agradecimento é dirigido apenas à equipe médica e o enfermeiro não é lembrado, mesmo sendo ele o profissional que se mantém diuturnamente face a face com o ser que sofre. Vimos aí a soberania do profissional médico, em detrimento das demais categorias. Traz à tona a representação social do cuidar em uma UTI como sendo apenas do médico e não da equipe como um todo.

Presença

Nos seus relatos, os enfermeiros deixam transparecer o significado da sua presença junto ao paciente como algo que excede o seu propósito básico que é assistir. Distinguem-na do procedimento técnico do cuidado, quando o fazer nesse momento se faz na forma de estar com o outro. Vejamos as seguintes falas.

Porque aí você está sozinho, você não tem nenhum conhecido ao seu lado, você perde o seu elo com a família, com a sua casa. Então eu acho que ali, a gente está representando algo mais do que a própria enfermeira. Eu acho que vai além disso.
(ALEGRIA)

É um tipo de relacionamento que você consegue dar confiança ao paciente [...]. É a presença física, é ele saber que tem alguém ali, é essa coisa que não dá para gente explicar.
(PACATA)

Uma paciente estava há muito tempo se arrastando, sofrendo. [...] ela se apegou muito a mim justamente por eu olhar para ela [...] eu ficava sentada um pouquinho do lado dela, conversava, dava mais atenção a ela.
(PARTICIPAÇÃO)

Lembro de um paciente que teve uma parada cardíaca após um infarto muito extenso e ficou em coma. E todos os dias, tanto eu quanto a neta dele, conversávamos bastante com ele. [...] E um belo dia num plantão meu, estava a neta dele conversando com ele, ela de um lado e eu do outro, de repente ele pegou na minha mão e na dela.
(SORRIDENTE)

Os enfermeiros que assim se expressam compreendem que os pacientes encontram-se vulneráveis na UTI, por estarem sozinhos e afastados dos familiares. Então, naquele momento, eles não representam apenas um profissional, mas alguém capaz de manter um relacionamento afetuoso e de confiança, de estar com o paciente. Revelam que essa presença dá-se na comunicação, no olhar, na atenção, no tocar, no sentir e no estar com o outro. A presença extrapola o estar fisicamente e se eleva a um sentido inexplicável

de afetividade alcançando subjetivamente o paciente. Essa presença possibilita ao enfermeiro reconhecer e se envolver com a dor e o sofrimento do outro, sem ter condições de explicá-lo, como refere Pacata.

Percepção do sofrimento

Nas falas que seguem se desvela a preocupação dos profissionais em reconhecer atitudes que revelem como os pacientes se sentem, mesmo aqueles que não conseguem verbalizar.

Às vezes é difícil (avaliar) realmente, principalmente quando ele está sedado. É face de dor, face de que tem alguma coisa incomodando, os olhos. [...] a posição. Às vezes ele está inquieto, mexe as costas, todas essas são maneiras da gente avaliar. Quando estão muito sedados, a posição do paciente, a cabeceira do paciente, a posição da mão dele, tudo isso dá para você ver alguma coisa.

(AGITAÇÃO)

Às vezes (vejo o sentimento) pelo comportamento, pela face, pelas respostas que são dadas às perguntas que a gente faz.

(ESPONTÂNEA)

Quando eu tenho algum retorno, quando o paciente me responde de alguma forma. Falando, sorrindo, quando ele, ah, muito obrigada, ou então quando vira a cara para mim, quando não quer conversar, está entendendo.

(CALMA)

O sofrimento está instalado e aí eles choram. Tem uns que esboçam um sorriso como quem diz: é tudo bem.

(PARTICIPAÇÃO)

E a gente vê claramente na satisfação do olhar; o paciente entubado que não fala, quando você faz alguma coisa que ele está esperando, você já reconhece (a satisfação).

(ATITUDE)

Na percepção desses enfermeiros, os pacientes que ali estão vivem um intenso sofrimento, principalmente, quando se encontram limitados por sua própria doença de se mobilizar e de falar.

Ao vivenciar o cuidado na UTI, os enfermeiros relatam que se mostram atentos a fim de amenizar as situações incômodas e dolorosas pelas quais os pacientes estão passando. Nesse momento eles exercem sua habilidade de intuir, de perceber, na busca do reconhecimento da dor ou do sofrimento humano.

Nesse processo, a sua sensibilidade para as expressões significativas do paciente é de grande valor. A fragilidade do ser doente é tão acentuada que, às vezes, eles se retraem, choram, sorriem em respostas à atenção que lhes é dispensada. Em meio a essa convivência, surgem sentimentos, emoções e vínculos que fortalecem a relação entre ambos.

Assim, podemos dizer que a empatia, o acolhimento, a interação, a presença, e a percepção do sofrimento, são formas de relacionamentos vivenciadas na UTI, de fundamental importância para a manutenção de um cuidado humanizado.

Tudo isso leva esses profissionais a uma diversidade de sentimentos vividos e experienciados no seu cotidiano na UTI. Sentimentos ambíguos, opostos e conflitantes. Os conflitos aparecem quando eles se encontram diante de situações, nas quais a sua onipotência se mostra abalada.

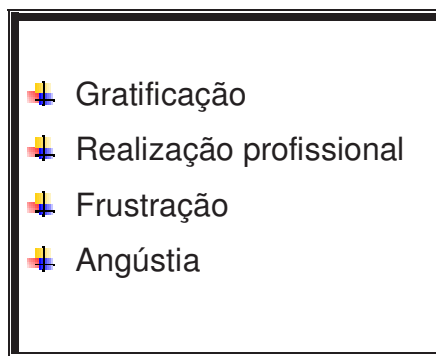
Na próxima categoria procuramos demonstrar a compreensão que tivemos da dualidade desses sentimentos expressos por esses enfermeiros.

A EXPRESSIVIDADE DOS SENTIMENTOS DO ENFERMEIRO

Para compreendermos o significado da ação vivencial dos enfermeiros neste estudo em relação ao cuidado na UTI, precisamos fazer vir à tona a gama de sentimentos que eles expressaram como permeando o seu cuidar. Sentimentos esses que os gratificam e os fazem se sentir realizados profissionalmente, mas, também, que os levam à frustração e à angústia.

No quadro que se segue, relacionamos os sentimentos expressos pelos enfermeiros durante as entrevistas, que nomeamos de sentimentos construtivos e coibitivos.

QUADRO 2 – SENTIMENTOS CONSTRUTIVOS E COIBITIVOS



✚ Gratificação

Nesta etapa da descrição do fenômeno percebemos que os enfermeiros estão envoltos nesses sentimentos, e que eles são muito significativos para a concretude de seu cuidado. Nas falas que se seguem, podemos ver como esses profissionais sentem-se.

Eu me sinto muito bem de chegar, de conversar, de deixar o paciente à vontade. De fazer e ver que ele ficou bem depois. Ele está com aquela queixa e você presta uma assistência, presta um cuidado, e daqui a pouco o paciente está bem, melhora. Você vê a evolução dele.

(AGITAÇÃO)

Eu me sinto muito bem. Eu acho que se brincar, o efeito é maior em mim do que no paciente.

(SORRIDENTE)

Você fica completamente envolvida com a história, com as necessidades, e isso me faz bem. Como se eu fizesse 50% de um lado, 50% do outro, aí eu me sinto satisfeita. Esse é o dia que eu me sinto satisfeita. No dia em que eu consigo estar do outro lado do balcão.

(ESPONTÂNEA)

É o dia que eu saio mais satisfeita ainda. É quando eu consigo ver os meus doentes, ver de perto. Presto algum tipo de assistência. Então,

quando eu consigo prestar essa (assistência) É uma satisfação.
(CALMA)

Eu me sinto útil. Eu acho que é nesse momento que eu me sinto útil. Que aquele meu ato vai fazer com que melhore o psicológico dele e assim queira viver e melhorar como um todo.
(PARTICIPAÇÃO)

Eu acho que quando você presta um cuidado e você vê que aquele seu cuidado vai trazer uma melhora para aquele paciente, que você está ajudando a um ser humano, é gratificante. [...]. Vê um paciente que você viu a beira da morte, sair.
(PACATA)

Quando você realiza sua atividade como acha que deve ser feito é um sentimento prazeroso. Até porque eu acho que a gente que vive essa profissão, ou trabalha com amor ou não vai. Ou você gosta daquilo que você faz ou então não adianta continuar. Quando você consegue ver o paciente sorrir para você, lhe agradecer depois daquele plantão, é o maior prazer que a gente tem. É a única coisa que faz com que a gente venha todo dia para cá satisfeita. É só a questão de você saber que está ajudando um ser humano [...] eu fiz algo por alguém, eu sou útil, me senti útil como ser humano.
(ALEGRIA)

Um paciente que ele foi a óbito. Ele estava consciente, era um paciente grave, [...] ele pediu para ver a filha. E não era possível mais, porque já tinha acabado a visita. A gente tentou, ligou, pediu para filha vir, veio, ele conseguiu falar com a filha à tarde ainda e a noite ele foi a óbito. Então isso me deixou muito satisfeita, porque ele conseguiu realizar o seu último desejo. E se eu tivesse agido só pela regra, tivesse deixado para lá a questão da vontade dele, isso não teria sido possível.
(ALEGRIA)

Apesar do estresse todo da nossa profissão, do desgaste, do pouco reconhecimento, [...] a nossa profissão não é reconhecida quanto merecia. Mas assim, é gratificante você ver o paciente sair daqui.
(ATITUDE)

Nos discursos anteriores os enfermeiros, de formas diferentes, expressam como se sentem ao vivenciarem o cuidado na UTI. Vislumbram os efeitos benéficos originados no concreto do seu fazer, fazendo-os se sentirem úteis, se sentirem bem, gratificados e satisfeitos.

É marcante como eles se sentem satisfeitos ao presenciar o sorriso de agradecimento do paciente que esteve sob seus cuidados. Percebemos reco-

reconhecimento do profissional sobre a importância do seu cuidar, cuidar esse que vai além da técnica, alcançando a face humana de cada ser, como, por exemplo, quando flexibilizam as regras de visitas.

Através do envolvimento com a história do paciente, do diálogo, do atendimento de suas queixas, da ajuda, da assistência prestada, os enfermeiros sentem que contribuem para a melhoria do paciente e conseqüentemente para a saída dele da UTI. Essas situações remetem-os ao seu âmago buscando sensações que aprofundam o seu sentir.

Em alguns momentos, mesmo não conseguindo obter uma boa evolução do paciente, eles expressam que se sentem satisfeitos em realizar alguns desejos referidos pelos pacientes no seu limite de vida, mostrando, dessa forma, a importância e a dimensão do cuidado em todos os momentos da vida, e a sensibilidade que o profissional deve ter para não deixar que as normas da instituição enrijeçam o seu agir, sabendo reconhecer as especificidades de cada momento.

Outro ponto evidenciado é que os enfermeiros afirmam sentirem-se melhor quando conseguem estar próximo do enfermo, quando eles mesmos cuidam do paciente. Isso revela a importância que dão às suas ações de cuidado, mostrando também o seu compromisso e o seu dever ético e moral para com o outro. Na interpretação dos discursos podemos perceber o gosto pelo que fazem e que, sem o amor, é impossível cuidar de forma humanizada.

O depoimento de Atitude se refere ao estresse que permeia o cuidar da enfermagem e o pouco reconhecimento que ela tem perante o contexto social. Mesmo assim, ela se sente gratificada. O foco desse discurso volta-se para os sentimentos agradáveis vividos pela profissional, principalmente naqueles momentos que são difíceis de serem descritos, sobre a recompensa do trabalho, pelas sensações e pelas pequenas coisas vivenciadas no cotidiano íngreme da UTI.

