

COO. ACERVO. 663-11
R 13831323/04

2#1240

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**O SIGNIFICADO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM NAS UNIDADES
CRÍTICAS**

REGINA CELIA CARVALHO DA SILVA

ESSE
610.7361
558372
2003

FORTALEZA
2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

O SIGNIFICADO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM NAS UNIDADES
CRÍTICAS^(*)

Regina Célia Carvalho da Silva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra.

Orientadora:

Profª. Dra. Maria Socorro Pereira Rodrigues

2003

^(*)Esta pesquisa contou com apoio financeiro da Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa – FUNCAP.

S583s

Silva, Regina Célia Carvalho da

O significado de cuidar em enfermagem nas unidades críticas/ Regina Célia Carvalho da Silva – Fortaleza, 2003
124 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Maria Socorro Pereira Rodrigues
Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem.

1. Unidades de terapia intensiva 2. Unidades de cuidados coronarianos 3. Centros de emergência 4. Cuidados críticos 5. Cuidados de enfermagem I. Rodrigues, Maria Socorro Pereira (orient.) II. Título

CDD 610.7361

O SIGNIFICADO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM NAS UNIDADES CRÍTICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data da aprovação: 27/12/2003

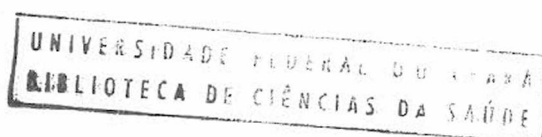
BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Maria Socorro Pereira Rodrigues - Presidente
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueredo – 1º Membro
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UNERJ

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva – 2º Membro
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Zulene Maria de Vasconcelos Varela – Suplente
Universidade Federal do Ceará – UFC



Trabalho inserido na linha de pesquisa
Assistência Participativa de
Enfermagem Clínico-Cirúrgica em
Situação de Saúde-Doença do
Departamento de Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará – UFC.

Área de concentração: Enfermagem
Clínico-Cirúrgica

Dedico

Aos dois pilares que me sustentaram nesta caminhada. Meu esposo George, que envolto a incentivos e renúncias, caminhou ao meu lado sempre, e a minha filha Geovana, que vivenciou cada momento, cada dificuldade, vibrou e rezou por mim. Obrigada pelo estímulo e entusiasmo que sempre me ofereceram.

AGRADECIMENTOS

A Deus, obrigada Senhor por estar presente em todos os momentos de minha vida, provando-me a todo instante que “Tua ciência é grandiosa, tão alta que eu não posso atingir” (Sl. 139)

À minha orientadora, Professora Dra. Maria Socorro Pereira Rodrigues, pela presença amiga e acolhedora. Obrigada pelos momentos de força, compreensão e orientação. Por saber entender meus limites e explorar minhas potencialidades.

Aos meus pais, Raimundo Carlos (*in memoriam*), pelos ensinamentos que me deixou, seu exemplo de ser humano ilumina minha vida e me faz acreditar no bem; e Raimunda Nonata, pelo amor e dedicação com que cuida de mim até hoje. Eu não chegaria até aqui, se não fossem vocês.

A uma família especial, que me acolheu com carinho durante todo o curso. João, Conceição, Rebeca, Jonas e Úrsula, a minha gratidão é eterna.

À minha sogra, Raimunda Ribeiro, por cuidar de minha família durante a minha ausência.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos pelo carinho, torcida e solidariedade.

Aos professores do curso de mestrado da Universidade Federal do Ceará, pelo compartilhar do saber e da experiência.

Aos colegas do mestrado, todos tão companheiros. Foi gratificante e enriquecedor o convívio com esse grupo.

À colega Ana Maria, pelo companheirismo, que em tantos momentos de angústia soube reerguer meu ânimo com sua amizade.

Às professoras Dra. Ivete Palmira Sanzon Zagonel e Dra. Zulene Maria de Vasconcelos Varela, pelas valiosas contribuições na qualificação do Projeto desta Pesquisa.

Às professoras Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo e Dra. Raimunda Magalhães da Silva, pelo privilégio de tê-las como examinadoras na conclusão deste estudo.

Aos colegas enfermeiros da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nas pessoas das representantes Antonia Eliana Araújo Aragão e Maria de Fátima Marcelino, companheiras da tão cruel realidade que apresenta o cotidiano dos hospitais.

À equipe da Unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa, enfermeiros, médicos, auxiliares, técnicos, serventes e copeiras, em meio a um trabalho árduo construímos amizades concretas.

Aos colegas enfermeiros das unidades críticas, sujeitos deste estudo, por contribuírem desta construção.

À administração da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, pela minha liberação para a realização do Curso de Mestrado.

Ao Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual Vale do Acaraú, nas pessoas de seus representantes Prof. Gerardo Cristino Filho- Diretor, Profa.

Maristela Inês Osawa Chagas e Profa. Maria Socorro de Araújo Dias –
Coordenadoras do Curso de Enfermagem, pela contribuição na minha formação
profissional.

Às amigas, Vanusa, Heloisa e Dorinha pela torcida incondicional.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste
estudo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

“Em relação a todos os atos de iniciativa e de criação existe uma verdade fundamental cujo desconhecimento mata inúmeras idéias e planos esplêndidos: a de que no momento em que nos comprometemos, a Providência move-se também. Toda uma corrente de acontecimentos brota de decisão, fazendo surgir a nosso favor toda a sorte de incidentes e encontros e assistência material que nenhum homem sonharia que viesse em sua direção. O que quer que você possa fazer ou sonha que possa fazer, faça. Coragem contém genialidade, poder e magia. Comece agora.”

Goethe (1749 – 1832)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
	1.1 A prática de enfermagem em unidades de cuidados a pacientes em estado crítico	14
	1.2 Inserção da pesquisadora na temática	19
	1.3 Justificativa e relevância do estudo	21
2	OBJETIVOS	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
	3.1 O ser humano	25
	3.2 Cuidado de enfermagem e cuidado humano	28
	3.3 O cuidado de enfermagem em unidades críticas	35
4	O CUIDADO HUMANO COMO REFERENCIAL TEÓRICO	44
	4.1 A teoria do cuidado humano, de Jean Watson	44
5	O PERCURSO METODOLÓGICO	57
	5.1 A escolha do método	57
	5.2 Contexto do estudo	58
	5.2.1 Cenário do estudo	58
	5.2.2 Unidades críticas	59
	5.3 Sujeitos da pesquisa	60
	5.4 Coleta de informações	61
	5.4.1 O cuidar em unidades críticas: resultado de uma observação participante realizada por uma profissional em seu próprio campo de trabalho	64

5.5 Princípios éticos da pesquisa	68
6 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	71
6.1 Caracterização dos sujeitos do estudo	75
7 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	78
• O encontro ser cuidador e ser cuidado	78
• O cuidado nas unidades críticas	85
• Fatores que influenciam e determinam o cuidado nas unidades críticas	93
• Características do ser cuidador nas unidades críticas	99
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
9 REFERÊNCIAS	110
11 APÊNDICES	121
12 ANEXOS	125

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Categorias	74
Figura 2 – Unidades de análise	104
Figura 3 – O cuidado nas unidades críticas	109

LISTA DE QUADROS

QUADRO I – Impressões sobre o encontro com o paciente nas unidades críticas.....	80
QUADRO II – Elementos do cuidado nas unidades críticas.....	86
QUADRO III – Fatores/empecilhos influenciadores no cuidado em unidades críticas.....	94
QUADRO IV – Características dos enfermeiros nas unidades críticas.....	99

RESUMO

A enfermagem nas unidades críticas desenvolveu-se mediante o império da tecnologia num modelo de assistência centrado em protocolos de atendimentos, escores de gravidade, escala de prognósticos, com encaminhamento dos profissionais para uma atuação caracteristicamente tecnicista. Os objetivos deste estudo foram, desvelar o significado do cuidado para os enfermeiros que atuam em unidades críticas, com base nos pressupostos de Watson; identificar a congruência entre o significado expresso em discurso e a prática do cuidado prestado pelo enfermeiro e detectar as interfaces das ações de cuidado, tendo em vista o contexto sócio-político-cultural e as dimensões envolvidas no cuidado. Inspirando-nos na teoria do cuidado humano de Jean Watson, optamos em trabalhar com a metodologia qualitativa. Os sujeitos da pesquisa constaram de 12 (doze) enfermeiros, todos os que trabalhavam em unidades críticas para atendimento a pacientes adultos, desses, nove são do sexo feminino e três do sexo masculino; estão formados a mais ou menos oito anos e sua média de idade é de 39,9 anos. Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, que utilizou como instrumentos a observação participante e a entrevista semi-estruturada. Para a análise dos resultados, trabalhou-se com o método de análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), centrada na técnica de análise categorial. Os dados apontam que o cuidado que é oferecido pelos enfermeiros em unidades críticas, centra-se nas dimensões expressiva e instrumental. Esses, foram organizados em quatro categorias, as quais são: o encontro entre ser cuidador e ser cuidado; o cuidado nas unidades críticas; fatores que influenciam e determinam o cuidado nas unidades críticas e características do ser cuidador nas unidades críticas. A partir do confronto entre o material obtido pelas entrevistas e o que foi observado, existe um relativo equilíbrio entre as dimensões expressiva do cuidado, fortemente enfatizada nos discursos dos enfermeiros, e a dimensão instrumental, observada conforme o modo de cuidar dos enfermeiros, fortemente influenciado e determinado pelos fatores de natureza pessoal, institucional e sócio-cultural.

Palavras-chave – Unidades de Terapia intensiva – Unidades de cuidados coronarianos – Centros de emergência – Cuidados críticos – Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The nursing in the critical units developed itself through an empire of technology in an assistance model based on attendance protocols, gravity scores, prognoses scale, with the professionals leading performance to a characteristically technical. This study aimed at revealing the meaning of care to nurses who work in critical units, based on Watson's presuppositions; identifying the coherence between the meaning expressed in discourse and the care practice given by the nurses and detecting the interfaces between the care actions, considering the socio-political-cultural context and the dimensions involved in this care. Inspired in Jean Watson's human care theory, we chose a qualitative methodology. The subjects of the research were 12 (twelve) nurses, who all worked in critical units for adult patients' treatment. Nine of them are females and three are males and they have been graduated for about 8 years and in the 39-years-old age group. The data were collected by the researcher, who used the participative observation and semi-structured interview. For the data analysis, one used the content's analysis method, according to Bardin (1977), centered in the categorical analysis technique. The data show that the care given by nurses in critical units is centered on expressive and instrumental dimensions. These were organized in four categories, which are: the meeting between the caregiver and the being cared; the care in critical units; factors that influence and determine the care in critical units and the care person in critical units. Starting from the confrontation between the obtained material through the interviews and what has been observed, one noticed a relative equilibrium between the expressive dimension of care, strongly emphasized in nurses' discourses, and the instrumental dimension, observed according the nurses' way of caring, strongly influenced and determined by factors of personal, institutional and socio-cultural nature.

Key Words: Intensive Therapy Unit; Coronary Care Units; Emergency Centers; Critical Care; Nursing Care.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A prática de enfermagem em unidades de cuidados a pacientes em estado crítico

No cotidiano do ambiente hospitalar, vivenciamos com frequência situações envolvendo equipe-paciente-família, que nos leva a emitir questionamentos sobre a forma como a enfermagem vem se aplicando no processo de cuidar de pacientes.

O processo de cuidar é definido por Waldow (1998, p73) como “*um conjunto de ações e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer*”. Neste sentido, entende-se que o processo de cuidar engloba aspectos negligenciados na formação do enfermeiro, formação que tem enfatizado a cura e estuda a doença especificada pelos sistemas e órgãos, retalhando o corpo, seguindo o modelo cartesiano.

O cuidado ao outro em uma relação de coexistência e preocupação autêntica constitui o objeto da enfermagem. Significa, portanto, ação, presença comprometida e atitudes positivas voltadas para o interesse da vida e da saúde; opõe-se à acomodação, à indiferença, ao distanciamento, à apatia, à descrença, à passividade e ao descompromisso (CAPALBO, 1984).

Tem-se observado que os enfermeiros de unidades hospitalares, em especial aqueles que atuam em unidades de cuidados a pacientes em estado crítico, parecem sentir-se constantemente motivados a manter atualizado seu conhecimento técnico-científico. Neste intento, terminam por, muitas vezes,

inserir-se em programas de reciclagem centrados em paradigmas que seguem o modelo biomédico, caracterizado por protocolos de atendimento a doenças, escores de gravidade, escalas de prognósticos, conduzindo a uma atuação profissional caracteristicamente tecnicista, voltada para a incessante busca da cura positivista, centrada na concretude de resultados absolutos.

Essa conotação não contempla, via de regra, sentimentos nem atribui importância ao espaço subjetivo existente nos cuidados essenciais, aplicados para a manutenção da dignidade no intercurso da cura ou até da morte.

Polak, Mantovani, Lenardt (1997) entendem como unidades de atendimento a pacientes em estado críticos as áreas destinadas ao atendimento de clientes graves, mas potencialmente recuperáveis, onde há concentração de recursos humanos e materiais devidamente habilitados às práticas naquele setor. Para as autoras, essas unidades possuem características próprias que lhes dão um ar de imponência e frieza. O cenário complexo e misterioso reveste de onipotência os profissionais que ali atuam.

Neste trabalho, consideramos unidades críticas aquelas onde é feito acompanhamento intensivo e semi-intensivo de pacientes graves, caracterizadas pela ampla utilização de equipamentos de tecnologia avançada, como: monitores cardíacos, ventiladores artificiais, ressuscitadores cardiopulmonares, dentre outros. Essas unidades possuem características próprias, dentre as quais destacamos: a ênfase dos profissionais no conhecimento técnico-científico e no aparato tecnológico, priorizando a dimensão biológica do ser humano, a convivência diária com situações de risco, o contato constante com a morte, a ansiedade dos pacientes, familiares, o estresse dos trabalhadores de saúde, rotinas rígidas e inflexíveis e a rapidez de ação no atendimento (NASCIMENTO

e MARTINS, 2000; GOMES, 1988). As unidades de terapia intensiva e de emergência são, portanto, elementos básicos no contexto deste estudo.