Por fim, dentro do elemento gratificação nos detemos no depoimento que se segue, por encontrar nele uma particularidade que esteve ausente nas outras falas. Nele, a enfermeira faz referência à diferença em se relacionar com pacientes carentes em termos econômicos. Segundo ela, o paciente de poder

aquisitivo menor, consegue expressar melhor seu agradecimento do que o de nível social mais elevado. Mas, diz sentir-se engrandecida e gratificada em ambas relações.

Olhe, eu costumo dizer, o paciente carente é melhor de você trabalhar com ele.[...] E isso, que queira, quer não, engrandece muito a gente, está entendendo? Engrandece muito. O paciente de nível social melhor, maior, não tem essa forma de expressão. De chegar para você e agradecer, de dizer minha filha muito obrigado. Não diz. Mas de qualquer forma, tanto de lado quanto do outro é muito gratificante.

(ATITUDE)

Transcendendo a narrativa, ela releva a preferência desse profissional em cuidar dos pobres e necessitados. A enfermeira sente-se engrandecida. Isso nos leva a ver a onipotência do profissional diante do paciente carente, visto que, com os pacientes de maior poder aquisitivo, ela não consegue sentir o agradecimento por parte desses pacientes.

Diante de todos esses sentimentos experienciados pelos enfermeiros no contexto da UTI, percebemos que eles estabelecem uma relação mais aproximada com a vontade de ajudar, de ver o paciente melhorar.

Realização profissional

Além dos sentimentos expressos pelos enfermeiros e descritos até o momento, ainda vimos como presença marcante nos discursos destes, a sensação de estarem cumprindo uma missão. As falas que possuem esse conteúdo mostram-se com nuances religiosos.

Pra mim como pessoa é uma coisa que me complementa [...].Eu me sinto muito mais completa [...] Eu acho que é como se tivesse uma missão, tivesse uma missão a ser cumprida, e naquele dia eu saio satisfeita por que eu cumpri alguma parte dela.

(ESPONTÂNEA)

O que me faz ser enfermeira e continuar é a questão de ajudar ao próximo. A minha história de enfermeira tem uma questão muito de

religião, o que eu acredito, minha fé. Eu não acho que esteja aqui por acaso, [...]. Eu acho que eu tenho uma missão a cumprir. Eu tenho algo a cumprir, por essas pessoas que estão aqui, que precisam de ajuda.

(ALEGRIA)

Então o bem que me faz é justamente o achar que fiz parte de minha missão. Cumpri minha missão.

(SORRIDENTE)

[...] hoje eu cumpri o meu dever. Hoje eu fiz a minha parte.

(PACATA)

[...] e assim, você cumpriu uma missão.

(ATITUDE)

Eu me sinto realizada enquanto enfermeira. É uma questão de realização profissional. E como pessoa também. Realização mesmo, de você saber que você está atuando, que está contribuindo.

(AGITAÇÃO)

Percebemos nas falas imediatamente apresentadas, que existe uma relação estreita com a concepção altruísta da profissão no momento do cuidado. Ao cuidarem, têm a sensação de serem cumpridores de seu dever e parecem satisfeitos com sua escolha profissional. Completam-se ao conceder seu zelo ao paciente. Comentam que se sentem como se estivessem cumprindo sua missão, mostrando o enfoque espiritual e religioso que permeia a vida profissional de alguns dos participantes.

Essa forma altruísta de perceber o seu cuidar na UTI parece estar relacionada à existência de uma expectativa sagrada para com eles, na medida que mencionaram o cuidar como dever e uma missão predestinada, ou como se fosse um sentimento de recompensa.

Destacamos aqui, o fato de nenhum participante atrelar a sua satisfação profissional à remuneração financeira.

Apesar de todos os sentimentos positivos descritos nos relatos dos enfermeiros, sobre a experiência vivida na UTI, o desvelar de suas falas nos permitiu intuir uma certa ambigüidade de sentimentos. Percebemos que, apesar de sentirem-se gratificados e satisfeitos em ser enfermeiros e com seu

trabalho na UTI, apresentam também, sentimentos que podem interferir na efetivação de um cuidado humanizado.

Em alguns momentos, ao realizarem seu cuidado, os enfermeiros sentem-se frustrados e angustiados diante de situações que são peculiares à profissão e que de certa forma coíbem a sua missão. São sentimentos de frustração e angústia perante a realidade do ambiente.

Descreveremos a seguir esses sentimentos.

Frustração

Os enfermeiros, nessa UTI, encontram-se envolvidos com várias atividades que os impossibilitam de desenvolver o que eles pensam seja seus reais papéis. Esse é um dos motivos que os fazem sentirem-se frustrados. Vejamos a seguir os depoimentos.

É super complicado, porque tinha noite que você nem chegava a visitar o paciente no box. Então como é que eu poderia aplicar o que eu entendo como cuidado a esse paciente, se muitas vezes eu nem olhava para o rosto do paciente. Com isso eu me sentia péssima, chegava em casa com o sentimento de não ter cumprido meu papel.
(ALEGRIA)

E a questão do espaço também, por que a gente deixa de fazer nossas atribuições até legais. Procedimentos invasivos em pacientes críticos em UTI, [...] são feitos pelos técnicos de enfermagem, porque a gente não consegue dar conta.
(CALMA)

E assim, infelizmente, a gente enquanto enfermeiro neste modelo que está posto, não tem como prestar uma atenção de forma melhor possível, por que você chega num box, e vê aquele paciente muito ansioso, muito carente, principalmente os idosos, que por eles você passaria meia hora, uma hora conversando. Isso satisfaz um pouco essa parte do emocional. E você não tem esse tempo disponível. Então, em alguns momentos, isso fica a desejar.
(ATITUDE)

Estes participantes falam de situações significativas existentes no local de trabalho, que consideram negligenciadas devido ao acúmulo de trabalho e

falta de tempo. Nesse caso, a impossibilidade de cuidar do paciente, de se aproximar dele em momentos nos quais sua presença seria de fundamental importância, onde eles poderiam minimizar a ansiedade vivida pelo enfermo, leva-os a uma sensação de frustração e a sensação de não ter cumprido seu papel como enfermeiro.

Pela sobrecarga de trabalho, em detrimento do tempo que possuem para realizar todas as atribuições que lhes são determinadas, findam delegando aos auxiliares e técnicos de enfermagem procedimentos que são de sua competência, levando-os a sensação de estarem perdendo um espaço já conquistado.

Percebemos uma certa passividade nesses discursos. Apesar dos profissionais reconhecerem que o seu cuidado, muitas vezes, é atropelado pelas várias tarefas a serem cumpridas, eles parecem aceitá-las, na medida em que não mencionam nenhuma ação que favoreça a mudança dessa situação. Permanecem numa situação subalterna, acatando as imposições que são feitas pela instituição, limitando seu pensamento crítico e sua capacidade criativa.

Angústia

Devido à impossibilidade de atender a todas as necessidades do paciente, os enfermeiros passam a sentirem-se angustiados. Para eles, a sensação de não poder contribuir favoravelmente para a recuperação da saúde do paciente, leva-os a uma situação de extrema angústia e sofrimento. Cuidar de alguém que, na visão deles, já não se beneficia mais com o suporte que lhe é oferecido, em situação que não vêem um resultado palpável das suas ações, faz-os sentirem-se impotentes. Nas falas que se seguem eles trazem a questão dos pacientes graves em fase terminal, que levam ao profissional vivenciar tal sentimento.

Você está trabalhando com um paciente que não vê melhora nenhuma, aquilo dá uma angústia. Por que é como se você tivesse andando para trás, você faz, mas não sai do canto. Então, realmente

é angustiante, nesses pacientes de longa permanência, quando você faz, e o paciente não melhora, só afunda.

(PACATA)

A gente sabe que aquela doença, você está tratando, você está dando a medicação, você está aliviando a dor, mas que no fundo, no fundo é um paliativo. Isso marca, porque quando você sai do box, você dá as costas, e você diz, meu Deus, eu estou fazendo isso para nada.

(ESPONTÂNEA)

É muito angustiante você saber, às vezes, que é uma coisa que realmente não tem jeito. Que é uma doença terminal, é um paciente que realmente não vai melhorar muito além daquilo, então é angustiante você ficar mantendo a vida, a qualidade de vida que o paciente tem.

(PACATA)

Teve um caso muito interessante, uma criança de 14 anos, nesse dia, realmente, me senti péssima. Uma criança de 14 anos, que parou, voltou, mas aí quando voltou, ela olhou pra mim... "Tia eu vou morrer?" chorando. Não, você não vai morrer, você vai ver sua mãe e ela não conseguiu resistir. Então assim, uma criança de 14 anos que estava ali, totalmente vulnerável, querendo ver a mãe e pediu para não morrer e a gente não pode fazer nada. No outro dia recebi o aviso que ela tinha morrido e não viu a mãe.

(ALEGRIA).

Ao experienciarem momentos de sofrimento, e algumas vezes de impotência frente à finitude da vida, esses enfermeiros acabam se tornando angustiados, pois percebem que, por mais que eles façam, se dediquem, se envolvam, não conseguem manter o paciente com vida ou com condições dignas de vida. Além disso, referem que enfermos com longo período de permanência deixa-os ainda mais angustiados, pois eles se apegam mais a esses casos e ficam muito receosos com o que pode acontecer com esses enfermos, visto que, em determinados casos, a morte é a única certeza.

Mais uma vez, percebemos uma alusão à questão ética perante a morte iminente, pois, relatam situações em que a insistência de manter a vida os deixa angustiados, por parecer que estão prolongando o sofrimento e não a vida.

No último depoimento, o enfermeiro mostra uma situação de extrema angústia. Não ter condições de atender a um pedido tão simples, mas de tama-

nha dimensão para o paciente, o faz se sentir angustiado. Podemos ver o sofrimento desse profissional frente às poucas possibilidades que ele experimenta numa situação dessa natureza, como também revela o seu sofrimento por não ter conseguido atender à necessidade de um enfermo numa hora tão difícil para todos, como é a presença de alguém da família no momento da morte.

COMPREENSÃO DO FENÔMENO

Da leitura atenta dos depoimentos, buscamos apreender nas falas desses profissionais a estrutura do fenômeno nesse contexto, enfatizando as experiências conscientes desses enfermeiros, para chegar ao típico de sua ação. Nesse ir e vir entendemos que a experiência vivida por esses profissionais representa um misto de ações, valores e sentimentos.

Tentando representar esquematicamente essa compreensão, elaboramos um diagrama, onde está contida a descrição da vivência desses enfermeiros com o cuidado que eles desenvolvem na sua cotidianidade no mundo da UTI. Descrevemos como eles percebem o seu cuidado dentro do enfoque da humanização. (Figura 1 p.92).

Vimos que o cuidado humano vivido por esses enfermeiros engloba 4 elementos estruturais. A busca pela manutenção da vida, mostrando a preocupação e o atendimento às necessidades bio-fisiológicas do paciente. O convívio com ações técnico-burocrática, que compreende as atividades de supervisão da enfermagem, administrativas e burocráticas do setor. A aproximação com as particularidades dos pacientes, reconhecendo as necessidades individuais e subjetivas dos pacientes. A expressividade dos sentimentos dos enfermeiros, mostrando a ambigüidade de sentimentos dos profissionais que estão envolvidos nesse processo.

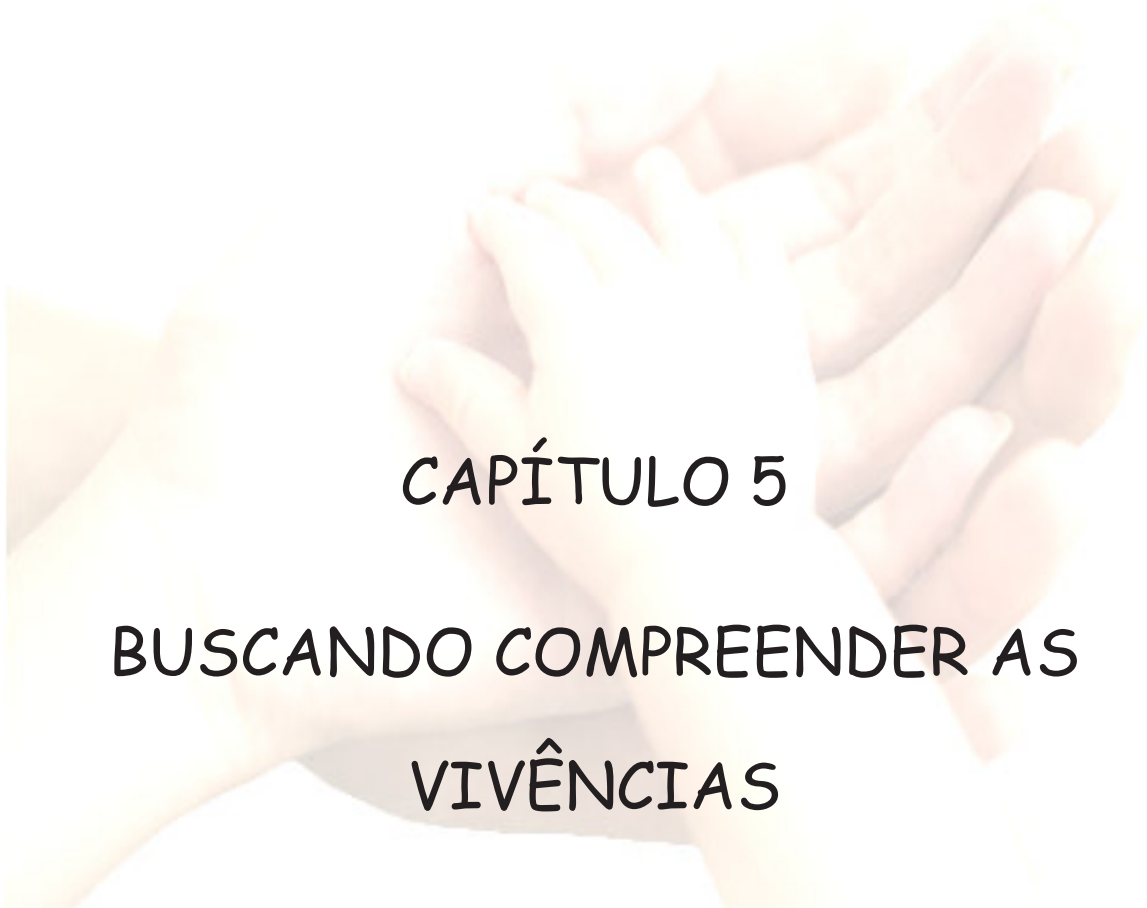
Percebemos que, ao vivenciar o cuidado com o paciente crítico, esses enfermeiros conseguem compreender a relevância de seus cuidados para com o ser doente, entendendo que a UTI não é um ambiente onde somente se de-

desenvolvem atividades técnicas e científicas, mas, também onde as pessoas têm necessidades e a possibilidade de ser e de viver de forma mais humana.

Além de procurar manter a vida do paciente, esses enfermeiros se envolvem com ações de cunho administrativo que são importantes para o tratamento do paciente e para as necessidades da empresa, como também mostraram uma aproximação com as necessidades dos pacientes, ora reconhecendo essas necessidades, ora atendendo-as através da empatia, do acolhimento, da interação, da presença e do reconhecimento do sofrimento apresentado pelo paciente. Por fim, esses enfermeiros mostraram os sentimentos que os envolvem no convívio diário com o enfermo. Sentimentos apresentados como gratificação e satisfação profissional, em alguns momentos, e, em outros, como frustração e angústia. Vimos que todas essas ações favorecem um cuidado humano e que a partir da formação de laços e vínculos entre os profissionais e pacientes, o processo do cuidar passa a ser uma atitude recíproca, envolvente e afetiva.

FIG. 1: DESCREVENDO A VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO HUMANO NA UTI





CAPÍTULO 5

BUSCANDO COMPREENDER AS VIVÊNCIAS

"A verdadeira compaixão decorre da percepção do sofrimento dos outros. Nós nos sentimos responsáveis e desejamos fazer algo por eles".

Dalai Lama

5 BUSCANDO COMPREENDER AS VIVÊNCIAS

Chegamos ao final da descrição do fenômeno de cuidar na UTI, conforme relatado pelos enfermeiros deste estudo. Teceremos, agora, algumas discussões sobre os resultados, resgatando a literatura pertinente, no sentido de aprofundarmos conhecimentos do fenômeno desvelado.

Nesse estudo o primeiro enfoque do cuidado abordado pelos participantes se refere à questão do tratamento e cura do enfermo, visto que, para UTI são encaminhados pacientes graves, com risco de morte e que precisam ser imediatamente atendidos, tratados e ter seus problemas de saúde sanados.

Quando olhamos por este foco, compreendemos a grande responsabilidade que esses profissionais possuem ao lidarem com pacientes em estados críticos e os motivos que os levam a dar prioridade à cura do paciente. Barbosa (1999, p. 13) afirma que a UTI busca prover as necessidades biomédicas dos clientes através da observação e intervenção imediatas e contínuas, de modo a restaurar a saúde e prevenir complicações.

Espírito Santo (1985) assegura que as Unidades de Tratamento Intensivo se destinam ao tratamento ininterrupto, especializado e individualizado a pacientes com risco de morte. Beck (1999) acrescenta como um dos objetivos da UTI, a assistência de saúde para pacientes agudos ou crônicos com possibilidades de recuperação.

Percebemos que o cuidado desses profissionais se volta inicialmente para a técnica, para a doença, e para o físico. Essa é uma característica comumente encontrada entre os que trabalham em UTI e é fortalecida por fatores importantes: é um setor composto de pacientes graves, de tecnologia, e de profissionais com formação positivista alicerçado no modelo curativo de saúde, como apontam alguns autores.

Em estudo realizado, Barbosa (1999, p 118) enfatiza que:

[...] em função da gravidade e instabilidade das situações clínicas, uma quase única preocupação fundamental da enfermagem tem sido o cuidado com as necessidades físicas dos clientes.

O físico recebe maior prioridade como refere Wilkin, Slevin (2004) em trabalho realizado em Dublin, no Reino Unido, devido às condições instáveis dos pacientes que se encontram na UTI, freqüentemente, as necessidades físicas deles recebem maior prioridade.

Reiterando esse foco, Brito (2004, p 53) afirma que:

Essa situação ocorre com freqüência com os profissionais da UTI, que tendem a voltar a sua atenção para gravidade do paciente, os aparelhos que o cercam e os procedimentos a ser realizados.

E continua dizendo que, para os profissionais que atuam na UTI, o tempo é uma constante: os medicamentos têm seu tempo, os procedimentos devem ser realizados rapidamente e com eficácia, condutas devem ser tomadas e modificadas no tempo correto, ou seja, tempo é vida, e os profissionais lidam com isso todo dia. Ainda citando o mesmo autor, ele acrescenta que diante dessa situação os profissionais tendem a voltar sua atenção para a gravidade do paciente, os aparelhos existentes e os procedimentos a ser realizados.

Esse é um aspecto de grande relevância, visto que todo ser humano mantém uma busca incessante por manter-se vivo, e, quando internado na UTI, em estado crítico, isso se torna uma perspectiva muito grande para o paciente, posto que aquela situação de “emergência vem sempre acompanhada da idéia de fracasso do corpo, da relação com Deus e com os homens” (PITTA, 1991, p. 27).

Waldow (2005), ao realizar trabalho com pacientes e familiares, pôde perceber que, ao serem cuidados de forma competente e amável, se mostram seguros, pelo tratamento carinhoso bem como pela tranqüilidade de estarem

sendo cuidados por profissionais habilitados. Isso reforça que os pacientes e familiares não querem apenas um tratamento carinhoso, mas, a confiança de estarem sendo cuidados por profissionais habilitados e experientes.

Os enfermeiros dessa pesquisa mostraram-se preocupados em levar a cura aos pacientes. Isso nos chamou a atenção, e a refletir sobre a que finalidade a enfermagem se propõe. De acordo com Waldow (2001, p. 129) o processo de cuidar ocorre independentemente da cura. É intencional e seus objetivos são vários, dependendo do momento, da situação e da experiência, e , como é um processo, não há preocupação com o fim. Para essa mesma autora,

[...] a finalidade do cuidar na enfermagem é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer.

Isso não quer dizer que o cuidado não contemple a cura, mas, que não é sua prioridade.

A autora, anteriormente citada, diz ainda:

[...] a cura, evidentemente é almejada, mas nem sempre possível, e, quando não alcançada, mais ainda, deveriam importar as ações de cuidar, o seu processo e a presença do profissional como ser humano competente e sensível (WALDOW, 2005, p. 13).

Atualmente, esse processo de onipotência e controle sobre a prorrogação da vida e adiamento da morte intensifica-se. Os avanços científicos permitem hoje, novas formas de tratamento. E isso, de certo modo vai afastando o homem de refletir sobre a dimensão existencial do processo vida-morte.

Por isso, a procura pela diferenciação do cuidar, não apenas no sentido da técnica, mas sim no esforço de superar o modelo biomédico vigente passa a ser imperativo. Buscando um assistir com a intenção de superar a técnica nele contida, e voltando o olhar para aspectos expressivos que no cotidiano do

cuidar, têm sido pouco considerados (BARBOSA, 1999).

Dando seguimento à discussão do fenômeno, percebemos o envolvimento dos enfermeiros deste estudo com a supervisão da assistência de enfermagem, com as ações gerenciais e administrativas, assim como, com as atividades burocráticas do setor.

A enfermagem é representada por um grupo de profissionais, dentre eles os auxiliares e técnicos de enfermagem, além do enfermeiro. Como é essa equipe que assiste ao paciente diretamente nas 24 horas do dia, parte das necessidades daí decorrentes é cobrada da enfermagem, sendo que muitas delas são assumidas pelo enfermeiro como parte de sua função (PIRES, 1998).

Segundo Pires (1998, p.189), os enfermeiros assumem essas ações, visto que, “eles são cobrados pelos médicos, pelos pacientes, pelos familiares e pela administração”.

Sabemos que a supervisão da assistência de enfermagem é uma das atribuições legais do enfermeiro, assim como as atividades administrativas (Lei nº 7498 de 25 de junho 1986). No entanto, é preciso que o enfermeiro tenha essa função definida dentro da instituição. Essa pesquisa foi realizada com enfermeiros responsáveis pelos cuidados diretos aos pacientes, e, por assim serem, não estariam diretamente atribuídos com as atividades administrativas do setor, nem tampouco com atividades burocráticas. Mas, nessa realidade, o enfermeiro assistencial é também o responsável pela supervisão e administração do setor.