Vale ressaltar que, quanto ao nível de assistência requerido pelo paciente, as unidades de emergência situam-se entre as de cuidado intensivo (18 horas/cuidado/enfermeiro) e as de cuidados semi-intensivos (10 horas/cuidado/enfermeiro) (GOMES, 1994). São as unidades que reúnem meios para o atendimento a pacientes com afecções agudas específicas, e devem propiciar recursos eficazes à satisfação das necessidades deles, assim como uma pronta avaliação médica do doente e facilidades de implementação de ações terapêuticas por um trabalho de equipe, especificamente treinada.

Já as unidades de tratamento intensivo podem ser consideradas, segundo Orlando (2001), as de nível mais complexo dentro da hierarquia dos serviços hospitalares. Compete a essas, dentre outras ações, desenvolver prevenção ou evitar a progressão de estados deletérios, prejudiciais ao equilíbrio corporal; promover a recuperação completa ou parcial de estados mórbidos e agudos de saúde e zelar pelo bem-estar e conforto dos pacientes.

Pode-se tender a acreditar que, para atuar nessas unidades, os enfermeiros precisam de um saber mais “qualificado” do que aqueles que atuam em outras áreas. Só que a aquisição do referido conhecimento - o desempenho e habilidades para lidar com a tecnologia e com situações de emergência médica - está, em geral, baseado e direcionado para patologias e tratamento dessas. Na concepção de Lino e Silva (2001), o fato de estarem as enfermeiras de unidades críticas adquirindo o domínio do conhecimento sobre algo novo e exclusivo, as reveste de uma imagem estereotipada, que lhes parece impor uma certa condição de “saber-poder”, em relação aos demais grupos de enfermeiras. Isso

acontece em decorrência da valorização equivocada atribuída por elas ao cuidado intermediado por aparelhos, sob o estereótipo de que sabe cuidar melhor quem tem o domínio técnico de aparelhagens.

O anseio pelo aprendizado e domínio dos novos equipamentos e modalidades terapêuticas e de diagnóstico tem levado as enfermeiras a deturparem sua base de ação, delegando, em muitas instâncias, aos aparelhos a vigilância contínua e rigorosa do paciente, indo resultar na negação ao paciente de importantes componentes de expressividade do cuidado, como o toque, o olhar complacente, dentre outros. Podemos, portanto, denominar esse aspecto de dimensão tecnológica virtual do cuidar, que, intensificada pela potencialidade da máquina, haja vista seu poder de impulsionar meios para manter a vida do paciente, veio requerer, da enfermeira, competência e aptidão para apoiar a máquina em seu funcionamento. Isso foi, de certo modo, dando paulatinamente ao cuidado em unidades críticas um forte teor de mecanização, vindo desvirtualizar o aspecto do sensível na relação de cuidado ao paciente.

No que concerne ao cuidado com os pacientes graves, vários estudos vêm mostrando que o entendimento das pessoas comuns difere da concepção que têm os profissionais de saúde a respeito desse. Podemos citar, por exemplo, os estudos de Baldursdottir e Jonsdottir (2002) e Silva *et al* (2001a). O primeiro, pesquisou os comportamentos de cuidado de enfermagem na percepção de pacientes de um departamento de emergência, através de um instrumento desenvolvido por enfermeiros norte-americanos baseado nos fatores de cuidado de Watson, e identificaram que o que os pacientes acham mais importante no comportamento do enfermeiro é ele “saber o que está fazendo”, sendo que este saber relacionado com a ação instrumental. Foi identificado, ainda, neste estudo que, dentre os fatores de cuidado de Watson, o mais importante na percepção

dos pacientes da emergência é o “atendimento às necessidades humanas”, com uma forte relação com as necessidades físicas e biológicas (BALDURSDOTTIR E JONSDOTTIR, 2002). O segundo, realizado no Brasil, procurou interpretar o sentido de cuidado para enfermeiros e para pacientes em uma unidade coronariana, tendo evidenciado o fato de que os enfermeiros se prendem à satisfação das necessidades físicas e do bem-estar do paciente; já os pacientes vêem o cuidado configurado com manifestações de carinho e de paciência (SILVA *et al*, 2001a).

A qualificação técnica e científica é muito importante para o profissional atuar em unidades críticas, mas deve-se procurar programas que contemplem as diversas representações do ser humano e o considerem como uma pessoa em sua globalidade, como um ser composto de corpo, mente e espírito, e não fragmentado em sua essência; porquanto o entendimento do que seja ‘humano’ permeia toda a relação que se estabelece no encontro do cuidador com o ser cuidado. Por conseguinte, a forma como o enfermeiro percebe o cuidado influirá diretamente no modo como ele executa esse cuidado, refletindo aí suas ações e reações. Buscamos demonstrar aqui que o entendimento do ser humano é igualmente importante para a prática eficiente da enfermagem.

A partir, portanto, da nossa aproximação com esses fatos, passamos a questionar sobre o real caráter de humanização inserido no cuidado aos pacientes graves e com risco de vida e, na atenção dispensada aos familiares desses; assim como à repercussão social e profissional que têm as atitudes dos profissionais de enfermagem, tendo emergido daí o nosso interesse por essa temática. Minayo (1999, p. 90) aborda o aspecto da vinculação entre o pensamento e a ação e afirma que *“nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema na vida*

prática". Sua argumentação salienta a importância de buscarmos respostas para problemas surgidos na prática.

1.2 A inserção da pesquisadora na temática

Atuando como enfermeira há doze anos num hospital filantrópico, e há seis em unidade de terapia intensiva, sempre nos sentimos interessada pela assistência aos pacientes graves. Achávamos que a falta de conhecimento científico era um dos principais fatores que nos levava a perder tantos pacientes graves. Já atuando em unidade de UTI de adulto, sempre nos questionávamos sobre o sentido que os profissionais que ali atuavam davam àquelas vidas, àqueles corpos, àquelas pessoas que ali estavam inertes em uma cama, distantes da família, sendo manuseados, tocados por estranhos, naquele ambiente tão diferente, cheio de luzes, sons, aparelhos, bastante frio.

Na busca de respostas para nossas inquietações, desenvolvemos uma monografia durante o Curso de Especialização em Enfermagem Clínica-Cirúrgica, procurando conhecer os sentimentos e percepções acerca da UTI revelados pelos familiares de pacientes internados nessa unidade. Dos resultados obtidos, foram evidenciadas opiniões diversificadas distribuídas nas seguintes categorias e subcategorias: a primeira sobre o Significado de UTI, com as seguintes subcategorias: 1) UTI como *restituição da vida*, através da qual mostrávamos que alguns familiares depositavam toda a confiança e esperança da vida do paciente em torno do ambiente e dos profissionais da terapia intensiva; e 2) UTI como *destituição da vida*, em cuja sub-categoria os familiares acreditavam que o fato de o paciente estar na UTI significava que ele tinha poucas chances de sobrevivência; Na segunda categoria, Principais necessidades dos familiares, *receber informações e receber apoio emocional* foram as mais

ênfatisadas pelos entrevistados, e, por fim, na terceira categoria, Visão da UTI, houve uma ambigüidade nas respostas, no que se refere à maneira como alguns familiares percebiam a UTI, dividida, portanto, em duas subcategorias: 1) UTI como um *ambiente assustador* com ligação à morte; e 2) já outros familiares reconheciam a UTI como um *ambiente de paz* (SILVA, R. 2000).

Referida pesquisa nos reforçou a idéia de que tanto pacientes quanto familiares são afetados em suas necessidades psicossociais e espirituais, ao se confrontarem com doenças graves e em situações ameaçadoras da vida, motivo pelo qual necessitariam de uma profunda atuação humanizada da enfermagem. Isso veio reforçar nossas inquietações sob forma de indagações: é possível o enfermeiro perceber a importância do cuidado regado de afeto, apesar do uso de equipamentos sofisticados? Qual o liame de diferenciação estabelecido pelo enfermeiro como prioridade na interface do seu aprendizado entre o saber técnico-científico e o conhecimento do ser humano?

As indagações surgidas em decorrência de nossas reflexões não são mais do que uma necessidade natural do homem de conhecer para sobreviver. Perguntamos porque, sem obter respostas, não poderemos orientar nossa conduta em relação aos pacientes, familiares, equipe e ambiente de trabalho. A este respeito, Cotrim (2001) citando Roland Corbisier, ênfatisa que, para que o conhecimento venha a se tornar um fundamento de uma técnica – dizemos - de uma prática, realmente eficaz, é indispensável que ele não seja puramente empírico, mas científico. A seguir apresentamos, em termos de justificativa, a razão pela qual desenvolvemos este estudo.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

Com base no pressuposto apresentado em Rudner, *apud* Carvalho (2003), de que uma das finalidades de uma pesquisa pode ser a do pesquisador *fornecer instrumentos para a crítica de sua própria concepção das coisas*, tecemos uma justificativa a realização do presente estudo.

Muito se tem falado sobre a humanização nas unidades críticas. Com este trabalho temos a intenção de contribuir para a humanização do cuidado nas unidades críticas. Acreditamos que o que nos falta, como enfermeiros, é encarar nossas deficiências dentro de uma profissão que muito tem evoluído juntamente com a tecnologia nessas unidades.

No entanto, observamos cada vez mais, na prática, que a assistência de enfermagem que vem sendo oferecida ao paciente em estado crítico vem, de certa forma, se distanciando de um estilo de cuidado de presença, o que, segundo Silva (1998b), requer a condição de estar por inteiro no processo, não só fisicamente mas na forma da presença dinâmica do ser que transforma e ajuda o outro a transcender a condição de dor e de sofrimento.

O resgate do cuidado humanizado, como enfatiza Waldow (1999), não implica rejeição aos aspectos técnicos, tampouco ao aspecto científico, o que nos permite afirmar, portanto, ser importante que a prática do cuidado deva ser uma complementação entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento humano, como dimensões distintas que se inter-relacionam.

Os grandes benefícios, conforme se vem observando com os avanços tecnológicos, mostram que a função do emprego da tecnologia para melhorar a

qualidade da assistência à saúde vem, de fato, sendo atendida. Ciência e tecnologia precisam caminhar juntas, pois representam os dois lados de uma complementaridade entre o saber e a prática, como defende Leopardi (1994), acrescentando que uma divisão entre as duas acentuaria a distância entre o pensamento e a ação. Em analogia, a enfermeira deve, também, utilizar-se da tecnologia como instrumento para facilitar os procedimentos que envolvem o cuidado, mas jamais utilizá-la como instrumento maior no cuidado ao paciente grave.

Concordamos com Lopes (1998a), quando enfatiza que o cuidado se contrapõe ao uso acrítico da técnica como ato repetitivo e rotina de trabalho, pois tal ato distancia o enfermeiro do paciente, fazendo com que ele não reconheça mais ali um ser humano, e sim uma matéria em que está sendo aplicado o seu saber. A subordinação exagerada à técnica não satisfaz o ser/cuidado, menos ainda ao ser/cuidador, no sentido de que não traduz um contentamento, deixa uma lacuna, uma dúvida sobre o real cumprimento do papel do enfermeiro e produz representações negativas no sentido de uma fragmentação do ato de cuidar.

O cuidado de enfermagem será tanto mais caracterizado como humano quanto maior for sua abrangência sobre a multidimensionalidade que contempla o ser humano, uma vez que dá conta não apenas de um amplo saber técnico, com certos conteúdos científicos, específicos, dos aspectos biológicos. Deve incorporar também teores que despertem a sensibilidade para os aspectos afetivos do paciente, e é este aspecto relacional, como refere Lopes (1998a), aliado à técnica, que dá a singularidade ao ato de cuidar.

Reportamos-nos ainda, ao fato de que a expansão dos conhecimentos da enfermagem não têm valorizado a prática, o que tem provocado o surgimento de uma contradição com a crescente valorização dada à “hipertecnicidade”, conforme refere Collière (1989). A inserção dos fatores de cuidados preconizados por Watson pode constituir uma conexão ao cuidado intensivo, podendo então promover uma mudança na forma de ver e aprender o cuidado oferecido ao paciente grave. Da mesma forma como a tecnologia foi incorporada à assistência de enfermagem ao paciente grave, o cuidado humano deve ser incorporado nessa modalidade de assistência.

O cuidado é sempre um tema relevante, uma vez que não se esgota, pois abrange diversas dimensões e, principalmente, pelo fato de ser singular, isto é, cada pessoa tem seu jeito de cuidar e de reagir às necessidades de cuidado. Neste sentido, o cuidado deve ser cada dia mais estudado e aplicado como forma de afirmar a enfermagem como profissão de saúde. A respeito dessa argumentação, Silva *et al* (2001b) conclamam os enfermeiros a uma proclamação deste fazer, como uma forma de serem reconhecidos pela sociedade como seres que cuidam de outros seres, com autenticidade, profissionalismo, cientificidade e humanismo.

A teoria em que nos apoiamos para uma interpretação do cuidado de enfermagem ao paciente crítico, e o repensar do cuidado prestado pelos enfermeiros, é a Teoria do Cuidado Transpessoal, proposta por Jean Watson, que busca transpor o cuidado biologicista para uma dimensão que transcende o mundo físico e material, fazendo contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa, procurando atingir essa pessoa no âmago do seu ser, emocional e espiritualmente, tendo em vista estabelecer uma conexão com a totalidade dos elementos nas várias dimensões que permeiam e delinham a vida.

2 OBJETIVOS

- Descobrir o significado do cuidado para os enfermeiros que atuam em unidades críticas, com base nos pressupostos de Watson.
- Identificar a congruência entre o significado expresso e a prática do cuidado prestado ao paciente.
- Detectar as interfaces das ações de cuidado, tendo em vista o contexto sócio-político e cultural e as dimensões envolvidas no cuidado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O cuidado não é um fenômeno peculiar exclusivo ao ser humano, visto que, se observarmos o cuidado dos animais com seus filhotes, vemos que alguns constituem grupos e zelam pela sobrevivência dos membros do grupo de modo instintivo. O que queremos conhecer antes de tudo, é a natureza do cuidado entendida como propriedade comum dos seres humanos para podermos compreendê-lo como qualidade da enfermagem, daí, estudá-lo de acordo com as especificidades de cada grupo de cuidadores e com as vicissitudes da prática. Um dos requisitos que, a rigor, serve de ponto de partida para as discussões sobre cuidado é um breve entendimento sobre a natureza humana.