Em relação à utilização do tempo de trabalho o estudo de Lunard, Filho Lunard e Borba (1994) demonstrou que o enfermeiro dedica 42,92% do seu tempo a atividades administrativas; 17,65% a atividades assistenciais e 39,43 a atividades não específicas, ou seja, atividades que não são obrigatoriamente do enfermeiro.

É notório que ao assumir ações administrativas e burocráticas, esses enfermeiros estarão se afastando do seu foco principal que é o cuidado direto do paciente como alguns destes profissionais afirmaram. Porém, muitas vezes eles estão procurando resolver situações em benefício desses pacientes, ou

seja, marcando exames, contactando com outros profissionais para darem parecer ou realizar procedimentos que não são feitos pelo médico plantonista, articulando com outros setores do hospital a agilidade com a entrega de medicamentos, hemocomponentes, enxovais, dietas entre outros materiais.

Entendemos que as atividades administrativas e burocráticas são de suma importância para a prontidão e eficácia do atendimento ao paciente e para as exigências da empresa. Sendo assim, ao colocar a responsabilidade dessas atividades a cargo dos enfermeiros, a instituição tem a garantia de ter um profissional com capacidade técnica para atender suas necessidades.

Por outro lado, a cobrança por parte da instituição é marcante. Rever anotações feitas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem é importante para justificar os custos relativos a materiais e medicamentos utilizados pelos pacientes, como relatado pelos enfermeiros. Sabemos que nas instituições hospitalares, os convênios se destacam como a fonte mantenedora da instituição. Dessa forma, os enfermeiros se afastam do cuidado direto, e este passa a ser atribuído aos técnicos e auxiliares, ficando a cargo do enfermeiro outras ações conhecidas como cuidados indiretos ao paciente.

Para Silva (1986) a dicotomia entre cuidado direto e indireto teve origem na estratificação da equipe de enfermagem. A subdivisão do trabalho e a cientificação dos enfermeiros, favoreceram a indefinição de funções e a divisão entre trabalho intelectual e manual. Com isso, o cuidado direto ao enfermo fica praticamente restrito aos técnicos e auxiliares, cabendo ao enfermeiro fazer a supervisão da assistência.

A autora continua ressaltando que, além da supervisão da equipe de enfermagem, a administração e organização dos serviços de enfermagem estão estreitamente vinculados à economia interna das instituições de saúde e servem de manutenção à ordem social existente.

Essa situação requer uma clara definição de papéis, para que o enfermeiro possa atender satisfatoriamente à exigência que lhe é feita, ora pelos pacientes, ora pela empresa. Pois, do contrário, ele não terá tempo para prestar um cuidado direto ao paciente.

Silva (2002) afirma que, no tocante à assistência de enfermagem, faz-se necessário que os enfermeiros disponibilizem maior tempo do seu expediente de trabalho ao cuidado direto ao paciente, trabalhando com o objetivo de compreendê-lo enquanto ser humano e não somente enquanto ser doente.

Contudo, ao realizar o cuidado na UTI, os pesquisados, neste estudo, procuram associar ao componente físico, ou seja, ao tratamento e a cura, e ao cuidado indireto ao paciente, como as atividades de supervisão da assistência de enfermagem, administrativas e burocráticas, às ações voltadas para o ser humano, tentando reconhecer as necessidades do paciente e amenizar os malefícios que uma internação neste setor pode causar.

Na percepção desses participantes é importante observar os aspectos que transcendem o fisiológico, uma vez que as condições de doente afetam, sobremaneira, o íntimo da pessoa humana. O ser humano possui as dimensões psicológicas, emocionais e espirituais, aspectos inseparáveis que precisam ser reconhecidos por aqueles que cuidam.

Essas dimensões são alcançadas através das relações entre eles e os pacientes nas suas intenções de cuidar, surgidas espontaneamente no íntimo dos enfermeiros. Para Zinn, (2004) as relações sociais entre os seres humanos, são influenciadas diretamente pelas nossas intenções, de forma que a conduzimos a partir do significado do viver de cada um de nós.

No nosso estudo, essas relações acontecem a partir da **empatia**, do **acolhimento** ao paciente e à família, da **interação** e da **presença**. Vimos também, o envolvimento desses enfermeiros com o ser doente a fim de compreender a dor e o **sofrimento** vivido por ele, procurando encontrar formas de amenizá-los.

Wilkin e Slevin (2004) em seu estudo encontraram a **empatia** como uma maneira de ser da enfermeira com o paciente, onde ela se põe no lugar dele e tenta conhecer as suas necessidades.

Portanto, é através de relações empáticas que esses enfermeiros explicam tentar compreender emocionalmente o paciente, procurando apreen-

der e sentir o que ele sente. Aí se estabelece o encontro, onde há alguém para atender e alguém para ser atendido.

Indo além da área da enfermagem, na perspectiva de entender essa relação empática, nos remetemos ao conceito de Buber (2004) sobre a relação Eu -Tu e Eu - Isso, e a intersubjetividade que acontece no encontro. Para este autor a relação imediata implica numa ação sobre o que se está face-a-face. O face-a-face se realiza através do encontro; penetrando no mundo das coisas para continuar atuando indefinidamente, para tornar-se incessantemente um Isso, mas também para tornar-se novamente um Tu irradiando felicidade e calor. Ao refletirmos sobre o cuidado com base numa relação dessa natureza na enfermagem, compreendemos a relação de encontro que deve existir entre o enfermeiro e o paciente na UTI, na qual, o paciente se torna um Tu na relação, já que ele é um ser humano, e na sua complexidade de humano, desempenha papéis importantes e decisórios sobre si mesmo.

Os participantes falaram ainda da importância das ações que acolhem tanto o paciente quanto a família, como um meio de aproximação entre eles.

Ao falar dessas ações, esses enfermeiros reconheceram a importância da informação e orientação, da escuta, do diálogo, do conforto que o paciente necessita, além do respeito às particularidades e à individualidade dos mesmos, como forma de acolher. Percebemos aí a importância da comunicação como um facilitador desse processo. Esse **acolhimento** se estende ao atendimento à família do enfermo. Enfatizam que ao acolher os pacientes, eles passam a conhecê-los melhor e ajudá-los a se sentir mais tranquilos e confiantes.

Em trabalho realizado com enfermeiras, Waldow (2005) refere que várias delas se sentiram satisfeitas por se envolverem com os pacientes e seus familiares, ouvindo, conversando e dando uma atenção mais completa.

Mesmo sendo pouco explorado no mundo hospitalar, o **acolhimento** se apresenta como atributo do cuidar, cuidar ajudando, ouvindo, respeitando e, informando. Nesse ambiente a possibilidade de encontros acontece continuamente, sendo que, na maioria das vezes, são em momentos desagra-

dáveis para o paciente que precisa de ajuda. Nesse caso é importante que o profissional que ajuda, possa demonstrar interesse e disponibilidade para ajudar o outro que, por seu estado mórbido, encontra-se fragilizado.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, (SÃO PAULO, 2002) o acolhimento é a arte de interagir, construir algo em comum, descobrir nossa humanidade mais profunda na relação com os outros e com o mundo natural. Nessa mesma linha de pensamento, Boff (2005) afirma que acolher é aceitar o outro sem preconceitos, vivenciando suas subjetividades, escutando e respeitando a individualidade. Acrescenta ainda o diálogo, como condição preponderante para a reciprocidade e interação, condição de co-existência e interdependência que caracteriza sobremaneira o ser humano desde a primitividade.

Quanto a sua operacionalidade, Teixeira (2005) se refere ao acolhimento como um acolhimento dialogado, ou seja, uma técnica de conversa, passível de ser operada por todos os profissionais, em qualquer encontro. Esse acolhimento corresponde àquele componente das conversas que se dão nos serviços, em que identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem vir a ser satisfeitas. O acolhimento dialogado se orienta pela busca de conhecer profundamente e satisfazer as necessidades do outro. Ressaltando que nossas necessidades não são sempre transparentes e jamais estão definidas, mas, são objeto de um interminável debate, de uma experimentação continuada, em que o que se discute e se refaz é a nossa própria humanidade.

Adentrando nas relações junto ao paciente, encontramos outro elemento do fenômeno, a **interação**, como uma ação recíproca entre o paciente e o enfermeiro. Entendemos que na interação há uma troca entre um e outro, uma resposta de um ao outro, evidenciando que a interação não pode ser meio, mas sim, o resultante de uma ação harmônica.

King (*apud* GEORGE, 1993), em sua teoria, define **interação** como os comportamentos observáveis de duas ou mais pessoas, em presença mútua. Para essa autora a interação se caracteriza por valores, pelas relações huma-

nas, pela reciprocidade e pela comunicação. Acrescenta que, na **interação**, a comunicação se apresenta como o componente de informação e que acontece através da língua falada ou escrita havendo transmissão de idéias entre as pessoas, como também através do tato, que é tido como um aspecto relevante dentro desse processo, além da distância que mantemos do outro, da postura, da expressão facial da aparência física e dos movimentos do nosso corpo.

As atividades de enfermagem colocam enfermeiros e pacientes face-a-face, numa proximidade que favorece a comunicação e o toque. Contudo, essa situação por si mesma não assegura a intersubjetividade necessária para a interação. As pessoas precisam estar dispostas a se relacionar interiormente umas com as outras para que a relação pessoa-pessoa aconteça num clima de reciprocidade.

Essa proximidade intencional foi expressa pelos enfermeiros neste estudo, pois referem procurar um contato mais próximo com o paciente, onde eles possam cuidar ajudando, tocando, fazendo um afago, um carinho, se doando. O toque foi visto por esses enfermeiros, não apenas durante o procedimento junto ao paciente, mas, como uma forma de demonstrar e passar segurança para o ele de forma intencional. Falaram inclusive que eles precisam deixar o preconceito de tocar o enfermo, e acrescentam que eles gostam de ser tocados e passam a se comunicar mais com os profissionais.

Em trabalho realizado em uma UTI, as autoras se referem ao toque dizendo que: “O toque é intencional e satisfaz a inúmeras necessidades que o paciente vivencia durante seu internamento em UTI” (SINSEM; CROSSETTI, 2004, p. 237).

Waldow (2005) se refere ao toque na relação de cuidado, não apenas como uma palpação ou manipulação. O toque afirma a subjetividade do corpo e representa uma expressão de participação do profissional na experiência do paciente, favorecendo um cuidado humanizado.

Outra preocupação desses enfermeiros foi a sua **presença** junto ao paciente. Na percepção deles, a presença se dá em vários momentos e de diversas formas. Desde quando ele vai realizar um procedimento ou atender a

um chamado, até o momento que essa presença transcende o atendimento ao físico e alcança a subjetividade do outro. Nesse momento, os enfermeiros se envolvem com o paciente atendendo necessidades que não são explícitas, como no caso dos sedados ou em coma, mas, são percebidas a partir do momento que se dispõem a cuidar do outro de uma forma holística. A presença junto ao paciente parece ser indescritível, apenas vivida.

Em pesquisa com enfermeiras, Wilkin e Slevin (2004) encontraram a presença como o ato de estar com o paciente, não se preocupando com os equipamentos existentes ao redor, mas, com o paciente como um todo, nas suas necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais e culturais.

De acordo com Buber (2004), o face-a-face acontece através do encontro, em uma dimensão de totalidade, penetrando no mundo das coisas para tornar-se um Isso, mas também, tornando-se novamente um Tu transformado, irradiante.

Paterson e Zderad (1979) afirmam que a presença acontece como diálogo genuíno, ou seja, como uma forma particular de relação intersubjetiva, no qual um indivíduo distinto e único entra em relação com o outro.