3.1 O ser humano

Afinal o que difere o homem do animal? Certamente a sua relação com a natureza. Ambos dependem dela para a sobrevivência, no entanto, somente o homem é capaz de modificá-la e reorganizá-la para dela prover sua existência. Difere, ainda, pelo comportamento, desenvolvimento de culturas e da consciência, dentre outras. Severino (1994, p. 150) define o homem como *“um ser em permanente construção (...) não é apenas uma realidade dada, pronta e acabada, mas fundamentalmente um sujeito que vai construindo aos poucos sua própria realidade.”*

Das características atribuídas ao homem, a que melhor se ajusta é a consciência, esta entendida como uma atividade mental que nos permite estar no mundo com algum saber, “com-ciência” (COTRIM, 2001). O processo de conscientização, salienta o autor, faz do homem um sistema aberto ao saber e ao

fazer. A conscientização faz do homem um ser dinâmico. Esse processo de conscientização tem duas dimensões: a consciência de si, que exige reflexão e é alcançada através da interioridade, manifestada pelo falar, criar, afirmar, propor e inovar; e a consciência do outro, que exige atenção e é alcançada pela alteridade, manifestada através do escutar, absorver, reformular, rever e renovar. Aqui percebemos que os elementos apresentados na manifestação da consciência são, também, elementos constitutivos do cuidado humano.

Mondin (1980) declara que, no parecer dos positivistas, marxistas e estruturalistas, não se pode conhecer verdadeiramente o homem sem ser através da pesquisa científica tradicional. Eles desprezam a especulação filosófica, pois acreditam que ela não fornece conhecimento autêntico do homem porque não utiliza o método de verificação experimental. No entanto, refere ainda, filósofos como Bergson, Heidegger, Gadamer e Dilthey, dentre outros, reconhecem a existência de outras formas de estudar o homem. Dilthey procura distinguir o “explicar” (*Erklaren*) e o “compreender” (*Verstehen*). Explicar está relacionado com fenômenos físicos, a natureza, e o compreender, com a vida, o conhecimento humano, sendo que, portanto, o homem não se explica, se compreende.

Algumas ciências especializadas, como a Psicologia, a Sociologia, a Biologia, a Economia, estudam um ou outro aspecto do homem, isto é, o aspecto que interessa àquela especialidade, o que tende a limitar a totalidade do indivíduo, dissecando-o e considerando-o sob o ponto de vista de uma função, o que resulta num conhecimento fragmentado. O estudo do ser humano, seja em que especialidade for, somente deve interessar quando o homem é compreendido na sua totalidade.

Leloup (2001, p.205), citando Graf Dürckheim, fala da dupla origem do homem, a celestial e a terrestre. Enfatiza que o Ocidente esqueceu a primeira em benefício da segunda: “*o homem existencial sufocou o homem essencial*”. O autor propõe a expressão “dupla polaridade do homem” para evitar a interpretação ‘dualizante’ dessas expressões. Matéria e espírito têm a mesma origem. A dificuldade consiste em desenvolver os dois aspectos em harmonia. Partindo desse princípio, o homem só o é na sua integralidade, quando desenvolve as duas naturezas: a existencial, que é o corpo e tudo o que se relaciona com o mundo material, e a essencial, que é o espírito e tudo o que se relaciona com a esfera mental e demais formas de sensibilidade.

No entanto, foi durante a coleta de dados, nas observações, em uma conversa com o sacerdote da pastoral hospitalar do hospital em estudo, Pe. Oswaldo Chaves, que na ocasião estava em suas visitas na UTI, que encontramos resposta para a dúvida do termo humano. Perguntamos a ele: humanizar ação de seres humanos para seres humanos não seria expressão redundante? Ele me respondeu: “O ato humano é diferente do ato do homem. O ato humano é aquele que fazemos para o próximo como se fosse para nós mesmos, enxergando o próximo como se fosse eu mesmo, ‘faça para os outros como se fosse para nós mesmos’; está na Bíblia, acrescentou. O humano é o que reflete em Deus. Já o ato do homem é quando ele se realiza com os seus feitos. Um médico ou um enfermeiro pode estar fazendo um excelente atendimento, mas estar pensando em suas realizações como profissional, e não no bem-estar do doente. Dessa forma, ele está fazendo um ato do homem. Nem todo ato do homem é humano”. Com base nessa insigne definição do que é humano, é que continuamos nosso estudo, agora convictas de que nossas inquietações iniciais faziam sentido, uma vez que se referiam a uma busca de algo que os

profissionais de saúde pudessem ter como referência, para tornar suas ações mais solidárias.

3.2 Cuidado de enfermagem e cuidado humano

Falar sobre o cuidado humano na enfermagem pode parecer, a princípio, um exercício em torno do óbvio, já que a enfermagem é a ciência do cuidado ao ser humano. Apesar disto, esse entendimento parece não estar bem claro para os enfermeiros, visto que as concepções relativas às expressões ‘humano’ e ‘cuidado’ possuem características próprias, de acordo com os valores de cada pessoa, cuidador e ser cuidado, e com o que essa pessoa acredita e defende como valor do homem; deixando, portanto, lacunas em que este óbvio possa sempre vir a ser descoberto.

O cuidado tem sido estudado em várias vertentes que partem da preocupação com o ser humano. Observamos o cuidado como fator fundamental para a sobrevivência humana em diversos estudos. Destacamos alguns a seguir.

Boff (1999, p.33) atribui a crise que a humanidade atravessa desde a devastação da natureza, a violência, a exploração do trabalho infantil, a fome e o desemprego ao descaso em relação ao Planeta, ao homem e sua vida frágil e à falta de cuidado. Cuidar, para o autor, é mais do que um ato; torna-se uma *“atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”*. Sem o cuidado, o ser humano não sobrevive.

Leloup (2002a), ao falar sobre o cuidado desenvolvido pelos terapeutas do deserto desvelados pelo filósofo judeu Filon de Alexandria, diz que a tarefa deles era cuidar do ser, já que a cura era atribuída ao ‘Vivente’, à Natureza.

Cuidar do que está doente e principalmente do que não está doente; cuidar do corpo; cuidar do imaginal, do desejo, reorientado-o para o bem; cuidar do outro nas diferentes dimensões do ser humano – corpo, alma e espírito. Essa era uma forma de cuidar integral, visto acreditar-se que toda manifestação humana, por mais simples que fosse, necessitava de cuidado. Os terapeutas tinham uma atenção especial aos que estavam no leito de morte.

Numa visão existencialista, o cuidado foi destacado por Martin Heidegger, como um modo de ser essencial do humano. O cuidado se acha em toda atitude e situação do ser humano; o cuidado é sempre ocupação e pré-ocupação. Encontra-se presente em tudo, portanto, significa o fenômeno ontológico-existencial básico. Ainda para o filósofo, o cuidado é a atitude fundamental, em que a pessoa sai de si e centra-se no outro com zelo e atenção. E acrescenta: o cuidado é anterior a qualquer ação humana, pois é a própria essência humana, portanto, toda tentativa de reconstrução ou recondução do cuidado a atos particulares converte-se em fracasso (HEIDEGGER, 1997).

O cuidado, antes centrado primeiro no homem, desviou-se, principalmente nas sociedades ocidentais, para as doenças, separando as causas orgânicas das causas psíquicas e socioeconômicas (COLLIÈRE, 1989). Essa fragmentação do homem dificultou a aplicação do cuidado, que, para ser efetivado em sua totalidade, deve ser atribuído contemplando o ser como um todo em suas dimensões física, social, cultural e espiritual, constituindo-se, então, num cuidar autêntico.

A autora define cuidar como uma ação singular que fazemos a nós mesmos desde que adquiramos autonomia. Trata-se de um ato recíproco que prestamos a outra pessoa, que temporária ou definitivamente, tem necessidade

de ajuda para atender suas necessidades vitais. No entanto, a ação de enfermagem é conduzida pela doença ou dificuldade que determina o cuidado. O cumprimento de tarefas que geram especialização exige um domínio técnico de crescente complexidade, o que torna as relações humanas cada vez mais impessoais. Fala ainda que a razão de ser da prática de enfermagem é a pessoa, mas relaciona à doença, o verdadeiro objeto de trabalho da enfermagem, pois é em torno dela que os conhecimentos são elaborados.

As verdadeiras ações de cuidar, propiciam uma interação dos cuidadores com os seres sob cuidados. Segundo Waldow (2001), esta interação vem se tornando cada vez mais impessoal, breve e formal, e esse cuidar mecanizado e rotinizado decorre muito do fato de que, hoje, a maioria dos procedimentos e tratamentos é viabilizada por máquinas, visto que aí o profissional necessita, por vezes, apenas instalá-las e checá-las. Isto o leva a negligenciar, ou até mesmo, abolir elementos importantes do cuidar, como tocar, conversar, apoiar, informar e fazer companhia. Essa ligação do cuidado com a técnica, com a utilização de instrumentos e técnicas, não deve, de forma alguma, dissociar-se do suporte relacional. Enfatiza que o cuidado ao ser humano é sentido, exercitado, jamais pode ser prescrito. Ele está enraizado em valores que priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor (WALDOW, 1999).

Desenvolver o cuidado, prestar cuidados, planejar cuidados, delegar cuidados, prescrever cuidados, ensinar a cuidar e pesquisar o cuidado numa relação cuidador/ser cuidado tem sido uma das preocupações dos enfermeiros nos últimos anos, conforme trabalhos de Waldow (1999, 2001); Silva (1998a); Leopardi (1994), dentre outras, citadas neste estudo.

Dentre as diversas definições de cuidado, observamos concordância em um ponto essencial, que é na atenção às necessidades do ser humano, com o intuito de promover a saúde, minimizar o sofrimento e as crises, confortar ou simplesmente manter a dignidade. Observamos também que esta conceituação vem se tornando um discurso entre os enfermeiros, apesar de estar se distanciando da prática percebida pela sociedade.

Silva (1998b), assim como Watson (1979), sugerem duas dimensões presentes no encontro do cuidado, que é um momento de troca entre o ser cuidado e o ser cuidador. São essas duas dimensões: a dimensão afetiva/expressiva e a técnica/instrumental. Destacam que a intensidade e a valorização dessas dimensões no cuidado podem variar conforme os aspectos culturais praticados pelas pessoas envolvidas na transação do cuidar.

A dimensão expressiva deve ser indissociável do cuidado, por estar ligada às formas de demonstrar afeto e valorização ao outro. Essa atenção não acontece de forma desinteressada, pois requer intenção, interesse e disposição para estar presente com o outro. A demonstração de afeto é tida como importante instrumento de recuperação e conforto aos seres vivos. Para Boff (1999), o afeto não existe sem o toque e sem a ternura, e estes atributos são essenciais para que se concretize o cuidado.

A demonstração dessas emoções sempre foi condenada pela ciência. A emoção era tradicionalmente ligada a um sinal de debilidade e vulnerabilidade; acreditava-se, ainda, que ela interferia no bom discernimento e atrapalhava o raciocínio. Mas está provado que as emoções são essenciais para o bom discernimento, motivando o raciocínio e tornando os seres que a expressam mais verdadeiros, gerando confiança e ativando os valores éticos (SABBI, 1999).

A dimensão instrumental do cuidado está diretamente ligada ao fazer com habilidade e conhecimento, ao fazer com qualidade e competência, ao saber-fazer, uma vez que o conhecimento favorecerá ao cuidador um relacionamento cuidadoso, agradável e adequado, ao mesmo tempo em que possibilitará ao profissional tornar-se respeitado pela maneira como se apresenta e como desenvolve sua prática. Este saber-fazer requer, também, o autoconhecimento e o desenvolvimento espiritual. O autoconhecimento é considerado fundamental para que o cuidador conheça os seus limites no saber-fazer, segundo Silva (1998a), e ainda faz com que o enfermeiro reconheça os valores de referência que guiam suas ações e orientam suas atitudes. Já o desenvolvimento espiritual ajudará na estimulação da sensibilidade e da compaixão. A compaixão, segundo Boff (1999), não é um sentimento de piedade para com quem sofre, mas um sentimento ativo de reconhecimento do sofrimento do outro e compartilhamento, com ele, da dor e da alegria; é caminhar junto.

Hudak, Galo (1997) assevera que a espiritualidade inclui as crenças e valores do indivíduo. Reconhece, também, como capacidade espiritual a intuição, o conhecimento e aspectos relacionados ao desenvolvimento familiar de cada pessoa. Os objetivos da enfermagem relacionados à espiritualidade incluem, portanto, o reconhecimento e a promoção de fontes espirituais que elevem a fé e autoconfiança dos pacientes.

Pinto (1998) destaca que, na evolução do conhecimento na área de enfermagem, faz-se importante ressaltar o conhecimento intuitivo, definido como aquele conhecimento direto, que não procede por mediação, como o racional. Em estudo recente, Silva (2003) apresenta a intuição como uma habilidade que a enfermeira deve utilizar no cuidado, como aspecto do

pensamento crítico. A exemplo de estudos norte-americanos, descreve as experiências de profissionais de enfermagem em diferentes níveis de habilidades intuitivas.

As formas de não-cuidado foram citadas por Silva (2000) como tudo o que é caracterizado pelo descuido, descaso e abandono no cotidiano da vida humana, nas relações com os outros e com o meio ambiente, tudo o que, enfim, reflete a incapacidade do ser em expressar sua natureza humana. Waldow (1995) destaca que as formas de não-cuidado ou a ausência de cuidado são experiências mais facilmente lembradas pelas pessoas, por provocarem sentimentos negativos marcantes. No cotidiano, não é comum as pessoas habituarem-se a refletir sobre as formas de não-cuidado e suas repercussões nos seres cuidados. E se, porventura, isso é feito, é geralmente atribuindo a fatores externos que estão além do poder de resolução.

A vida humana está cada vez mais protegida pelas facilidades decorrentes da inovação tecnológica que oferece possibilidades de encurtar distâncias, diminuir o desgaste físico do trabalho, favorecendo ainda acesso ao conforto e à longevidade. No entanto, esta transposição da racionalidade moderna para a área de assistência à saúde trouxe inúmeras conseqüências, permitindo de um lado o avanço do conhecimento biológico e intervenções precisas na área, e, de outro, proporcionando um distanciamento cada vez maior do profissional de saúde com os aspectos que envolvem o paciente no transcorrer da doença (COSTERNARO e LACERDA, 2001).