Ao se envolver subjetivamente com o outro, o enfermeiro passa a conhecer a pessoa na sua singularidade. E isso o leva a sensibilidade de reconhecer o sofrimento vivido pelo ser doente.

Os participantes do estudo também se preocupam com o **sofrimento** dos enfermos visto que é um sentimento muito subjetivo e muitas vezes não são expressos pelos pacientes. Afirmam reconhecer que a pessoa está sofrendo pelas expressões faciais, corporais e principalmente pelo olhar. O sofrimento é vivido por todas as pessoas em algum momento da vida e quando se está doente, ele assume uma dimensão muito maior decorrente do medo e da insegurança do momento. Ao perceber o **sofrimento** do paciente, os enfermeiros cuidam buscando maneiras de amenizá-lo.

A pesquisa realizada por Baggio (2006) revelou que os profissionais de enfermagem, dentre eles os enfermeiros, ao cuidar, possuem a intenção de ali-

viar o sofrimento do ser humano que está sob seus cuidados, mantendo sua dignidade e seus direitos de cidadão nos momentos de fragilidade e sofrimento.

O **sofrimento** é algo muito subjetivo, pode ter inúmeros fatores causais e está bastante ligado aos valores pessoais de cada ser humano. Cada pessoa atribui significados diferentes a esse sentimento, sendo condição importante para o seu enfrentamento. Quando o sofrimento acontece na presença das doenças, podem desencadear uma gama de sentimentos como: angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça a sua integridade, podendo levar, por vezes, a perda do sentido de viver.

O sofrimento vai além da dimensão física e em algumas situações pode desencadear sofrimento psíquico, principalmente naqueles que se encontram em UTI, onde geralmente o medo da morte faz brotar sentimentos de perda, da esperança e de sonhos. Ele se estende à dimensão social de forma significativa com o isolamento vivido na UTI e a perda do papel social familiar que influenciam esse sentimento. Mesmo sendo pouco valorizado pela sociedade, o sofrimento espiritual também existe e precisa ser levado em consideração (PESSINI, 2004).

Ainda citando Pessini (2004, p. 29), percebemos a magnitude que esse sentimento representa para o ser humano quando afirma que devemos considerar o ser humano numa visão holística, multi, inter e transdisciplinar. E acrescenta que: “Ser gente é possuir corpo, é ter um psiquismo e coração, é conviver com os outros, cultivar uma esperança e crescer na perspectiva de fé em valores humanos”.

Finalizando a discussão do reconhecimento das necessidades dos pacientes, onde as relações interpessoais foram enfatizadas, podemos perceber a formação de laços surgidos no convívio diário entre pacientes e os profissionais deste estudo, entendendo que é um desafio se manter relações saudáveis num ambiente de trabalho como a UTI. E isso nos leva a Buber (2004) quando afirma que, se o estado agrupa cidadãos estranhos uns aos outros, sem favorecer uma vivência com o outro, deve substituir isso por uma

comunidade de amor, através da presença de espírito, alegria, respeito e dedicação de maneira satisfatória.

O cuidado, portanto, revela-se por preocupação, pelo carinho, pelo envolvimento, e pela atenção de um para com o outro.

Ao adentrarmos, a partir deste momento, na expressividade dos sentimentos desses enfermeiros, procurando compreender os sentimentos que os invadem e a situação de conflito que eles se encontram, os participantes mostraram-se gratificados por ajudarem ao próximo num momento difícil e por estarem realizados na sua profissão, mas os sentimentos de frustração e angústia também os envolvem .

Bison (2003) constatou nos enfermeiros do seu estudo, que seus sentimentos são componentes da representação do significado do cuidado, não pairando dúvida sobre sua incorporação nas suas atitudes de cuidar.

Os participantes desse estudo sentem-se gratificados em estar próximo ao paciente, em cuidar, em prestar uma assistência direta, em se envolver, em ajudar na melhora dele, em atender as necessidades, como também em realizar alguns desejos por eles expostos. Acrescentaram que tudo isso deve ser feito com amor, pois do contrário não valeria a pena continuar na profissão.

Para Souza (2003), o ser humano se vê compensado quando responde a um desafio com criatividade e sente orgulho em fazer algo e ajudar aqueles que precisam. Para a pessoa mostrar um bom desempenho não bastam incentivos materiais, é preciso que tenha amor por aquilo que faz.

Em sua pesquisa, Simsen e Crossetti (2004) mostraram que os enfermeiros se sentem satisfeitos e realizados com a boa evolução dos doentes, pois acreditam nas suas ações de cuidado, e que o envolvimento deles com os pacientes são ingredientes indispensáveis à humanização do cuidar.

Parece ser essa a forma que os profissionais encontram para tornar seu cuidado humano, pois, como afirma Waldow (2001, p. 144),

O cuidado é interativo e promove crescimento. Ajudar o paciente a crescer envolve ajudá-lo a enfrentar momentos difíceis, mantendo-se presente e solidário, e auxiliando-o a extrair significado da experiência vivida. O cuidado auxilia na cura, acelerando-o e tornando-o menos traumático.

Conforme Forghieri (2004, p. 28), na nossa cotidianidade, podemos evidenciar o quanto estamos implicados no mundo. Para saber quem somos precisamos saber onde estamos, pois a identidade de cada um de nós está implicada nos acontecimentos que vivenciamos no mundo. Para essa autora, ser-no-mundo é uma estrutura originária e sempre total, não podendo ser decomposta, mas visualizada e descrita. É desse modo que podemos considerar os vários aspectos do mundo e as diferentes maneiras do homem nele existir.

Quando dizemos ser-no-mundo, significa um co-existir, ou seja, uma forma de estar presente e de nos relacionarmos com os outros.

Uma determinação básica de ser-no-mundo-com-outros é o cuidado. E o cuidado é visto como atitude de solicitude, de atenção e de dedicação pelo outro, e de inquietação por ele. A pessoa que cuida sente-se afetada e afetivamente ligada ao outro (HEIDEGGER, 1999).

É importante observamos que os participantes desse estudo se mostraram realizados com o seu agir profissional. Mas, algo que nos chamou a atenção, foi o fato deles relacionarem seu êxito profissional ao cumprimento de uma “missão”.

Missão, segundo Houaiss (2001, p.1934) é “incumbência que alguém deve executar a pedido ou por ordem de outrem, dever a cumprir; obrigação”. Entendendo missão a partir dessa definição, procuramos compreender a qual missão o grupo estudado se refere. Quem determina essa missão? De onde ela vem? Parece ser algo divino.

Para eles, essa “missão” parece estar implícita na enfermagem. Voltamos um pouco na história da enfermagem para tentarmos compreender a origem dessa visão e a sua repercussão nos tempos de hoje.

Desde a sua origem, a enfermagem era exercida por religiosos ou voluntários, passando a significar para os brasileiros, abnegação, obediência e dedicação. Isso deixou marcas profundas na profissão, pois até hoje o enfermeiro precisa ser disciplinado e obediente (GERMANO, 1985). A mesma autora fala que o ensino da enfermagem se caracteriza pelo conservadorismo e submissão, além do marcante espírito de religiosidade que permeia a prática desses profissionais. Isso influencia negativamente a profissão, mantendo-a também, num nível de submissão e cumplicidade com o poder hegemônico. (GERMANO, 1993).

Dessa forma, entendemos que esse sentimento de “missão” expresso por esses enfermeiros seja resquício da própria história da enfermagem.

Esses profissionais também deparam-se com situações que os levam à frustração, e à angústia. A impossibilidade de estar junto ao paciente, de cuidar dele, foi considerada pelos participantes como um dos motivos que os levam à frustração e os deixam com a sensação de estar perdendo seu espaço. Outro fator causador desses sentimentos é a grande diversidade de tarefas a serem realizadas por eles, e a falta de reconhecimento do enfermeiro por parte do paciente e de familiares.

Menzani (2004) assegura que o enfermeiro poderia dedicar maior parte de seu tempo cuidando do paciente. No entanto, ele está demasiadamente envolvido em atividades burocráticas não relacionadas à assistência. Na realidade, ele realiza uma administração que mais facilita o trabalho dos outros profissionais do que suas próprias atribuições. Em contrapartida ao agir assim, o enfermeiro permite lacunas e vazios na sua atuação. Pois para poderem incorporar as novas atividades, eles acabam delegando funções que gostariam de desenvolver, o que acaba gerando conflito.

Por outro lado, a angústia sofrida pelos participantes se dá em virtude de situações limítrofes vivenciadas na UTI. Desde a finitude de alguns enfermos, como momentos de sofrimento, de dúvidas e incertezas que freqüentemente estão presentes nesse ambiente, como também por não conseguirem atender

a todas as necessidades do paciente, tendo em vista as normas e rígidas rotinas que caracterizam a UTI.

Lucena e Crossetti (2004) afirmam que a enfermagem da UTI convive constantemente com a perda de pacientes, isso leva os enfermeiros ao sofrimento e à frustração. Por um lado, esse sentimento se apodera deles quando se dedicam e desprendem um grande esforço, mas, não conseguem manter o paciente vivo. Como também, se sentem angustiados quando vêem doentes sendo mantidos vivos a custo de aparelhos, mas sem condições de devolver a capacidade do ser humano viver com qualidade.

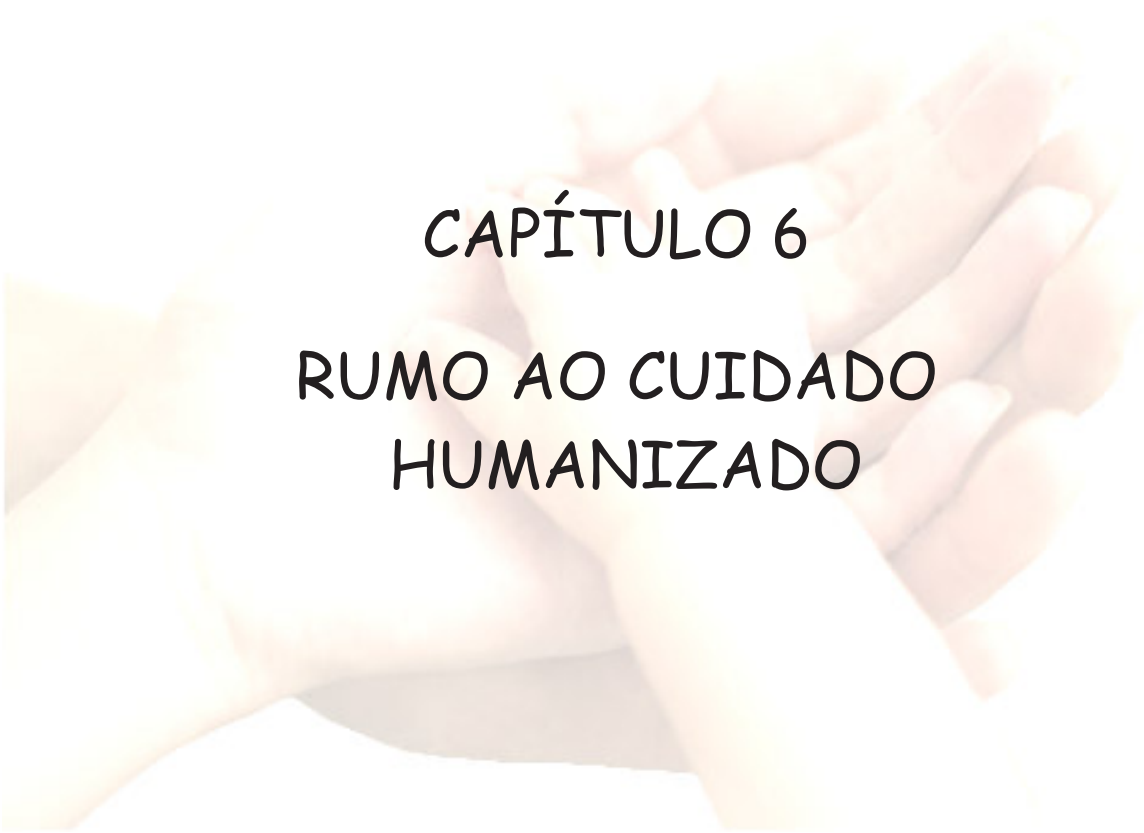
Observamos que esses participantes se sentem angustiados com a qualidade de vida dos pacientes e com a iminência da morte dos que se encontram em estágio avançado da doença. Sabemos que a doença, o sofrimento e a morte é algo indesejável para qualquer pessoa. No entanto, o cuidado acontece desde o momento que nascemos até algumas horas após a morte. Entendemos que, ao cuidarem do outro durante a sua internação, o enfermeiro está contribuindo enormemente para o conforto, amenizando a dor e o sofrimento daquele ente que aguarda o seu momento de partida.