A tecnologia é definida por Meyer (2002) como conhecimentos e instrumentos que, interligados, fundamentam e delimitam modos sistematizados de fazer e cuidar. A autora apresenta a tecnologia na saúde em dois momentos.

No primeiro, que se estende até os anos sessenta do século XX, ela é vista como uma dimensão fundamental da profissionalização, conhecer, dominar, manusear e desenvolver tecnologia eram ações havidas como um imperativo de cientificização. No segundo momento, o que vivemos hoje, fundamentado nas críticas aos pressupostos filosóficos da modernidade, a tecnologia, passa a ser representada como uma força desumanizante dos seres envolvidos no cuidado.

Para Mondin (1980), o triunfo exagerado da técnica fez com que o homem se sentisse o soberano da natureza, capaz de dominar todas as forças e ainda desfrutá-las para as próprias exigências. No entanto, o autor alerta para os efeitos nocivos da técnica, dizendo que, além das perdas dos valores do espírito, a ciência e a técnica causaram desgastamento profundo das relações humanas. E o que é mais grave, não fomos preparados para esses efeitos. Aliamos-nos à tecnologia como salvadora da humanidade e nos esquecemos de que dali poderia surgir um diferente tipo de relacionamento, o do homem com a máquina, um relacionamento mais fácil de ser conduzido porque é baseado no “manda-obedece”, sem reclamações nem brigas.

O mundo da tecnologia avançada possibilitou a criação de aparelhos e de instrumentos que, se permitidos, podem substituir o corpo e o toque. Tais aparelhos passam a realizar o cuidado e a enfermeira a dedicar sua atenção ao manuseio técnico, deixando de lado, em determinados momentos, o ser humano a ela conectado. O olhar atencioso, o afago, o aperto de mão o sorriso parecem agora desnecessários, conforme enfatiza Waldow (1999).

O apego à tecnologia serve, muitas vezes, de justificativa para a falta de cuidados, nos “serviços de ponta”, servindo inclusive como justificativa da enfermeira para o seu afastamento do doente e dos cuidados, referindo a

existência de tarefas técnicas de alta complexidade, que absorvem boa parte do seu tempo (COLLIÈRE, 1989). A autora defende ainda a noção de que o apego aos instrumentos dá-se por não haver uma definição no corpo de conhecimentos específicos na enfermagem. A indefinição, acreditamos, dá-se pela multidimensionalidade do cuidado humano, sendo necessário a enfermeira importar conteúdos de várias áreas de saber para constituir um conhecimento amplo e holístico adequado à complexidade do ser humano.

Silva (1997); Waldow (1999), alertam para a noção de que se evite o extremismo, ou seja, situações nas quais os enfermeiros se preocupam demais apenas com uma das dimensões do cuidado. O alerta é para que não se caia no mesmo erro que foi a supervalorização do aspecto instrumental, esquecendo-se a dimensão expressiva do cuidado. Silva (1997) destaca, ainda, que os estudos teórico-filosóficos sobre o cuidado na enfermagem norte-americana priorizam o componente expressivo/afetivo em detrimento do componente instrumental. Devemos explorar a dimensão expressiva através de pesquisas e da prática, mas sem esquecer a importância do conhecimento científico para a concretização do cuidado.

3.3 O cuidado de enfermagem em unidades críticas

O conceito de cuidado intensivo em enfermagem nasceu a partir da atuação de Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia, ocasião em que foi instituída por ela uma classificação de pacientes com base na seleção dos mais graves, a fim de que recebessem cuidados mais imediatos e a observação fosse mais constante. Teve seu marco nos anos 1960-70, com o surgimento do desenvolvimento tecnológico, quando passaram a ser exigidos da equipe de enfermagem com atuação nessas unidades conhecimentos e autoridade que, em

parte, eram antes considerados como sendo de domínio e privilégio somente do médico. O conhecimento necessário terminava por ir além daquele conteúdo curricular implementado no curso de graduação, sendo necessário um certo empenho de auto-aprendizagem, por parte do profissional, basicamente em sistema informal com “médicos-professores” (LINO E SILVA, 2001). Tal aprendizado embasado, conseqüentemente, no curso da doença e em estratégias de erradicação ou controle desta.

Desde então, o desenvolvimento das unidades críticas vem acompanhando o avanço tecnológico. Barbosa, apud Lino e Silva, (2001) descrevem três fases distintas na evolução dessas unidades. A primeira veio com a instalação das salas de recuperação pós-cirúrgica no final da década de 1940, quando já se observava avanços na anestesiologia e na cirurgia geral; a segunda foi marcada pelo desenvolvimento de estudos sobre estruturas e equipamentos para viabilizar o suporte ventilatório, e a terceira fase veio com o desenvolvimento de sistemas de monitorização eletrocardiográfica contínua e desfibrilação por descarga elétrica.

A abordagem terapêutica ao paciente grave desenvolveu-se a partir da década de 50 do século XX, com denominações como “tratamento intensivo” e “cuidado ao paciente crítico” (KNOBEL E KÜHL, 2000).

A evolução veio com o avanço das técnicas cirúrgicas e com a necessidade de se prestar melhor assistência aos pacientes no pós-operatório, quando surgiram, então, as salas de recuperação pós-operatória. Alguns autores, como Knobel e Kühl, (2000) e Nishide *et al*, (2001), consideram a sala de recuperação como unidade precursora de uma unidade de tratamento intensivo.

A introdução de técnicas ventilatórias aconteceu primeiro dentro das salas de cirurgias, UTIs e das salas de recuperação, para posteriormente acontecerem fora delas, o que sucedeu durante a epidemia de poliomielite, com reforço na comprovação, através de pesquisas, de que a maioria dos pacientes morria de insuficiência respiratória. Isso ensejou os primeiros contatos com equipamentos que auxiliavam na sobrevivência dos pacientes, e, conseqüentemente, a aprendizagem da manipulação dos equipamentos auxiliares dos cuidados básicos (NISHIDE *et al*, 2001).

As unidades críticas surgiam com as unidades de choque hemorrágico, que tiveram início na década de 1950; unidades coronarianas iniciadas em 1962, depois foram surgindo unidades críticas para pacientes cirúrgicos, com problemas neurológicos; para grandes queimados; para pacientes com traumas; unidades para atendimento de pacientes graves nas áreas de Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia.

O desenvolvimento e a transformação nessas unidades evoluiu de forma rápida, levando os enfermeiros a se defrontarem com grandes desafios, pois, além do aumento das necessidades de atendimento aos pacientes, tinham que dispensar boa parte do tempo na atenção aos equipamentos.

O Ministério da Saúde define as unidades de tratamento intensivo como aquelas unidades instaladas dentro de hospitais, destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco, dispondo de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, que possuam equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica (MS, BRASIL, 1998).

O planejamento da unidade deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, composta pelo médico, enfermeiro, arquiteto, engenheiros e administrador do hospital. Deve estar baseado nos padrões de admissão dos pacientes ao hospital. Em razão do seu alto custo, a instalação dessas unidades não é recomendável em hospitais que não atendam a serviços de emergência, de cirurgia ou de cardiologia. Segundo a Portaria n.º 3432, de 12 de agosto de 1998, todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos para tratamento intensivo, o que corresponde a no mínimo 6% dos leitos totais. Relman apud Nishide *et al*, (2001) sugere que cada hospital deve destinar de 15% a 20% dos leitos totais para o atendimento de pacientes que necessitem de cuidados intensivos.

Segundo as normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS -1994), a organização físico-funcional para um paciente em terapia intensiva deve estar instalada de forma a proporcionar condições de internar pacientes críticos, em ambientes individuais e/ou coletivos, conforme o grau de risco, faixa etária, patologia e requisitos de privacidade; executar e registrar assistência médica e de enfermagem intensiva; prestar apoio diagnóstico/laboratorial, de imagem e terapêutico, durante 24 horas; manter condições de monitoramento e assistência ventilatória contínua; prestar assistência nutricional e distribuir alimentos para os pacientes, mantendo os pacientes em situação de *morte encefálica* em condições capazes de permitir a retirada de órgãos para transplantes, quando consentida.

A enfermeira compõe a equipe básica exigida pelo Ministério da Saúde, sendo necessário um enfermeiro coordenador exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem, e um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho (MS, BRASIL, 1998). A encarregada ou

responsável pela unidade deve ser uma profissional qualificada e competente em enfermagem clínica, com experiência em administração; com capacidade para organizar, coordenar e avaliar o serviço de enfermagem em regime integral, manter atualizado o projeto de formulação das condutas de enfermagem, procedimentos e padrões de tratamento; controle de custos dos serviços prestados; prover a escala de trabalho da equipe; estabelecer critérios para admissão de pessoal e criar programas de ensino e de pesquisa. As demais enfermeiras da equipe devem estar preparadas para lidar com pacientes que necessitem de suporte para as funções vitais, tais como os pacientes comatosos, os que requeiram circulação assistida (balão intra-aórtico), hemodiálise, transplantados, portadores de arritmias cardíacas e outros (KNOBEL E KÜHL, 2000).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, o quadro profissional de uma UTI inclui o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem; e considera o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), as horas de assistência de enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito, necessários para estabelecer o referencial mínimo para a composição do quadro. Para o cálculo da assistência intensiva, deve ser utilizado o escore de 15,4h de enfermagem por paciente, nas 24 horas, considerando-se a carga horária de 36 horas semanais. A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem para cuidados intensivos é de 55,6% para enfermeiros e 44,4% para técnicos de enfermagem. E ainda o acréscimo ao quantitativo de profissionais estabelecido em 30% de Índice de Segurança Técnica (IST), conforme a fórmula seguinte recomendada pela Secretaria Estadual de Saúde, segundo Nishide *et al*, (2001):

$$\frac{\text{MLO} \times \text{HAE} \times \text{DS}}{\text{jornada de trabalho semanal}} + \% \text{absenteísmo}$$

sendo:

MLO : Média de Leito Ocupado

HAE: Horas de Assistência de Enfermagem

DS: Dias da Semana

O absenteísmo representa o número de funcionários necessário para cobrir as ausências por faltas, licenças, férias, folgas e demissões.

Nas unidades de tratamento intensivo, a enfermagem visa a contribuir com o processo de reabilitação do paciente, atendendo-o em suas necessidades humanas básicas, sem negligenciar a visão holística do indivíduo, através da vigilância contínua, da aplicação de cuidados especializados e do manejo de equipamentos. A vigilância ininterrupta deve ser a base do cuidado em terapia intensiva. Vigilância – *aletheia*, no grego, que significa “sair da *lethê*”, sair do sono, viver em estado de atenção (LELOUP, 2002b).

Em toda UTI deve haver um protocolo das condutas de enfermagem, elaborado com base na problemática do paciente, empregando a devida atenção ao indivíduo, a fim de evitar tornar a assistência tecnicista. No entanto, estes protocolos são considerados ainda as melhores formas de evitar erros, dar agilidade à assistência, diminuir os custos e manter a qualidade técnico-científica da assistência. Devem ser tomadas as devidas precauções a fim de se evitar o risco de recair sobre esses protocolos críticas ou qualquer culpa por uma assistência tecnicista, visto que são necessários e devem compor o corpo de conhecimentos de um enfermeiro, preparado para atuar nessas unidades.

Os cuidados são geralmente centrados nos sistemas orgânicos, como respiratório, cardiocirculatório, neurológico etc, mas, existem também os cuidados gerais que são comuns a qualquer paciente em tratamento intensivo. Conforme Bork *et al* (2000), esses se direcionam para o controle dos sinais vitais, dentre eles a temperatura, a pressão arterial, a frequência cardíaca e a pressão venosa central, que devem ser verificados no mínimo a cada duas horas, em virtude da instabilidade apresentada pelos pacientes.

Além destes sinais, deve-se considerar a avaliação neurológica (nível de consciência, respostas motoras, diâmetro, simetria e reação das pupilas) de pacientes com quadros neurológico diversos; a monitorização cardíaca que deve ser realizada continuamente, observando o cuidado com a colocação dos eletrodos para que não haja alterações nos impulsos elétricos, sendo também necessário realizar o rodízio dos eletrodos pelo menos uma vez por dia, para prevenir lesões na pele; o balanço hídrico para garantir o controle e adequação do aporte hídrico, de acordo com cada afecção, visando a auxiliar na correção ou instalação de alterações nas volêmias do paciente. A enfermeira deve registrar ganhos e perdas hídricas, no mínimo a cada duas horas. Os ganhos são medicações e líquidos via oral e via endovenosa, dietas por sonda, nutrição parenteral prolongada e hemoderivados. Nas perdas, se incluem os controles da diurese, evacuação, sonda nasogástrica e drenagens.

É importante considerar as perdas insensíveis, como saliva, as resultantes de estados febris e de sudorese. Inclui-se aqui o cuidado na administração das dietas, uma vez que a alimentação dos pacientes graves geralmente é feita através de sonda, para cujo controle e manuseio, também, o profissional deve estar preparado a fim de evitar danos e outras complicações para o paciente. Observação idêntica é feita em relação ao uso da sonda vesical, visto que os

pacientes acamados na UTI, salvo outra decisão, devem permanecer com sonda vesical de demora em sistema fechado, para um melhor controle e mensuração da diurese, haja vista, inclusive, a necessidade de se redobrar os cuidados para prevenir infecção urinária.

Os cuidados com pacientes em ventilação mecânica, cânula de intubação/traqueostomia são de extrema importância, em razão da grande possibilidade de esses pacientes contraírem infecção respiratória ou de piorarem o quadro, como evolução para sepse, em consequência da longa permanência em ventilação artificial; dentre os cuidados alerta-se para a necessidade da higiene oral na frequência recomendada ou conforme requeira a condição do paciente, assim como os cuidados necessários em relação à cânula, desde a fixação e posicionamento; a aspiração de secreções, conforme a necessidade e consoante as recomendações técnicas; o controle e registro dos parâmetros do ventilador a cada seis horas ou mediante alteração; participação efetiva no processo de desmame e acompanhamento da evolução dos níveis gasométricos e radiológicos; atenção para o sistema de comunicação a adotar, conforme a situação, seja por meio de cartelas ilustrativas ou via comunicação escrita.

A administração de drogas vasoativas requer cuidados especiais, visto que essas drogas podem desencadear importantes alterações hemodinâmicas, que devem ser prevenidas mediante controle rigoroso do gotejamento através de bombas infusoras. Também é necessária a atenção ao controle dos sinais vitais básicos (PA e FC), em intervalos, conforme recomendação técnica, máximo de 60 minutos, relacionando-os com o gotejamento da droga.

Atenção especial deve ser dada também aos cuidados para promover o conforto e para evitar úlceras de pressão, acentuando-se os cuidados com a

integridade da pele, efetuando-se mudanças de decúbito a cada duas horas, protegendo as proeminências ósseas, efetuando massagem corporal e utilizando-se colchões específicos para evitar escaras, o que entretanto, é claro, não dispensa os cuidados de enfermagem.

Os cuidados com a localização e a adequação do paciente na unidade visam diminuir o risco de infecção cruzada, devendo ser considerada a já existência ou não de infecção na unidade. Observam-se, também, o grau de complexidade e o nível de consciência do paciente, a fim de evitar-se o estresse causado pelas circunstâncias ambientais. Havendo presença de um ou mais fatores que aumentam o risco de queda do paciente internado - tais como: idade inferior a cinco anos e superior a 65 anos, agitação, distúrbios de sensibilidade, distúrbios neurológicos e utilização de sedativos - recomenda-se: manter a cama baixa, rodas travadas e grades elevadas; utilizar restrição ao leito, quando necessário, e atender prontamente aos chamados do paciente.

4. O CUIDADO HUMANO COMO REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson¹

As tarefas da enfermagem estão intrinsecamente voltadas para um trabalho interdisciplinar, uma vez que, como equipe de enfermagem formada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, compõe um dos subgrupos do complexo grupo de profissionais de saúde que atuam dentro do ambiente hospitalar. A diversidade desses profissionais termina ocasionando divergências de opiniões e, conseqüentemente, maneiras diferentes de desenvolver a prática, as quais vão sendo trabalhadas ao desenrolar das atividades práticas. A esse respeito, Neves (2001) enfatiza a necessidade de buscarmos um referencial teórico-filosófico que tenha por objetivo servir como fundamentação, qualificação, planejamento e desenvolvimento da prática profissional.

A teoria em que nos apoiamos pra buscar suporte para a interpretação sobre o modo de cuidar em terapia intensiva é a Teoria do Cuidado Transpessoal ou Teoria do Cuidado Humano, como também é conhecida, desenvolvida por Jean Watson. Resultado de estudos, experiências e observações realizadas pela autora, que se baseou nas crenças e nos valores de saúde, adotados no viver humano. É influenciada, dentre outros, pela fenomenologia existencialista, pela psicologia de Carl Rogers, pelos estudos de Peplau, Henderson, Leininger,

¹ Jean Watson (nascida em 1949), recebeu seu diploma em enfermagem do *Lewis Gale Hospital*, em Roanoke, VA; bacharelado em enfermagem da Universidade do Colorado, em Boulder, mestrado em enfermagem psiquiátrica e de saúde mental da Universidade do Colorado, em Denver e PhD em Psicologia Educacional da Universidade do Colorado, Boulder. É atualmente Professora e diretora do Centro de Cuidado Humano da Universidade do Colorado. Atuou como consultora clínica, pesquisadora e administradora educacional. Possui doutorado honorário do *Assumption College*, Worcester, MA, e da Universidade de Akron, OH. Watson ministra palestra em inúmeros países como Israel, Canadá, Austrália, Japão, Taiwan, Nova Zelândia, Brasil, dentre outros. É autora de diversos artigos, capítulos de livros e de livros. Sua pesquisa tem sido na área de cuidado humano.

Gadow e Sartre. Encontrou, ainda, apoio e desenvolvimento complementar no trabalho de Richard Lazarus, de quem pegou por empréstimo o termo transpessoal (NUNES, ZAGONEL, 1996); (GEORGE, 2000); (FREITAS, 2001).

Watson, deu início aos estudos para esse trabalho ao escrever um livro para subsidiar o currículo de enfermagem. Seu trabalho é considerado uma filosofia, vista como um ideal moral, uma ciência humana, uma arte. A teoria busca transpor o cuidado biologicista para uma dimensão que transcende o mundo físico e material, estabelecendo contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa. Tem sido utilizada como referencial teórico para diversos estudos na área de enfermagem.

A natureza da enfermagem, na teoria de Watson, está relacionada a ajudar as pessoas a adquirirem um grau mais elevado de harmonia entre mente-corpo-alma, gerando autoconhecimento, auto-respeito, autocura e processos de autocuidado. O enfermeiro participa ativamente nas transações de cuidado humano, propiciando ao cliente possibilidades de progredir para níveis de consciência mais elevados (NUNES, ZAGONEL, 1996).

Watson (1988) declara em sua teoria que a atitude de cuidado que deve ser utilizada pelos profissionais de enfermagem é prejudicada, haja vista o excessivo número de tarefas e as exigências tecnológicas dos fatores curativos. Mesmo considerando que a cura é domínio da Medicina, diz que sem o cuidado não se obtém saúde, portanto, sem ele, a doença permanece. Ao mesmo tempo em que Watson defende a necessidade inquestionável do absolutismo do método científico, ela demonstra a valorização da natureza relativa da enfermagem e

postula fortemente a necessidade de desenvolvimento de outros métodos de conhecimento que ofereçam uma perspectiva holística para a enfermagem.

A teoria transpessoal apresenta sete pressupostos sobre a ciência do cuidado e dez fatores de cuidados primários, que Watson (1988) denomina de *carativos* para a formação da estrutura de sua teoria.

Determina como pressupostos os seguintes:

- o cuidado só pode ser efetivamente demonstrado e praticado de forma transpessoal;
- o cuidado consiste em fatores que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas;
- o cuidado efetivo promove a saúde e o crescimento individual e familiar;
- as propostas de cuidado devem contemplar não apenas o que a pessoa é, mas também o que ela poderá vir a ser;
- o ambiente de cuidado deve oferecer condições para o desenvolver o potencial da pessoa, mas ao mesmo tempo lhe permitir escolher a melhor ação para si mesma em um determinado momento;
- a prática do cuidado integra o conhecimento do comportamento humano para gerar ou promover a saúde e proporcionar atendimento aos que estão doentes. A ciência do cuidado é, portanto, complementar à ciência da cura; e
- o cuidado é a essência da prática e é fundamental à enfermagem.

A estrutura da ciência do cuidado está construída sobre os dez fatores de cuidado, a seguir comentados, considerados por Watson como foco principal da enfermagem, que derivam de uma perspectiva humanista, combinada com uma

base de conhecimentos científicos, formando a estrutura para a ciência do cuidado.

Fator de cuidado 1: A formação de um sistema de valores humanístico-altruísta, cuja formação tem início a partir do compartilhamento, com os pais, de valores e crenças, através de experiências pessoais durante o desenvolvimento. Para promover o cuidado baseado em valores humanistas e comportamento altruísta, a enfermeira necessita desenvolver uma visão antropológica do ser humano e realizar um exame de seus próprios pontos de vista a respeito de crenças e valores em diversos ângulos, de forma a contemplar visões diversificadas sobre sua vivência.

Fator de cuidado 2. A estimulação da fé e da esperança. Neste fator, Watson declara que é necessário para as enfermeiras transcender e aceitar opções como a meditação, e sobre o poder de cura, da crença em si ou no aspecto espiritual, que vão além do que determina a Medicina ocidental. A enfermeira deve utilizar a fé e a esperança para auxiliar o indivíduo nos momentos difíceis, não se opondo à ciência moderna, mas complementando-a para estabelecer uma assistência completa ao ser humano.

Fator de cuidado 3. O cultivo da sensibilidade para si mesmo e para com os outros. A enfermeira necessita procurar dar atenção aos próprios sentimentos, não obstante o fato de que esses nem sempre se coadunam com as necessidades, chamadas prioritárias, no entanto têm forte componente de vitalidade que concorre para reafirmar e vivificar atitudes e conhecimentos, que muito contribuirão para a seleção e aplicação de estratégias de cuidado. A mente e as emoções da pessoa são janelas de sua alma. É indispensável que a enfermeira

consiga transmitir sensibilidade e autenticidade para que, desta forma, consiga interagir melhor, inspirando confiança.

Fator de cuidado 4. Estabelecimento de um relacionamento de ajuda-confiança. Neste fator, Watson deixa destacada a necessidade de uma relação empática e afetuosa entre enfermeiro e paciente, a fim de se estabelecer uma interação centrada na verdade, na honestidade e na aceitação positiva entre ambos. Enfatiza a importância da utilização de uma adequada comunicação verbal e não verbal como forma de favorecer uma compreensão mais profunda.

Fator de cuidado 5. A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos. Este se refere à estimulação da expressão de sentimentos a partir de uma comunicação espontânea entre a enfermeira e o cliente, e, ao mesmo tempo, à disponibilidade para aceitação da expressão desses sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, segundo qualquer percepção externa.

Fator de cuidado 6. O uso sistemático do método científico de soluções de problemas para tomar decisões. Envolve a condução do sistema de cuidados através do desenvolvimento de uma base científica da enfermagem. Deve ser considerada e valorizada a natureza relativa da enfermagem, no sentido de tornar o cuidado o máximo pessoal possível e com um bom equilíbrio de objetividade e subjetividade.

Fator de cuidado 7. A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal. Centra-se no princípio de que o acesso às informações e possibilidades de fazer escolhas proporciona às pessoas maior controle sobre a própria saúde. A enfermeira deve desenvolver técnicas de ensino-aprendizagem que se adequem à

pessoa e à situação, pois a compreensão das informações, pelo cliente, pode facilitar o processo de cuidado.

Fator de cuidado 8. A provisão de ambiente mental, físico, sócio-cultural e espiritual sustentador, protetor e (ou) corretivo. A enfermeira como reconhecadora de que o ambiente do indivíduo possui variáveis externas, como fatores físicos e de segurança, e variáveis internas, como as atividades mentais, espirituais e culturais, e que existe interdependência do ambiente interno em relação ao externo. Deve procurar prover condições para que haja uma harmonização dessas variáveis no ambiente do paciente, a partir de sua percepção sobre a existência de desequilíbrio. A enfermeira pode auxiliar o paciente fortalecendo seus mecanismos de defesa, além de oferecer um ambiente estético e limpo, o que contribuirá para aumentar a autovalorização e a dignidade.

Fator de cuidado 9. Auxílio com a gratificação das necessidades humanas. As necessidades humanas, de acordo com Watson, podem ser de ordem inferior e superior. Tanto as de ordem inferior (necessidades biofísicas ou de sobrevivência, que incluem necessidade de alimento, eliminação e ventilação e as necessidades psicofísicas ou funcionais, necessidade de atitude e de sexualidade), como as de ordem superior (as necessidades psicossociais ou integradoras, incluem necessidade de aquisição e de afiliação, e necessidades intrapessoal e interpessoal ou de busca de crescimento), devem ser vistas e valorizadas no contexto de vida do paciente, que deverá ser auxiliado a ter a devida gratificação com o seu atendimento.

Fator de cuidado 10. Aceitação das forças existenciais-fenomenológicas. Este fator sugere que a enfermeira deve se voltar para o seu próprio interior e encarar

seus questionamentos existenciais. Deve buscar, na fenomenologia e na psicologia existencial, uma compreensão de si mesma para que, dessa forma, se torne apta a auxiliar outras pessoas a compreenderem o significado de eventos difíceis na vida, como a doença e a morte e ainda enfrentar a condição humana.

Watson trabalha com base nos conceitos de ser humano, saúde, ambiente/sociedade e enfermagem.

A seguir traçamos um paralelo desses conceitos com base nas nossas reflexões e experiência profissional, conforme vem:

Consideramos o Ser Humano uma pessoa valorizada em si mesma, que deve ser cuidada, respeitada, alimentada, compreendida e auxiliada; um ser completamente integrado funcionalmente, sendo maior e diferente do que a soma das partes que o compõem.

O paciente, por sua vez, é esse ser humano. Entretanto, no nosso juízo, a valorização, o respeito e a compreensão constituem questões que têm ficado à deriva no plano de cuidados do paciente grave. Por uma deturpação cultural, as emergências biológicas recebem a prioridade no momento do tratamento, estando em risco, porém, a vida da pessoa. Mas, depois também, quando o paciente já está estabilizado e sem risco, é mantida a mesma continuidade do tratamento às necessidades biofísicas, esquecendo-se das demais dimensões. Consideramos que o ser humano sob cuidados intensivos é uma pessoa que se encontra com todas as necessidades afetadas, com grave risco de vida ou complicação de sua saúde. Dever-se-ia considerar como importantes fatores à sua recuperação o atendimento inicial às necessidades inferiores (biofísicas) e o auxílio à compreensão e valorização das necessidades superiores (psicossociais e psicoespirituais), tais como o auxílio, a atenção, o respeito, a solidariedade, o

carinho, o afeto, o amor, o zelo e a compaixão, para que o cuidado atinja o paciente/ser humano em sua plenitude e este passe a sentir-se vivo, ser reconhecido como pessoa.

Concordamos com a definição de saúde da OMS, como sendo o estado positivo de bem-estar físico, mental e social, acrescentando ao conceito, um alto nível de funcionamento geral, uma adaptação-manutenção do funcionamento diário e a ausência da doença ou presença de esforços que levem à ausência dessa. Postulamos o argumento de que o verdadeiro atendimento à saúde deve levar em conta o estilo de vida da pessoa, as condições sociais e o ambiente.

A saúde nas unidades críticas integra um campo de ausência e de busca. Todos os esforços nessas unidades ocorrem em busca da recuperação da saúde que está ausente. Mas o que será realmente saúde para os profissionais que trabalham nessas unidades? Na nossa percepção, a saúde para esses profissionais está mais ligada a um coração batendo, mais precisamente, à presença de ondas eletrocardiográficas, no monitor cardíaco; ao funcionamento do sistema renal, constatado pela presença de urina e pelos valores das taxas afixadas nos resultados de exames laboratoriais; às pistas de integridade cerebral, detectadas através de sinais neurológicos, isto é, parte-se da doença para buscar a saúde. É como se o ser daquele paciente pudesse ser medido apenas pelos poucos sinais, fios de vida biológica que ele apresenta. Tudo isso faz-se importante ser valorizado, mas é relevante também, e achamos que isso faz parte da ação da enfermagem - valorizar a natureza humana que ali está, principalmente porque é nesses momentos que o próprio paciente, quando em condições de reflexão, valoriza mais a vida por estar ameaçado de perdê-la, nesses instantes em que, para a maioria dos pacientes, toda a dimensão física é relegada a segundo plano, ele e família mergulham na dimensão espiritual, e justamente nesta ocasião, eles

não percebem, no cuidador, o reconhecimento à valorização dessa dimensão, entremeando-se aí, portanto, mais uma crise: o choque de valores.