Assim como o cuidado, a morte faz parte da vida humana. Porém, o ser humano ao cuidar do outro, tem a intenção de preservar a vida desse ser. Vivenciar a morte é uma situação difícil para qualquer ser humano. O enfermeiro, pela sua profissão, vê-se convivendo com essa situação com uma certa freqüência. E isso o leva a viver uma dualidade. Estar presente nessas situações, se envolver, mas, ter maturidade e preparo suficiente para manter-se em equilíbrio. A morte de um paciente traz para o profissional a certeza do limite que ele possui diante da finitude.

No ponto de vista de Heidegger (1997, p. 33), “a angústia com a morte é angústia com o poder-ser mais próprio, irremissível e insuportável. O próprio ser-no-mundo é aquilo com que ela se angustia”.

Diante de tudo o que foi discutido, percebemos que esses participantes têm-se preocupado não só com o cuidado físico, mas em associá-lo às necessidades humanísticas do paciente, mesmo que a humanização não este-

ja ainda efetivamente incorporada na prática desses profissionais. Podemos perceber também que eles vêm procurando pôr em prática os novos conceitos que norteiam um cuidar humanizado, incorporando à sua cotidianidade, ações que favoreçam a aproximação e a compreensão da pessoa doente. Os profissionais mostram-se dispostos a se relacionar de forma humanizada, visto que o paciente espera ser contemplado não só na esfera física, mas, nos aspectos psicológicos, sociais, culturais e espirituais.



CAPÍTULO 6
RUMO AO CUIDADO
HUMANIZADO

"O afeto e a inteligência curam as feridas da alma, reescrevem as páginas fechadas do inconsciente".

Augusto Cury

6 RUMO AO CUIDADO HUMANIZADO

Procuramos com este trabalho compreender a vivência desses enfermeiros com o cuidado humano na UTI. Ao realizarmos a descrição do fenômeno experienciado pelos participantes desta pesquisa, faz-se necessário voltar ao início do estudo de onde surgiu nossa inquietação para, novamente, nos orientar sobre as questões norteadoras que foram: Qual a estrutura do cuidado humano vivenciado pelo enfermeiro na UTI? e qual o significado do cuidado humano para o enfermeiro que desempenha suas atividades profissionais na UTI?

Neste momento, podemos compartilhar descrevendo o que foi para nós esta experiência de aproximação para compreendermos, na percepção dos profissionais, a dimensão humana da sua prática. Mesmo estando dividindo com eles o espaço de trabalho como enfermeira, como pesquisadora foi uma experiência nova que nos levou a ver as coisas sob outro ângulo.

A fenomenologia, como metodologia, levou-nos a explorar uma experiência de pesquisa voltada para a subjetividade da experiência humana, e ao mesmo tempo colocou-nos uma nova orientação diante da formação positivista que tivemos.

Na busca de conhecermos a estrutura do fenômeno vivenciado por esses enfermeiros na UTI, vimos delineando cuidadosamente todos os sentidos apreendidos no decorrer das falas dos entrevistados. Podemos dizer que os profissionais focalizaram seu olhar no lado técnico e científico da coisa em si, associando a essa técnica, a supervisão de enfermagem, as atividades administrativas, gerenciais e burocráticas, como também o envolvimento com os aspectos psíquicos, espirituais e emocionais do ser humano e os sentimentos que afloram no íntimo desses enfermeiros nessa convivência que muitas vezes é permeada por intenso sofrimento.

Inicialmente, quando começamos a transcrever e ler os depoimentos fomos percebendo a ênfase que os participantes davam ao aspecto bio-fisiológico do paciente. Ver um paciente acometido de uma doença grave, ou em uma situação de emergência leva o enfermeiro a esforçar-se em contem-

plá-lo em suas perspectivas e cuidar em primeira instância, procurando reverter ou amenizar os riscos a que eles estão expostos. Quando um paciente é encaminhado a UTI, está vivendo um momento onde sua saúde encontra-se abalada. E, geralmente, o que se espera da UTI, é que ela consiga unir a tecnologia com a habilidade técnica dos profissionais em prol da permanência da vida do ser humano. Assim, pudemos perceber que as ações dos enfermeiros direcionam-se ao atendimento das necessidades manifestadas pelos pacientes, revelando haver uma confluência de motivos entre eles.

Adentrando na percepção desses enfermeiros sobre o seu cuidado, vimos que eles se encontram num emaranhado muito complexo. Atender ao paciente em uma situação crítica requer empenho e envolvimento. Assim, esse profissional que, desde a sua formação, traz como atribuição a supervisão da equipe de enfermagem e administração da assistência, nesse momento, a fim de agilizar e propiciar a eficácia do tratamento ao paciente passa a desenvolver, também, tarefas que não são suas, mas são imprescindíveis para a pessoa doente e para a instituição. No nosso pensar, essa situação é bastante conflitante, pois podemos achar que estamos fazendo algo que poderia ter sido feito por outra pessoa, mas se deixarmos de fazer o paciente poderá sair prejudicado, levando-nos a questionar o nosso compromisso com o ser humano e se estamos sendo humanos com o ser doente.

Soa paradoxal falar em um cuidado humanizado, quando esse cuidado é praticado por seres humanos e para seres humanos. Contudo é indubitável, pois a humanização vai além da técnica e do saber científico. A humanização envolve perceber que a pessoa doente é especial, fragilizada, carente e, por vezes, insegura, necessitando que os cuidados que lhe são dispensados alcancem o seu existir.

Resgatar a humanização no contexto da UTI se torna, pois, um desafio para esses enfermeiros. A vivência diária somada a sua bagagem de conhecimento vai levando o enfermeiro a compreender o paciente e a se mostrar acessível às várias formas de comunicação que ele possa apresentar. Compreendemos a comunicação como o pilar de todas as relações que envol-

vem pacientes e enfermeiros na UTI, mas que, para isso, ambos precisam ter a sensibilidade de reconhecer e valorizar cada minuto que passam juntos, se envolvendo e favorecendo a efetivação de vínculos imprescindíveis à humanização.

Apreendemos ainda, no caminhar das investigações, não ser apenas o paciente a encontrar-se em situações frágeis. Esses enfermeiros, também se encontram em situações desagradáveis e de sofrimento, levando-os a vivenciarem sentimentos ambíguos no seu cotidiano, mesmo sabendo que contradições e ambigüidades são naturais e estarão sempre presentes num mundo que se revela essencialmente para o humano.

Da mesma forma, vimos, no desvelar da vivência desses profissionais, que no seu fazer, estão implícitas emoções que permeiam todas as suas ações, desvelando as suas preocupações, dificuldades e frustrações em alcançar um cuidado que consiga vislumbrar o paciente no seu modo peculiar de ser. Ou seja, na tentativa de resgatar o cuidado humano na sua plenitude, contemplando o paciente em toda sua grandeza e complexidade.

Compreendemos que a vivência desses enfermeiros com o cuidado humano na UTI é um processo em andamento e esforços vêm sendo efetivados na busca dessa conquista. E que se desejarmos humanizar, precisamos aprofundar nossos conhecimentos acerca dos desejos, angústias, fantasias e sentimentos experienciados pelo paciente, nesse momento particular de sua existência.

Antes de chegarmos ao final dessa etapa, gostaríamos de voltar à situação contraditória que nos levou a realizar esta pesquisa, ou seja, aqueles momentos nos quais percebíamos ações pouco humanas dos enfermeiros em relação aos pacientes e outros, nos quais eles se mostravam felizes e satisfeitos ao ver um paciente saindo de alta da UTI, sorrindo e agradecendo. Depois de tudo o que vimos no desvelar do fenômeno, entendemos que esse paradoxo poderá deixar de existir, a partir do momento em que esses profissionais, conscientemente assumam, ao que se dispuseram a fazer no momento em que optaram ter como profissão cuidar do ser doente.

Em toda trajetória descrita neste trabalho, em busca do desvelamento da essência do cuidado humano na UTI, não tivemos a pretensão de elaborar conclusões acerca da percepção e da vivência desses profissionais, que nos ajudaram a compreender o fenômeno que nos inquietava, mas desvelar peculiaridades de suas experiências do cuidado humano.

Segundo Lopez (2004), Husserl acreditou que a informação subjetiva deve ser importante para os que procuram compreender a motivação humana, e que as ações humanas são influenciadas pelo que as pessoas percebem da sua realidade. Sendo assim, não pretendemos generalizar a experiência vivida por esses enfermeiros, mesmo acreditando que os relatos expressaram conscientemente as experiências vivenciadas por eles. No entanto, não podemos abonar totalmente essa possibilidade, visto que os resultados obtidos podem ser transpostos para uma parcela definida de enfermeiros, que possuam semelhanças com o grupo estudado (MOREIRA, 2002).

Lopez (2004) corrobora esse pensamento quando diz que existem características em toda experiência vivida comuns a todas as pessoas que têm a experiência. Dessa forma, acreditamos que a estrutura do cuidado humano evidenciada nesse estudo possa ser, de certa forma, generalizável a outros enfermeiros que vivenciam sua cotidianidade no enfrentamento de situações semelhantes no contexto da UTI. Resta a estes explorar a consciência do fenômeno no seu contexto.

Outro fato que nos leva a acreditar nessa possibilidade, é a existência de outras pesquisas, que abordam o significado do cuidar para os enfermeiros na UTI, como a de Wilkin e Slevin (2004) e a de Simsen e Crossetti (2004). Neles, podemos encontrar elementos semelhantes ao presente estudo, como por exemplo, o enfoque na manutenção da vida, o envolvimento dos enfermeiros com atividades administrativas como também, o enfoque nas necessidades dos pacientes, e ainda, os sentimentos expressos pelos enfermeiros ao vivenciarem o cuidado.

Enfim, descrevemos como o fenômeno em estudo se estrutura na percepção desses enfermeiros. Podemos dizer que o cuidado humanizado possui forma no interior de cada um, e que eles procuram dentro das suas limi-

tações desenvolver um cuidado voltado para o paciente como um todo, mesmo tendo consciência da complexidade que envolve o cuidado humano. No entanto, mesmo tendo consciência da importância e necessidade de desenvolver um cuidado que englobe os aspectos biológicos, psicológicos, emocionais e espirituais do enfermo, percebemos a existência de uma lacuna impedindo-os de alcançar o ser humano na sua totalidade.