Consideramos que os valores sociais interferem no ambiente e que esses mesmos valores são determinantes no comportamento das pessoas. O reconhecimento dos valores culturais e espirituais facilita o processo de cuidar, pois se interpenetram e a ligação desses aspectos ajuda a garantir, a atingir as metas estabelecidas para os cuidados, uma vez que a cultura contribui para a conexão das idéias.

Se o ambiente afeta o comportamento das pessoas, o ambiente da UTI tem grande parcela no comportamento impessoal, que é uma alusão feita pelo cliente ao modo como cuidam os profissionais de unidades críticas. É um ambiente culturalmente reconhecido pela sociedade como frio e desumano. Perceber e aceitar a idéia de que o ambiente das unidades críticas pode afetar na recuperação do paciente e na adaptação da família é fornecer um espaço para possibilitar opções mais humanas, que minimizem os danos causados ao paciente e à família.

A enfermagem, como profissão, preocupa-se com a promoção da saúde e a prevenção e tratamento da doença, razão pelo qual os enfermeiros devem comprometer mais os seus ideais de cuidado humano na teoria, na prática e na pesquisa.

Consideramos a enfermagem nas unidades críticas como presença contínua, que cuida e revigora, que conforta, ouve, dá atenção; presença na chegada do paciente, na informação à família. presença na saída do paciente, com alegria, se vai para outro leito com desejo de melhoras, ou na saída com

tristeza, se regressa sem vida para seus familiares; estada, também, nas discussões com a equipe sobre o tratamento; no planejamento e organização da unidade; conferência, inclusive, com os administradores na tentativa de redimensionar a filosofia na hora de estabelecer de que forma e com o que se vai diminuir os custos da unidade.

É enfatizado por Watson, o fato de que, com a explosão da tecnologia, a ampliação dos métodos de estimar a gravidade dos pacientes e a conseqüente redução da permanência do paciente no hospital, o confronto oferecido ao paciente pela enfermagem veio requerer do enfermeiro a capacidade do desvelamento de estratégias eficazes de cuidado e de cura, devendo, então, esses profissionais, ampliar e aprofundar, cada vez mais, o contínuo desenvolvimento de estudos e de pesquisas a esse respeito.

Watson propõe, ainda, o processo de enfermagem composto por quatro fases: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento e, implementação e avaliação. Estes podem estar separadas, interligadas ou sobrepostas. São descritos estes períodos também por Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), como etapas identificáveis do processo de enfermagem, que na verdade são inter-relacionadas e interdependentes. Segundo as autoras citadas, o **Histórico** integra a primeira fase do processo; baseia-se na coleta de informações do cliente, família ou da comunidade, com o objetivo de identificar os problemas e as necessidades humanas do cliente. Os dados devem ser coletados através da entrevista e de um exame físico, auxiliados por exames laboratoriais.

A segunda é constituída pelo **Diagnóstico de Enfermagem**, fase durante a qual são procedidas, com o devido critério, a análise e a interpretação dos dados. O diagnóstico de enfermagem serve de base para as fases seguintes, e

qualquer erro no diagnóstico afetará diretamente o sucesso das ações de enfermagem.

A terceira etapa – a de **Planejamento** - consiste em estabelecer prioridades, de forma organizada, fixar metas para os cuidados, registrar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem. No planejamento, são desenvolvidas as estratégias para a correção dos problemas diagnosticados ou prevenção de prováveis problemas, no caso dos diagnósticos de risco.

A **Implementação** ou desenvolvimento das ações definidas na fase anterior pode ser executada por outros membros da equipe de enfermagem, do cliente e da família, sob a supervisão do enfermeiro. O registro de atendimento em documentação adequada é parte importante dessa etapa de implementação.

A última fase é o processo de **Avaliação**, que pode ser considerada, em termos de sistemática, como o reinício do processo, pois é nela que se faz a estimativa do alcance das metas de cuidado, do progresso no tratamento obtido pelo cliente e quais as revisões necessárias ao plano de cuidados.

Segundo Zagonel (1996), a Teoria de Watson é um método filosófico de aplicação clínica que utiliza conceitos existenciais, orientação fenomenológica e uma dimensão espiritual voltada às várias condições humanas. Esses conceitos não costumam ser utilizados pelos enfermeiros, mas podem sensibilizá-los para a execução de uma prática voltada ao cuidado holístico, comprometido com o espiritual, à interação, à auto-estima, ao próprio respeito e à cura com a plena participação do cliente.

Lacerda (1996), ao utilizar o cuidado transpessoal de Jean Watson, em pesquisa sobre o cuidado domiciliar, concluiu que o cuidado realizado pela enfermeira é aquele que ocorre quando ela envolve tanto o seu “self” quanto o do outro, considerando os seres mais do que somente “biologizados”, mas seres apreciados em todas as dimensões humanas.

Sourial (1996), em análise procedida na Teoria do Cuidado Humano, sugere que Watson deve aperfeiçoar seu trabalho em dois aspectos: o primeiro é deixar mais claras as definições teóricas, principalmente os fundamentos filosóficos, utilizando terminologias mais consistentes, usando diagramas adicionais que esclareçam a teoria. O segundo é a validação dos fatores *carativos* e do cuidado transpessoal, através de dados empíricos.

Watson e Foster (1999), que vem dando continuidade aos seus estudos sobre o cuidado humano, em sua mais recente obra, enfatiza a prática da enfermagem na pós-Modernidade, destacando o poder que cada um tem de cuidar/reconstituir (*care-healing*) de si mesmo. Propõe a harmonia entre a Medicina e a Enfermagem, visto serem ciências e profissões que se complementam na busca do reconhecimento do potencial humano na sua integralidade. Defende um contexto transteórico e transdisciplinar com a experiência em teorias de enfermagem, que percebam o homem numa visão holística. Em outro estudo, Watson (2002) faz uma síntese criativa de integração e convergência entre a Teoria do Cuidado Humano e a Teoria do Ser Humano Unitário, de Martha Rogers, como proposta para o desenvolvimento e o conhecimento da enfermagem.

Declara Watson (2003), ao mesmo tempo em que propõe o modelo de enfermeira hospitalar citado nos trabalhos de Mustard, que hospital, como

modelo de tratamento tradicional com rotinas e práticas industriais, foi caracterizado por um modo de cuidado dirigido pela tecnologia, diagnósticos, tratamento de doença aguda e administração de produtos de linha. Referido modelo não requer nenhuma mudança estrutural na instituição, mas introduz um programa de trabalho educacional com o pessoal de enfermagem, ajudando a criar um ambiente de aprendizagem, mudança na cultura da prática de cuidado, diminuindo danos, acidentes, mortes e melhora nos padrões de segurança. O modelo propõe, também, uma enfermeira hospitalar perita em cuidado e competência para lidar com paciente com doenças agudas, dando ênfase ao pensamento crítico e à habilidade interpessoal, tanto quanto habilidade clínica e técnica, aptidões postas em prática, principalmente, por enfermeira da educação do pessoal de enfermagem, e como guia sobre a teoria.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 A escolha do método

Santos, Clos (1998) recomendam que o método e a técnica de pesquisa devem ser escolhidos, tendo-se em vista a natureza do problema ou do objeto que o investigador deseja conhecer ou estudar. Minayo, (1998) acrescenta que o melhor método é aquele que permite maior aproximação com o objeto, não havendo, portanto, sentido algum a defesa desta ou daquela abordagem em detrimento de outras externas às questões que o investigador se propõe. Assim sendo, entendendo que o objeto deste estudo requeria um método de investigação que possibilitasse entender os fenômenos que envolvem o cuidado intensivo a partir da compreensão sobre a forma como o enfermeiro percebe o cuidado prestado ao paciente em estado grave, e, que as reações humanas têm uma relação freqüente com crenças, valores, significados e experiências (o que não pode ser quantificado, nem expresso em números, uma vez que são fenômenos que inevitavelmente impõe uma reflexão), optamos, então, pela metodologia qualitativa que, segundo Duarte (1998), prima pelo reconhecimento do privilégio facultado ao controle do sentido, da significação, da dimensão valorativa dos fenômenos observados e da atitude cognoscitiva do investigador. Minayo (1999) também refere que os dados qualitativos são importantes na construção do conhecimento, pois permitem indícios ou a reformulação de uma teoria, podendo, assim, levar a clarificar abordagens já tidas como consolidadas.

A caracterização, pois, deste estudo é do tipo exploratório que, segundo Gil (1991), proporciona ao pesquisador maior familiaridade com o problema, com o objetivo de torná-lo mais explícito.

5.2 Contexto do estudo

5.2.1 Cenário do estudo

O estudo foi realizado com enfermeiros de um hospital filantrópico. A escolha do local decorreu do fácil acesso ao campo pelo vínculo adquirido pela autora deste trabalho, ao longo de 11 anos, e por ser um hospital de referência regional na prestação de assistência médico-hospitalar no norte do Estado do Ceará, há 75 anos.

Referida Instituição conta atualmente com 372 leitos, designados para atendimento a pacientes do SUS, planos hospitalares e de seu próprio Plano de Assistência a Saúde – PAS. Atende aos clientes/pacientes oriundos de várias cidades do Estado, que buscam tratamento em especialidades diversificadas.

Seu raio de abrangência é de 75 municípios, atendendo a cerca de 1.750.000 habitantes, com uma média de 100 internações-dia, no Pronto Socorro adulto e infantil; uma média diária de 380 pacientes/dia. Para o atendimento a pacientes em estado crítico tem-se Emergência, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade Coronariana e Berçário de alto risco. Mantém convênio com instituições públicas e particulares de ensino, como campo de prática nos cursos de nível médio, técnico e superior de Enfermagem e curso de Medicina.

Constam, no seu quadro funcional 63 enfermeiros, dos quais 31 (50%) são especialistas, 12 (20%) estão cursando especialização, 02 estão cursando mestrado e 01 o doutorado. O regime de contratação é CLT, com 36 horas semanais

5.2.2 Unidades críticas

A Unidade de Emergência tem uma área física de 600 m², dividida em duas alas – adulto e infantil. A ala para atendimento adulto a partir de 14 anos tem como planta física: uma recepção, uma dependência para triagem, o posto de enfermagem, subdividido em salas de administração de medicamentos e área de atendimento a clientes, 02 consultórios, uma enfermaria para observação de pacientes do sexo masculino com 04 leitos e uma para observação de pacientes do sexo feminino com 06 leitos; salas para atendimento de pacientes com agravos de alta complexidade, com cinco leitos, e média complexidade com 05 leitos/maca. A sala para atendimento de alta complexidade dispõe de todos os equipamentos necessários para atender as mais diversas situações de urgência e emergência. Ficam em observação, em média, 19 pacientes por dia. São atendidas por mês, em média, 6.000 pacientes e são realizados, em média, 3.800 procedimentos por mês, como suturas, curativos, medicações etc.

A Unidade Coronariana, que mede mais ou menos 230 m², possui oito leitos disponíveis para o atendimento aos pacientes portadores de cardiopatias clínicas graves, em pós-operatório de cirurgia cardíaca ou angioplastias, atendendo uma média mensal de 98 pacientes. O posto de enfermagem está localizado no centro da unidade, com monitorização central. A equipe de enfermagem é composta por cinco enfermeiros e doze auxiliares de enfermagem. Está localizada em um anexo hospitalar especializado em doenças cardíacas, denominada atualmente de Hospital do Coração.

A Unidade de Terapia Intensiva, que mede 130,97 m², conta com nove leitos separados em boxes, sendo que, desses, oito medem 4,50 m² e um mede 5,6 m². É em formato semicircular com posto de preparação de medicamentos e

monitorização central com visualização para todos os boxes. A equipe de enfermagem é composta por 05 enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e 09 auxiliares de enfermagem. Cada boxe é composto por um monitor de beira de leito, kit com saída para O², ar comprimido e vácuo, e contém equipamentos para atendimento a pacientes clínicos e cirúrgicos em estado grave. Atende em média 60 pacientes ao mês. Tem uma taxa de permanência de 4,3 dias e uma taxa de ocupação de 87,7%. Utiliza como meios de humanização do ambiente a iluminação natural através de janelas de vidro, visita diária de beira de leito, acompanhamento, quando necessário, e orientação espiritual.

5.3 Sujeitos da pesquisa

A população foi constituída pelos enfermeiros que trabalham na referida Instituição, sendo que, para o delineamento da amostra consideramos os enfermeiros lotados nas unidades críticas para atendimento a pacientes adultos. Dos 12 enfermeiros entrevistados, nove são do sexo feminino e três do sexo masculino; nove são especialistas, dois estão cursando especialização e um é graduado; possuem uma média de idade de 38,9 anos. Estão formados em média há 11 anos e atuam em unidades críticas em média há 8 anos. Foram cognominados com os signos do zodíaco, descritos no capítulo de organização dos dados.

Ao definir os critérios para dimensionamento de amostragem, seguimos o que é sugerido por Minayo (1999, p.103), ao dizer que “*uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões*”. Referidos critérios estão assim especificados:

- grupo a ser pesquisado - todos os enfermeiros que estivessem atuando em unidades críticas, no período da coleta de dados, e que estivessem nessas unidades há pelo menos um ano. Optamos também por lidar com sujeitos com a mesma formação, no caso, todos enfermeiros;
- delineamento do quadro da pesquisa - este foi considerado concluído ao percebermos que estava havendo saturação nos dados colhidos, isto é, com a décima segunda entrevista.

A amostra constou portanto, de doze enfermeiros que trabalham em Unidades consideradas Críticas, que estiveram em serviço no período da coleta de dados e aceitaram colaborar com a pesquisa. Sendo, quatro da Unidade de Terapia Intensiva; seis da Emergência e dois da Unidade Coronariana.