Na nossa compreensão, três pontos merecem ser discutidos e favorecem a manutenção dessa prática. O primeiro deles é o modelo de saúde biologicista até hoje marcante e determinante da nossa maneira de cuidar, pois não favorece o resgate do humano e mantém o forte apelo ao individualismo e competitividade. O segundo é a formação recebida por nós durante os anos de graduação. Reconhecemos que a formação profissional do enfermeiro, para dar conta de uma prática que é tão complexa, não se completa na graduação, todavia a educação universitária pode construir com os enfermeiros uma compreensão de que a própria prática pode ser o ambiente comum para desenvolver os conhecimentos técnicos, humano, ético e social. E o último ponto se refere à falta de uma política interna nas instituições hospitalares que valorize, estimule e assuma como prioridade um cuidado humanizado.

Como diz Boff (2004), o cuidado se torna um fenômeno na nossa consciência, se mostra na nossa experiência e se molda na nossa prática. Nesse sentido não se trata de pensar e falar sobre o cuidado como objeto independente de nós. Mas de pensar e falar a partir do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Somos cuidado, ou seja, cuidado é um modo de ser do homem e da mulher. E ainda, sem o cuidado o amor não acontece. Então, para cuidarmos precisamos amar, e para amarmos precisamos cuidar verdadeiramente.

Precisamos cuidar com as mãos dos idosos, tendo a habilidade, a sensibilidade e a maturidade tão peculiar daqueles que já aprenderam com as intempéries da vida a amar gratuitamente, mas, sobretudo com a delicadeza, a meiguice e suavidade do toque das mãos de uma criancinha que, na sua inocência, ama da forma mais sublime que existe, existindo.

Para cuidarmos de maneira humana, precisamos compartilhar, comover-nos, termos vontade de cuidar, de aliviar o sofrimento e caminhar junto com o outro construindo uma vida sinérgica e solidária. Boff (2001) afirma que a preocupação com a vida do outro é compaixão, e que isso implica numa relação de renúncia de poder sobre o outro. Algo que para ser alcançado requer atitudes de quem vive verdadeiramente o dom do amor.

Durante a realização desta pesquisa, por inúmeras vezes, nos encontramos refletindo sobre uma citação bíblica que se tornou bastante significativa à medida que nos colocávamos frente às adversidades e limitações da vida, sendo um estímulo para chegarmos a esta etapa. Ela fala do poder ilimitado do amor.

“Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, se não tiver amor, sou como o bronze que soa, ou como o címbalo que retine.

Mesmo que eu tivesse o dom da profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência; mesmo que tivesse toda fé, a ponto de transportar montanhas, se não tiver amor, não sou nada.

Ainda que distribuísse todos os meus bens em sustento dos pobres, e ainda que entregasse o meu corpo para ser queimado, se não tiver amor, de nada valeria!

O amor não busca os seus próprios interesses, não se irrita, não guarda rancor. Não se alegra com a injustiça, mas se rejubila com a verdade. Tudo desculpa, tudo crê, tudo espera, tudo suporta. O amor jamais acabará...”

I coríntios, 13,1- 8



REFERÊNCIAS

"Os grandes propósitos são sempre atravessados por diversos obstáculos e dificuldades".

Vicente de Paula

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549 - 560, 2005.

ARAÚJO, M. M. T. Você tem tempo para ser feliz? Reflexões sobre comunicação interpessoal e tempo sob a ótica humanista de Rogers. In: SILVA, Maria Júlia Paes (Org.). *Qual o tempo do cuidado: humanizando os cuidados de enfermagem*. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p.169-180.

BACKES, Stein Dirce; MARTINS, Darci; DELLAZZANA, Ana.Rosa. É possível humanizar o cuidado no CTI? In: COSTENARO, R. G. S. (Org.). *Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões*. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001. p. 35 – 52.

BAGGIO, Maria Aparecida. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 01, p. 09-16, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm>. Acesso em: 01 de nov. 2006.

BARBOSA, S. F. F. *A transcendência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos: a (RE) invenção possível*. Florianópolis: Nova Letra, 1999. 127 p.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Revista Saúde e Sociedade*, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BECK, C. L. C. Sofrimento e esperança – vivências com familiares internados em UTI. In: GONZALES, R. M. B.; BECK, C. L. C.; DENARDIN, M. L. *Cenários de cuidado: aplicações de teorias de enfermagem*. Santa Maria: Pallotti, 1999. p. 63-157.

BENINCÁ, Ciomara Ribeiro Silva. A Enfermagem da UTI diante da morte: um estudo fenomenológico. *Psico*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 385-399, jul./dez. 2002. Disponível: <<http://www.bireme.br/cgi-bin>>. Acesso em: 23 mar. 2006.

- BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). *Humanização e cuidados paliativos*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 87-100.
- BETTS, Jaime. *Considerações sobre o que é humano e humanizar*. Disponível em: <www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>. Acesso em: 12 jul. 2006.
- BIBLIA. Português. *Bíblia sagrada*. Tradução do centro bíblico católico. São Paulo: Editora Ave Maria, 1985. 1632p.
- BICUDO, M. A. V. *Fenomenologia confrontos e avanços*. São Paulo: Cortez Editora, 2000. 167 p.
- BISON, R. A. P. A percepção de cuidar entre estudantes e profissionais de enfermagem . 2003. 109 f. Tese (Doutorado) – Programa de pós- graduação em enfermagem Psiquiátrica, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2003.
- BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. 10. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. 199 p.
- BOFF, Leonardo. *Virtudes para um outro mundo possível, hospitalidade: direito e deveres de todos*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2005. 199 p.
- _____. *Princípio de compaixão e cuidado*. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 164 p.
- _____. *Crise: oportunidade de crescimento*. Campinas: Verus, 2002. 212p.
- BRASIL. Congresso. Senado. *Resolução nº 196, de 1996*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1997. 20p.
- BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa de 1988*. Brasília, 2003. 382 p.

BRASIL. Ministério da saúde. *Norma operacional básica – SUS 01/93*. Regulamenta as leis 8.080 de 19/19/1990 e a lei 8.142 de 28/12/1990

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *A “nova” lei do exercício profissional da enfermagem*. Brasília, 1987. p. 20 – 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa nacional de humanização da assistência hospitalar*. Brasília, 2000. 17p. (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: política nacional de humanização*. Brasília, 2004. 20 p.

BRITO, C.M. O tempo do enfermeiro com a família na unidade de terapia intensiva In: SILVA, Maria Júlia Paes (Org.). *Qual o tempo do cuidado: humanizando os cuidados de enfermagem*. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 51-59.

BUBER, Martin. *Eu e tu*. 8. ed. São Paulo: Centauro, 2004. 152 p.

CAPALBO, Creuza. Alternativas metodológicas da pesquisa. In: *SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM*, 3, Florianópolis, 1984. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 1984. p. 130-157.

CARVALHO, Anésia de Souza. *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991. 93p.

CHAVES, E. C. *Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno*. 1994. 163 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

COLAIZZI, P. F. Psychological Research as the phenomenologist views it. In: VALLE. R. S.; KING, M. *Existencial – phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press, 1978. p. 48 – 71.

DARTIGUES, André. *O que é Fenomenologia*. 3. ed. São Paulo: Editora Moraes, 1992. 174p.

DESLANDES, F. Suely. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 09, n. 01, 2004. p. 07 – 13.

ESPÍRITO-SANTO, T. S. M. *Segurança emocional como necessidade humana básica – através do enfermeiro junto ao cliente em unidade de terapia intensiva*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.38, n. ¾, p. 231-236, 1985.

FRANCO, M.C. *et al.* Construção epistemológica e cultural do cuidar em Enfermagem. In: SILVA, Yolanda Flores; FRANCO, Maria Celsa (Org.). *Saúde e doença: uma abordagem cultural da Enfermagem*. Florianópolis: Papa-livros, 1996. p. 27-52.

FORGUIERI, Y. C. *Psicologia Fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisas*. São Paulo: Pioneira Thompson, 2004. 81p.

GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338p.

GERMANO, R. M. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985. 118p.

_____. *A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil*. São Paulo: Cortez, 1993. 141p.

GIORGI, Amadeo. Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scan J Caring Sci*, San Francisco: Supplied by the library, 2000. p. 11-15.

GOMES, A. M. *Enfermagem na unidade de terapia intensiva*. 2. ed. São Paulo: EPU, 1988. 217 p.

GONSALVES, Elisa Pereira. *Conversas sobre iniciação à pesquisa científica*. 3. ed. Campinas: Alínea, 2003. 76p.

HAYASHI, A. A. M.; GISI, M. L. O cuidado de enfermagem no CTI: da ação - reflexão à conscientização. *Texto e contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 9, n. 2, 2000.

HEIDEGGER, Martin. *Ser e tempo*. 8. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999. 325p.

HUSSERL, E. A idéia da fenomenologia. Lisboa: Edições 70, 2000. 133p.

_____. *A filosofia como ciência do rigor*. Coimbra: Atlântida, 1965. 75 p.

_____. *Meditações cartesianas: introdução à fenomenologia*. São Paulo: Madras Editora, 2000. 173p.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. *Dicionário Houaiss de língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2922 p.

LOPEZ, K. A.; WILLIS, D. G. Descriptive versus interpretive phenomenology: their contributions to nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, v. 14. n. 5, p. 726 – 735, 2004.

LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. O significado do cuidado na unidade de terapia intensiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 232 – 255, ago. 2004.

LUNARDI, V. L.; FILHO LUNARDI, W. D.; BORBA, M. R. Como o enfermeiro utiliza seu tempo de trabalho numa unidade de internação. Brasília, *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 47, n.1, p. 7-14, mar./abr. 1994.

LYOTARD, Jean-François. *La Phénoménologie*. Paris: Universitaires de France, 1954. 126p.

MATSUDA, Laura Misue; SILVA, Neuza; TISOLIN, Ana Maria. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI - adulto. *Acta Scientiarum Health Sciences*, Maringá, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2003.

MARTIN, Leonard M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). *Humanização e cuidados paliativos*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 31-50.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2003. 110p.

_____. *Estudo sobre existencialismo, fenomenologia e educação*. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2006. 112p.

MENZANI, Grazielle. A sobrecarga de trabalho e a falta de tempo. In: SILVA, Maria Júlia Paes (Org.). *Qual o tempo do cuidado: humanizando os cuidados de enfermagem*. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p.151-157.

MEZOMO, João. C. *Hospital humanizado*. Fortaleza: Premium, 2001. 210 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 269 p.

MOREIRA, Daniel Augusto. *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002. 152 p.

NASCIMENTO, L. R. P.; MARTINS, J. J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação com o indivíduo hospitalizado e sua família. *Revista Nursing*, n. 29, p. 26-30, 2000.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 2, mar./abr. 2004.

PATERSON, J.G.; ZDERAD, L. T. *Enfermeria humanística*. México: Editorial Limusa, 1979.199p.

PAULI, M. C.; BOUSSO, R. S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 280-286, maio/jun. 2003.

PESSIN, Leo. Humanização da dor e sofrimentos humanos no contexto hospitalar. *Revista de Bioética e ética médica*, Brasília, v. 10, n. 2, p. 51-72, semestral, 2002.

_____. Humanização da dor e sofrimentos humanos na área de saúde. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). *Humanização e cuidados paliativos*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p.11-30 .

_____. BERTACHINI, Luciana (Orgs.). *Humanização e cuidados paliativos*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. 319 p.

PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998. 254 p.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 198

RUDIO, Franz Victor. *Introdução ao projeto científico de pesquisa científica*. Petrópolis (RJ): Vozes, 1986. 144 p.

SANTOS, C. R.; TOLEDO, N. N. Humanização em unidade de terapia intensiva. Paciente-equipe de Enfermagem-família. *Revista Nursing*, n. 17, p. 26-29, 1999.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. São Paulo, 2002. 130p.

SILVA, Maria Júlia Paes (Org.). *Qual o tempo do cuidado: humanizando os cuidados de enfermagem*. São Paulo: Edições Loyola, 2004. 180p

_____. *Humanização em unidade de terapia intensiva*. 2. ed. São Paulo: Ateneu, 2003.

_____. O papel da comunicação no papel da humanização da atenção a saúde. *Revista bioética*, Brasília, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.

SILVA, Graciette Borges. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986. 143p.

SIMSEN, C. D.; CROSSETTI, M. G. O. O significado do cuidado na UTI neonatal na visão de cuidadores em Enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 231-242, ago. 2004.

SOUZA, L. N. A.; PADILHA, M. I. C. S. A humanização da UTI – Um caminho em construção. *Texto e contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 324-335, maio/ago. 2000.

SOUZA, T. G.; MEDEIROS, B. M.; MEDEIROS, M. G. S. B. *Qualidade e humanização do atendimento em saúde*. Natal: Edufrn, 2004. 27p. (mimeo)

SOUZA, L. N. A. A interface da comunicação entre a enfermagem e os clientes de uma unidade de terapia intensiva. In: OLIVEIRA, M. M.; BRUGGEMANN, O. M. (Org.). *Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem*. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. p.176 - 213.

STEFANELLI, M. C. *Comunicação com o paciente: teoria e ensino*. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993. 198p.

TALENTO, B. Josepfine Paterson e Loretta T. Zederad. In: GEORGE, J. B. (Col.). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 238 p.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária a saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, jul./set. 2005.

TAVARES, C. M. M.; SILVA, J. P. V. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, 2004

.WALDOW, Vera Regina. *Cuidado Humano: o resgate necessário*. 3. ed. São Paulo: Sagra Luzzatto, 2001. 202 p.

_____. *O Cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*. 2. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2005. 237p.

WILKIN, K; SLEVIN, E. The meaning of caring to nurses: na investigation into the nature of caring work in na intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, v. 13, p. 50-59, 2004.

VILA, Vanessa Silva Carvalho; ROSSI, Lídia. Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Revista latino americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, mar./abr.2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 nov. 2004.

ZINN, G. R. O tempo em que se existe. In: SILVA, Maria Júlia Paes (Org.). *Qual o tempo do cuidado: humanizando os cuidados de enfermagem*. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p.124-130.

ZINN, G. R., SILVA, M. J. P., TELLES, S. C. R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* [periódico on line] 11(3), 2003. Disponível em <http://scielo.br> acesso em: 26 abr. 2004.



"Toda glória vem de ousar começar".

Eugene F. Ware

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA

VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO HUMANO NA UTI ADULTO

1 – INSTRUÇÕES SOBRE A ENTREVISTA

- 1- A entrevista levará o menor tempo necessário.
- 2- Com sua prévia autorização, gostaria de utilizar um gravador com a finalidade estritamente de captar todas as informações prestadas durante a entrevista, evitando interrupções e por possibilitar a transcrição fidedigna dos dados aqui coletados.
- 3- Responda com o máximo de informações possível e clareza as questões formuladas, ficando à vontade para quaisquer comentários e/ou esclarecimentos sobre as mesmas.
- 4- Se ocorrer algum imprevisto que impossibilite a continuidade da entrevista, retomaremos o mais breve possível, se assim o desejar.

2 – OBJETIVOS:

- Descrever a vivência do enfermeiro ao cuidar de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, na perspectiva do cuidado humano.
- Analisar a percepção do enfermeiro acerca do cuidado humano que ele presta ao paciente internado na UTI.

Data da entrevista: ____/____/____

Início: _____ horas término _____ horas.

3- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

- 1- Nome de fantasia:
- 2- Idade:
- 3- Estado civil:
- 4- Tempo de formado:
- 5- Tempo de trabalho em UTI:
- 6- Religião:
- 7- Se tem filhos:

QUESTÃO 1: Diga-me qual o seu entendimento do cuidado que você desenvolve junto ao paciente no seu dia-a-dia na UTI.

QUESTÃO 2: Quais aspectos você focaliza ao desenvolver esse cuidado?

QUESTÃO 3: Descreva para mim a sua experiência junto ao paciente no seu dia a dia na UTI.

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) enfermeiro (a) da Unidade de Terapia Intensiva,

O objetivo deste é solicitar o seu consentimento para participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado “ Vivência do enfermeiro no cuidado humano na Unidade de Terapia Intensiva adulto”, que tem como objetivo geral, compreender a experiência vivida pelo enfermeiro ao realizar o cuidado humano na UTI.

Esse projeto justifica-se pela necessidade de conhecer como o enfermeiro experiencia o cuidado humano na Unidade de Terapia Intensiva.

A coleta das informações será por meio de uma entrevista, o que será necessário com prévia autorização, o uso de um gravador, sendo importante para captar todas as informações de forma precisa, que será transcrita e mostrada ao enfermeiro(a), e após sua concordância quanto ao conteúdo e que utilizaremos no estudo.

Todos os procedimentos de coleta de dados durante a sua participação no projeto oferecerão, riscos mínimos à sua saúde e caso possa ocorrer será de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos, havendo o compromisso por parte da pesquisadora em manter sigilo e anonimato de sua participação.

Ressaltamos ainda que poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos e mesmo não havendo necessidade de ressarcimento, a pesquisadora se responsabiliza por possíveis custos solicitado por você, desde que fique comprovada legalmente sua necessidade.

Esta pesquisa terá a coordenação da Dr^a Bertha Cruz Enders, professora titular do Departamento de Enfermagem. Fone: 3215-3196. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o CEP-UFRN.

Desde já agradecemos a disponibilidade em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar, solicitamos a sua confirmação neste documento.

Atenciosamente,
Natal RN, ____/____ de 2006.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa Vivência do enfermeiro no cuidado humano na Unidade de Terapia Intensiva adulto.

Assinatura do informante

Assinatura do Pesquisador

Natal RN, ____/____ de 2006.

Bertha Cruz Enders (Coordenadora da Pesquisa)

Rua: Av. Salgado Filho, S/N
Lagoa Nova- Natal-RN

Cep: 59.071.970 Fone: (84)3215-3196

e-mail: bertha@ufrnet.br

Comitê de ética em pesquisa - UFRN

Campus Universitário s/n – Lagoa Nova,
Natal/RN BR 101

Cep. 59.072.970. Fone: (84)3215-3135

e-mail: www.ética.ufrn.br



ANEXOS

"O futuro depende do que fazemos no presente"

Gandhi

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

TÍTULO DO ESTUDO: A vivência do Enfermeiro no cuidado humano na UTI adulto.

PESQUISADORES: Nicelha Maria Guedes de Albuquerque
(mestranda)

Prof^a. Dra^a. Bertha Cruz Enders
(orientadora)

01. Após análise do projeto e da solicitação:

- Autorizamos a coleta de dados na instituição.
 Não autorizamos a coleta de dados na instituição.

02. Quanto à divulgação:

- Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.
 Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

03. No que diz respeito ao relatório escrito:

- Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.
 Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Natal / RN, ___ de _____ de 2006.

Responsável

ANEXO B



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Parecer Consubstanciado

Prot. nº	Nº. 28/06 –n CEP-UFRN
Folha de Rosto	87702- CAAE- 0026.0.051.000-06
Título do Projeto	A Vivência do Enfermeiro no Cuidado Humano na Unidade de Terapia Intensiva Adulto
Área de Conhecimento	Enfermagem
Pesquisador Responsável	Bertha Cruz Enders
Instituição Onde Será Realizado	UFRN - Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem
Revisão Ética	11 de abril de 2006

Relato

1. Resumo.

Trata-se de projeto de pesquisa da mestrandia Nicelha Maria Guedes de Albuquerque do curso de Enfermagem para ser submetido ao exame de qualificação.

São listados os seguintes objetivos da pesquisa:

Compreender a experiência vivida pelo enfermeiro ao realizar o cuidado humano na Unidade de Terapia Intensiva;

Descrever como o enfermeiro vivencia o cuidado humano na Unidade de Terapia Intensiva;

Analisar, a partir da experiência do enfermeiro, sua percepção acerca do cuidado humano prestado ao paciente durante o período de internação na UTI.

Os sujeitos da pesquisa serão todos os enfermeiros da UTI para adultos do Natal Hospital Center, que são 7 (sete) mulheres e 1 (um) homem.

A pesquisa de natureza descritiva qualitativa será realizada por meio de entrevistas gravadas com questões abertas (o roteiro da entrevista foi apresentado). Antes da utilização das respostas, a respectiva degrevação será submetida a cada um dos entrevistados.

2. Entendimentos e Recomendações.

No que se refere à documentação exigida conforme instrução de setembro de 2005 do CEP-UFRN, comenta-se a seguir:

2.1. A capa do processo está em ordem.

2.2. A carta de encaminhamento está em ordem.

2.3. A Folha de Rosto foi obtida via SISNEP e está em ordem; já existe o CAAE.

2.4. O Formulário CEP-UFRN foi preenchido, mas apresenta duas falhas, a saber:

a. No cronograma estão indicados apenas os meses, embora se possa intuir que o início do projeto em setembro refere-se ao ano de 2005 e a coleta de dados que será iniciada em julho refere-se ao ano de 2006, uma vez que consta a análise do Comitê de Ética entre março e junho;

b. No orçamento são previstos gastos para a aquisição de 1.000 litros de gasolina, o que parece muito exagerado, pois significa um percurso total de no mínimo 7.000 km (para um carro não econômico) ou aproximadamente 13.000 km (para um carro econômico); por outro lado, consta a aquisição de equipamento e material permanente que provavelmente serão utilizados do departamento. As despesas correrão por conta da mestrandia.

2.5. O Projeto de Pesquisa foi apresentado na íntegra e contém as mesmas falhas apontadas no formulário do CEP-UFRN, além de um erro factual histórico na segunda linha do item 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO "Os avanços científicos tecnológicos da indústria farmacêutica e de instrumentos e equipamentos que aconteceram no meados do **século XIX** foram fatos marcantes para o revigoramento da instituição hospitalar"; a época em que aconteceram os avanços mencionados foi no **século XX**.

2.6. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e está bem elaborado, recomendando-se

Jules

apenas a substituição do endereço e telefone particular da coordenadora da pesquisa pelo endereço e telefone do respectivo departamento.

2.7. Tanto os currículos da coordenadora da pesquisa com o da mestranda encontram-se na Plataforma Lattes.

2.8. Foi apresentado o termo de autorização da instituição colaboradora.

3. Parecer

Aprovado com Recomendação. Recomenda-se que sejam feitas as retificações apontadas nos itens "2.4", "2.5" e "2.6" acima.

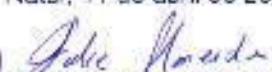
4. Orientações ao Pesquisador.

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002-p.65) e Resol. 196/96 – do Conselho Nacional de CNS o pesquisador responsável deve:

- 4.1 – entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
- 4.2 – desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
- 4.3 – apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65);
- 4.4 – apresentar ao CEP/UFRN relatório final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65).

O formulário para relatório final encontra-se na página do CEP/UFRN.

Natal, 11 de abril de 2006.


Selma Maria Bezerra Jerônimo
Coordenadora do CEP-UFRN