5.4 Coleta de informações

Uma vez que a escolha da técnica de coleta dos dados deve ser coerente com a abordagem e com o que se deseja pesquisar, elegemos a observação participante como técnica de coleta de dados apropriada para esta pesquisa. Uma vez que a pesquisadora já desenvolve atividades profissionais há 12 anos e, há oito em unidades críticas da instituição em estudo, fez-se necessário um exercício bastante complexo, que foi o desprendimento dos hábitos e das rotinas e forma de cuidar adotadas pelos enfermeiros nessas unidades, e dos próprios “pré-conceitos”, a fim de vislumbrar a assistência com o puro olhar de um pesquisador. Vale ressaltar que o referido período de preparação chegou a provocar na pesquisadora intensa preocupação com baixa no desempenho esperado. Spradley (1980) nos chama atenção para a importância de adotarmos uma atitude consciente de completa ignorância sobre fatos com os quais nos

deparamos. Para Mondin (1980), o conhecimento da realidade humana requer livrar-se, antes, de todo pressuposto. O autor diz ainda que, partir de pressupostos, é fechar os olhos e recusar ver o homem. Propõe a condição de *epoché*, prescrita por Edmund Husserl na fenomenologia, o que implica não repelir qualquer solução para o problema, no entanto, não aceitar qualquer uma como válida. Destaca o autor o fato de que, de início, devemos estar abertos para qualquer solução, pois esta nos será sugerida pelos fatos à medida que nos forem apresentandos. Corroborando essa argumentação, Becker (1999) reforça a atenção que se deve ter com os “pressupostos ocultos” que muitas vezes levam a resultados que decepcionam o pesquisador.

A opção pela observação participante ocorreu também em função da necessidade de conhecer a realidade das unidades críticas sob o olhar dos sujeitos da pesquisa, a fim de termos a oportunidade de vislumbrar, no nosso campo de trabalho, novas formas e possibilidades de cuidar.

Realizamos pessoalmente a coleta de informações no período de maio a outubro de 2003. A observação participante foi realizada com base em um roteiro (apêndice C), com registros em um diário de campo, como também entrevista semi-estruturada (apêndice B).

Conforme leciona Minayo (1999, p 134), a observação participante é geralmente considerada etapa essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. “*Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo*”. Destaca ainda que a observação participante é uma construção feita duplamente pelo pesquisador e pelos sujeitos envolvidos, o que nos mostra a grande responsabilidade do pesquisador neste aspecto, o qual pode influenciar

decisivamente no momento observado, devendo ele ter a perspicácia de saber quando se aproximar ou se afastar da situação observada.

O observador participante, segundo Becker (1999), coleta os dados através de sua participação na vida cotidiana das pessoas, grupo ou organização que estuda. Ele observa os sujeitos pesquisados, para ver as situações com que se deparam normalmente e como se comportam diante delas. Deve usar esse método quando está especialmente interessado em compreender um grupo ou uma organização específica, em vez de apenas demonstrar relações entre variáveis abstratamente definidas; e buscar dar um sentido teórico para suas pesquisas, mas presumindo que a princípio não conhece o suficiente sobre o grupo para identificar problemas e hipóteses relevantes, sendo necessário descobri-los durante o trabalho de campo.

Para Spradley (1980), todo ser humano age como observador comum em muitas situações sociais, uma vez que aprendemos com os outros. O observador participante, por sua vez, deve ter dois propósitos: o de engajar-se com as atividades próprias da situação e o de observar e registrar as pessoas e os aspectos físicos da situação a ser pesquisada.

Para Clifford (1998), a observação participante apresenta-se como uma fórmula para o ir-e-vir dos acontecimentos, apreendendo, por um lado, o sentido de ocorrências e gestos específicos por meio da empatia, e, por outro, procurando situar esses significados num contexto social mais amplo. Tem a experiência como um importante meio para sua execução, já que funciona como uma fonte unificadora da autoridade no campo. A inter-relação da experiência com a interpretação a partir da análise e confrontação dos dados deverá resultar em uma produção textual.

A seguir, detalharemos a forma como foi desenvolvido, neste trabalho, o procedimento de observação participante.

5.5 O cuidar em unidades críticas: resultado de uma observação participante realizada por uma profissional em seu próprio campo de trabalho

Nesta seção vêm apresentadas algumas considerações sobre a nossa experiência ao desenvolver a observação participante, desde a entrada no campo com a finalidade exclusiva de observar, o que em si já implica uma série de alterações nas atitudes e comportamentos mais habituais dos sujeitos, quando observados por algum dos colegas de trabalho. Em alguns momentos tivemos que nos manter neutros a acontecimentos já tão familiares e que, por certas ocasiões, clamavam por uma interferência maior, tendo que considerar também o conhecimento de como e onde pisávamos e com quem estaríamos convivendo, seria um ponto que facilitava o trabalho, mas outros problemas tiveram também que serem enfrentados, no decorrer da pesquisa.

Becker (1999) fala da inserção no campo como um problema de método, ocasionalmente, negligenciado por alguns autores. Ele destaca que o inserir-se, desde conseguir a permissão para estudar aquilo que se quer estudar até ter acesso às pessoas que se quer observar, entrevistar ou entregar questionários, é um problema que aflige a quase todos os pesquisadores. O problema, diz o autor, é perene para os praticantes de observação participante, que habitualmente têm que negociar a questão a cada vez que entram numa organização, porque enfrentam não a aceitação ou recusa individual, mas a aceitação ou recusa de um grupo.

Alguns autores que optaram pela observação participante como método de coleta de informações, enfrentaram dificuldades ao se inserirem no próprio campo de trabalho, como um não 'nativo', como declaram Dias, (2001); Corbisheley e Carneiro, (2001); Gualda e Hoga, (1997); Lima *et al*, (1999).

Mesmo já trabalhando na Instituição há 12 anos e até conhecendo bem as unidades e os profissionais, antes de dar início, propriamente dito, ao trabalho de campo, fizemos uma visita prévia às unidades, conforme estava no nosso planejamento, a fim de levar aos enfermeiros informações sobre como aconteceria a pesquisa. Entendíamos que essa ação facilitaria a coleta de informações e a disponibilidade das pessoas que poderiam vir a influenciar o andamento do trabalho.

Neste sentido, além de portar uma documentação que, ao mesmo tempo em que solicitávamos autorização oficial para o desenvolvimento da coleta de dados na Instituição, também nos apresentávamos como aluna de pós-graduação. Contactamos pessoalmente os profissionais mais influentes para esclarecer sobre os objetivos da pesquisa e acerca dos propostos benefícios que esta busca traria para a instituição. Conversamos, antecipadamente, com os responsáveis pelos corpos médicos e de enfermagem, dos setores de emergência; da unidade de terapia intensiva e da unidade coronariana. A proposta da pesquisa foi bem aceita, apenas em um dos setores, o responsável médico pediu-nos para termos cautela nas posições a fim de que não houvesse julgamentos de valores e que tivéssemos cuidado para não parecer uma fiscalização, pois alguns colegas poderiam não compreender a nossa proposta. Amezcua (2000) já havia chamado a atenção para o primeiro problema do observador, que é criar um clima entre observador e o grupo, que deve portanto, permitir uma

comunicação espontânea e autêntica. Essa fase de esclarecimento de nossa intenção, ocorreu com muita tranquilidade.

Entretanto, se por um lado tivemos facilidade de inserir-nos nas unidades e sermos bem aceita por sermos também da Instituição pesquisada, por outro, tivemos de estabelecer qual seria mesmo o nosso papel durante o período de observação participante; estabelecer até que ponto poderíamos ou não ser participante, assim como os limites de neutralidade sobre os fatos e acontecimentos na unidade. Houve momentos em que os sujeitos nos quiseram envolver, de fato, no processo de assistência como 'enfermeira da casa'. Alguns colegas chegavam a dizer, "*que bom, mais uma pessoa para ajudar*", outros, diziam "*soldado de folga no quartel quer trabalho*". Havia aí um impasse entre o papel da pesquisadora e da profissional-enfermeira, não só da parte dos pesquisados, mas até da própria pesquisadora. Foi necessário sermos firmes para evitar desperdício de tempo e de dados coletados e estabelecer critérios de atuação. Qualquer profissional que atua em emergência sabe o quanto é difícil ficar apenas observando este tipo de atendimento. Demarcamos um período como adaptação, até que ficasse bem claro para os pesquisados e principalmente para nós o nosso papel, para que o processo de observação pudesse transcorrer mais criteriosamente.

Ativemo-nos então, ao planejado, considerando que era necessário adotar uma atitude a mais rígida possível, a fim de garantir que seríamos bem-sucedidas na coleta dos dados para a pesquisa. Foi um momento extremamente difícil, pois era custoso ignorar os colegas, até mesmo a própria Instituição. Buscamos, então, apoio nas conversas com a orientadora e nas leituras.

Outro ponto importante foi o registro das próprias intenções e sentimentos logo após as anotações das observações, o que nos possibilitou evitar o envolvimento pessoal com o objeto de estudo e nos fez assumir uma atitude de neutralidade e comportamento de pesquisadora. Compreendemos que não estávamos ali para julgar ninguém e que o resultado do nosso trabalho somente contribuiria para melhorar a assistência dada aos pacientes em unidades críticas e, conseqüentemente, para o aperfeiçoamento dos métodos utilizados por enfermeiros que prestam assistência nessas unidades.

Por momento algum tivemos dificuldade de acesso aos fatos. Durante a nossa coleta de dados, a Instituição passava por um momento difícil de falta de vagas em UTI, o que provocou forte confronto desta com a Secretaria de Saúde do Município. Esses aspectos dificultaram um pouco a observação, pois havia constantemente a presença de auditores da Secretaria de Saúde, o que modificava um pouco a relação dos sujeitos com a pesquisa, pois, segundo eles mesmos, estavam se sentindo pressionados com tantos observadores. Entretanto, entendemos que só o tempo e a nossa presença constante, diária, nos locais de observação iriam *driblar* aquele momento. Isto realmente aconteceu, pois passada a crise, tudo voltou ao normal e as pessoas passaram a compreender que a nossa presença e as nossas ações não constituíam qualquer ameaça.

Quanto às anotações, essas eram feitas imediatamente à nossa saída do local. Algumas vezes, tornava-se necessário escrever concomitantemente à observação, mas, nesses momentos, observávamos que os olhares eram desviados para nós com certa preocupação sobre o que estava sendo anotado. E havia sempre uma pergunta na saída: “e aí, o que você achou do nosso trabalho?”, mesmo por parte de pessoas que não integrava o foco da observação.

A saída do campo se deu de forma tranqüila, pois procurávamos não interromper a coleta, de vez. Fomos diminuindo aos poucos as visitas, finalmente tivemos que estar sempre voltando ao campo para esclarecer fatos que ficavam duvidosos, no momento de escrevê-los. Essas dúvidas eram, em geral, relativas a dados estatísticos e arquitetônicos das unidades.

A entrevista, de caráter individual, foi realizada nas unidades de trabalho, geralmente na sala de reuniões ou no repouso. Ocorreu nos finais de plantão ou durante alguma folga deste. Durante as entrevistas usávamos microgravador para o armazenamento das informações, para depois serem transcritas na íntegra por nós. Cada entrevista durou em média 20 minutos.

5.6 Princípios éticos da pesquisa

Este capítulo refere-se aos aspectos éticos que nortearam este estudo e sua trajetória, explicitando o compromisso ético assumido.

Vale ressaltar que, antes de iniciada a investigação, o Projeto foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Federal do Ceará – UFC, recebendo parecer favorável.

As diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, a Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996), ressalta a responsabilidade do pesquisador em incorporar, sob a óptica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética, que são: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, bem como assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos sujeitos da pesquisa e do Estado. Explicaremos a seguir de que forma, nesta pesquisa, foram cumpridas essas determinações.

No que concerne a *autonomia*, esta se deu diante da apresentação do consentimento livre e esclarecido, que deixou claros a justificativa e os objetivos da pesquisa; a garantia do entrevistado receber informações sobre o andamento da pesquisa e qualquer outra dúvida sobre o estudo, quando requerido; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa sem que haja prejuízo para o sujeito; a segurança do anonimato e a confidencialidade das informações, salvaguardando a privacidade e o compromisso de proporcionar a informação verdadeira.

A fim de atender-se ao quesito da *não-maleficência*, tivemos o cuidado de deixar claros para os sujeitos da pesquisa os pontos considerados durante a observação participante, quanto ao arquivamento das anotações, cujo único objetivo seria servir de objeto para análise, tendo-se em vista os objetivos da pesquisa. Foi solicitado e obtido consentimento antecipado, desses sujeitos, para utilizar o gravador durante as entrevistas, assim como procuramos oferecer ambiente adequado para essas entrevistas.

Uma vez que se tratava de um estudo que visava a descobrir significados sobre cuidado humano e identificar formas de realização de cuidados de enfermagem, reforçamos, junto aos mesmos sujeitos, o compromisso do investigador em dar retorno dos resultados da pesquisa, tanto para as unidades quanto para a administração, ficando assim resguardado o quesito *beneficência*.

Acreditamos nos benefícios da pesquisa, pelo fato de pretendermos proporcionar a oportunidade de, juntos, repensarmos e redirecionarmos as ações de cuidado humano nas unidades críticas, tendo em vista as adequações sugeridas mediante os resultados.

Acreditamos, ainda, que além dos benefícios citados há pouco acima, este estudo tenha relevância social, por buscar opções para humanizar as ações de enfermagem, garantindo à comunidade melhor assistência. Esta investigação destina-se, porém, aos interesses da comunidade científica, da enfermagem e da sociedade, cumprindo, portanto, o quesito *justiça e equidade*.

Foi formalmente solicitada autorização da Instituição e das pessoas a serem incluídas como sujeitos da pesquisa, para realizarmos a observação e a entrevista, bem como a inclusão dos relatos na versão final da dissertação de mestrado.

Um dos critérios utilizados na seleção da amostra foi a aceitação livre e a disponibilidade dos enfermeiros assistenciais atuantes em unidades críticas, em serem observados e responderem às entrevistas, tendo esse consentimento do enfermeiro, por escrito - documento denominado consentimento pós-informado (apêndice A), através do qual se esclarece o objetivo do estudo e garante-se ao entrevistado receber informações sobre o andamento da pesquisa ou sobre qualquer outra dúvida acerca do estudo, quando sentisse necessidade; a liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo para ambos - pesquisa e pesquisado; a segurança do anonimato e a confidencialidade das informações, salvaguardando a privacidade do entrevistado e o compromisso de proporcionar a informação verdadeira. O documento foi elaborado em duas vias, tendo uma das cópias ficado retida com a pessoa pesquisada.

6. ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A análise dos dados foi feita com base no método de análise de conteúdo segundo Bardin (1977). Conforme descrito em Rodrigues e Leopardi (1999), compõe uma ferramenta que facilita o processo de inferências, oriundas de uma apreciação do conteúdo de mensagens, ou do levantamento de premissas, dependendo dos resultados obtidos em um estudo.

A técnica utilizada nesta pesquisa foi a análise categorial que, segundo Bardin (1977), é considerada a mais antiga e mais utilizada técnica de análise de dados. A análise deu-se, a partir do desmembramento do texto em unidades e categorias, a partir de reagrupamentos analógicos das unidades de significância. Nos discursos diretos, a opção pela investigação dos temas ou análise temática favorece uma aplicação mais rápida e eficaz.

Para a organização das diferentes fases da análise de conteúdo, o método centra-se em três pólos cronológicos, seja qual for a técnica aplicada, os quais vêm a seguir descritos.

Na primeira fase, a pré-análise, foi realizada a escolha de material que tinha relação com as intuições relativas aos fatos observados sobre cuidado em paralelo com a Teoria do Cuidado Humano, as idéias iniciais que fundamentaram a pesquisa. Nessa fase foi realizada:

- a) uma leitura flutuante de todo o material literário sobre cuidado, cuidado ao paciente grave e enfermagem.

b) Selecionamos os documentos que foram submetidos à análise, que compuseram o *corpus* do trabalho. Conferimos atenção às regras de:

- **Exaustividade** - reunimos todos os elementos referentes aos assuntos destacados neste trabalho, de forma a possibilitar suficientemente a apresentação e a discussão do assunto.
- **Representatividade** - refere-se ao tamanho e abrangência ampla da amostra. Consideramos que os enfermeiros selecionados foram representativos, em relação aos demais que atuam em unidades críticas.
- **Homogeneidade** - adotamos critérios de escolha para a seleção dos documentos, ou seja que obedecessem com rigor ao tema, no caso, cuidados prestados ao paciente grave no contexto do cuidado humano.
- **Pertinência** - tivemos o cuidado para que os documentos trabalhados fossem concernentes aos objetivos da análise e tivessem co-relação direta com o assunto trabalhado.

c) Os objetivos foram estruturados coerentemente com a problemática geral do trabalho e com seu quadro teórico, no caso, a Teoria Transpessoal de J. Watson, aplicada ao cuidado ao paciente internado em unidades críticas.

d) Reunimos, portanto, criteriosa e adequadamente, todo o material necessário às operações da pesquisa, como entrevistas transcritas, artigos, fichamentos e registros de diário do campo, a fim de que não houvesse prejuízos à análise, preservando a coerência entre os documentos.

Na segunda fase, concluímos a preparação do material para a análise, detalhando todo o material da pesquisa, resultando em uma composição dos dados procedentes da inter-relação dos registros. Definimos, nesta fase, as categorias de base que decorreram da filtragem das entrevistas. Foram identificadas 42 categorias de base, reagrupadas em quatro categorias temáticas.

Na terceira fase, procedemos ao tratamento e à interpretação dos resultados, apresentando as categorias temáticas, com o conteúdo que as originou em forma de quadros, tendo em vista, também, os objetivos da pesquisa. As categorias identificadas foram as seguintes:

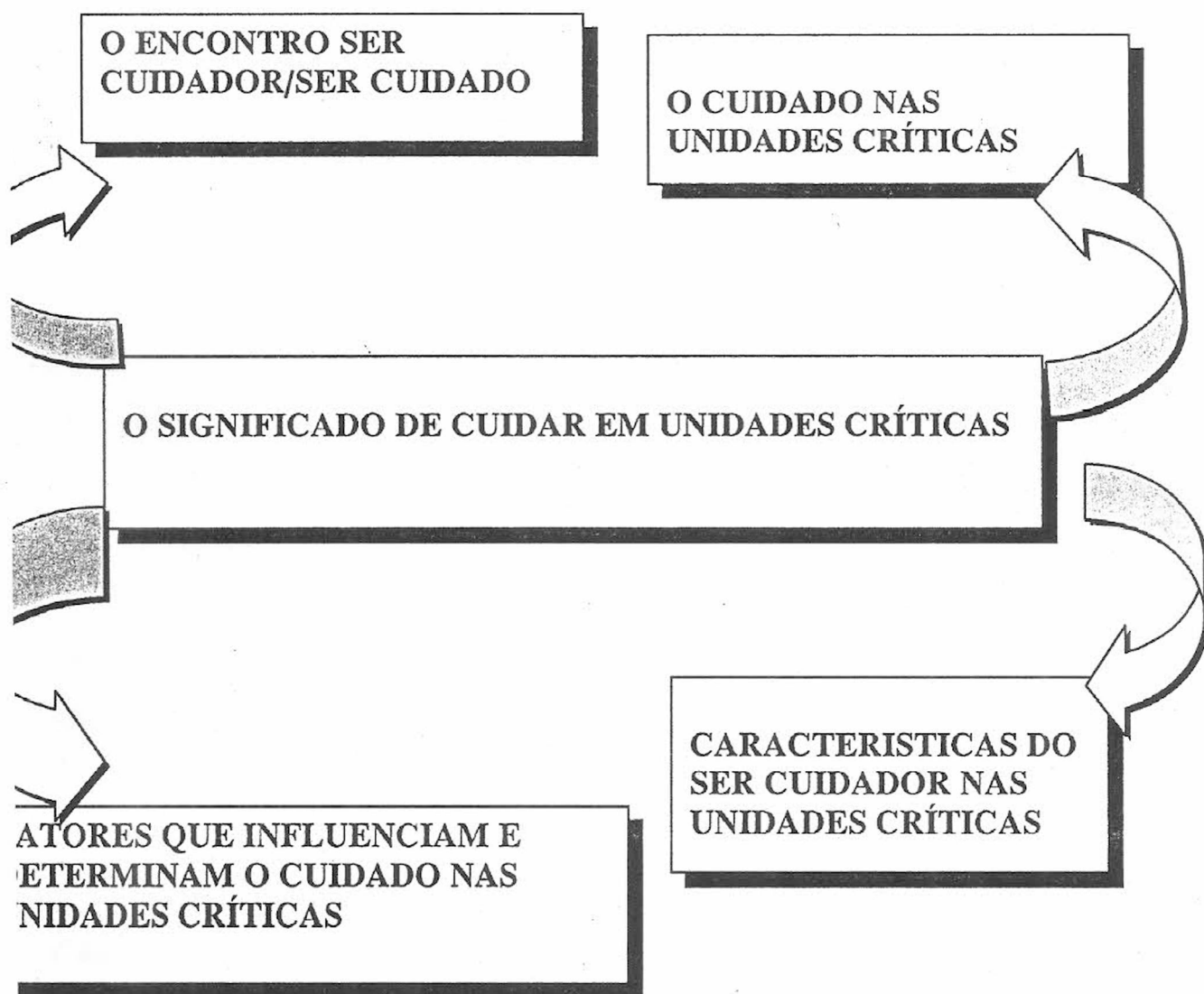
1ª Categoria: O encontro entre ser cuidador e ser cuidado

2ª Categoria: O cuidado nas unidades críticas

3ª Categoria: Fatores que influenciam e determinam o cuidado nas unidades críticas

4ª Categoria: características do ser cuidador nas unidades críticas

FIGURA 1 - CATEGORIAS



6.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Touro – Tem 42 anos, é do sexo masculino, casado e tem 02 filhos. Está formado há 16 anos, antes de ser enfermeiro foi auxiliar de enfermagem. Tem especialização em enfermagem médico-cirúrgica. Atua também como professor no curso de auxiliar de enfermagem. Há 10 anos trabalha em unidade de cuidados críticos.

Áries – Tem 50 anos, é do sexo feminino, divorciada e tem dois filhos. Graduou-se em enfermagem há dois anos, está cursando especialização em saúde pública. Antes de ser enfermeira era auxiliar de enfermagem, há 15 anos atua em unidades críticas. Não exerce outra atividade.

Gêmeos – Tem 49 anos, é do sexo feminino, é solteira, especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Atua também no ensino em cursos de formação de auxiliares de enfermagem. É formada há 22 anos e tem o mesmo período de atuação em unidades críticas.

Câncer – Tem 38 anos, é do sexo feminino, solteira, tem 15 anos de formada e trabalha em unidades críticas há dois anos. É especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Atua também nos cursos de formação para auxiliares de enfermagem. Mora com pais e irmãos.

Leão – Tem 38 anos, sexo masculino, casado tem dois filhos. Está formado há doze anos e há seis atua em unidades críticas. É especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Atua ainda, na assistência em outra instituição e como professor nos cursos de formação para auxiliares de enfermagem,

Escorpião – Tem 33 anos, é do sexo masculino, casado, tem 10 anos de graduado em enfermagem, há 06 anos trabalha em unidades críticas. É especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Atua na assistência também em outra instituição.

Virgem - Tem 31 anos, é do sexo feminino, é casada, tem dois filhos, é formada há 10 anos, especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Atua como professora nos cursos de formação de auxiliares de enfermagem. Há 06 anos trabalha em unidades de cuidados críticos.

Libra – Tem 40 anos, é do sexo feminino, casada, tem um filho. Está formada há 07 anos e há dois atua em unidades críticas. Está cursando especialização em enfermagem clínico-cirúrgica. Atua como professora em curso de formação para auxiliares de enfermagem.

Capricórnio – Tem 40 anos, é do sexo feminino, é casada, tem dois filhos. Está formada há 11 anos, há 15 trabalha em unidades críticas, de início como auxiliar de enfermagem. Não tem nenhuma especialização.

Aquário – Tem 38 anos, é do sexo feminino, casada, tem três filhos. É formada há seis anos e há um ano e meio trabalha em unidades críticas. É especialista em enfermagem clínico-cirúrgica e atua na assistência em outra instituição.

Peixes – Tem 37 anos, é do sexo feminino, solteira, mora com a mãe e irmãos. É formada há 07 anos e há 05 trabalha em unidades críticas. Tem especialização em enfermagem médico-cirúrgica. Antes de ser enfermeira, era auxiliar de enfermagem na mesma instituição. Atua como professora nos cursos de formação para auxiliar de enfermagem.

Sagitário – Tem 31 anos, sexo feminino, casada não tem filhos. Morava antes com os pais e irmãos. É formada há 06 anos e há 05 anos atua em unidades críticas. É especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Não exerce outra atividade.

7 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Neste segmento, trazemos a interpretação e a análise das informações adquiridas sobre o processo de cuidar em unidades críticas, fatores determinantes no cuidado e na ausência do cuidado, as particularidades do ambiente do cuidado às pessoas em estado grave e os elementos que permearam este estudo.

A primeira categoria, denominada **O ENCONTRO ENTRE SER CUIDADO E SER CUIDADOR** divide-se nas seguintes sub-categorias: o encontro constitui um momento mágico, o encontro transcende a matéria e acontece ao cumprimento do dever. Norteia-se pela forma como o enfermeiro caracteriza o seu encontro, como pessoa e profissional, com o ser de quem ele cuida. Nesta categoria buscamos, basicamente, compreender como o enfermeiro (ser cuidador) percebe a relação com o paciente grave (ser cuidado) no primeiro encontro. Entendemos que o encontro é influenciado pelo contexto em que acontece o cuidado, pelas formas de expressividade e pelo saber-fazer. Com base nessa explicação, Silva (1998a) acrescenta a idéia de que a qualidade do cuidado está diretamente relacionada à proximidade presencial e à qualidade da relação no encontro.

O encontro ao qual nos referimos nesta categoria é aquele primeiro momento da relação entre ser cuidado e ser cuidador, em situações de urgência.

De início, reunimos em um quadro as impressões que os enfermeiros revelam ter nesse primeiro encontro e, delineamos, pertinentes a unidades

temáticas, as dimensões do cuidado desveladas nesse encontro, sobre as quais passamos a discorrer.

- **O encontro constitui-se em um momento mágico**

A ocasião de um encontro constitui um momento mágico, quase sublime, um instante de troca de energia, de calor humano, de conhecimento, de experiências, muitas vezes até decisivo para determinadas atitudes que cada um dos seres tomarão daí em frente, durante o percurso que os mantiver juntos. Quando esse encontro acontece em um momento em que o ser cuidador tem propícia a oportunidade de ajudar o outro a superar suas dificuldades nesta etapa da vida, independentemente do resultado, haverá um aprendizado, um crescimento interior e, certamente, todo o processo será muito produtivo, ainda que nem todas as expectativas, de ambas as partes, sejam atingidas na integralidade.

As profissões nem sempre dão oportunidade ao profissional de crescer a cada dia, a cada encontro, mas na enfermagem este momento deve ser trabalhado pelo profissional, quase como a oportunidade em que ele detém em suas mãos a sutil essência vivificante, tanto física como espiritualmente, do outro ser que a ele está entregue.

O quadro apresentado na seqüência mostra na primeira coluna as impressões que os enfermeiros revelam ter ao primeiro encontro com o paciente e, na segunda coluna, a dimensão revelada. Watson (1979); Silva (1998), classificam as atividades de enfermagem em duas dimensões - a instrumental e a expressiva. A **instrumental** diz respeito ao saber-fazer com habilidade, aos aspectos físicos no atendimento às necessidades do paciente, como aplicação de

medicações, higiene, procedimentos técnicos. Já a **dimensão expressiva** engloba os aspectos psicossociais, como o suporte emocional e as formas de demonstrar afeto e valorização do outro.

QUADRO I

IMPRESSÕES SOBRE O ENCONTRO COM O PACIENTE NAS UNIDADES CRÍTICAS.

IMPRESSÕES	DIMENSÃO REVELADA
Vejo meu pai/ alguém da minha família	Expressiva
Pessoa dependendo de mim	Expressiva
É uma responsabilidade	Instrumental/Expressiva
Pessoa que precisa de cuidados urgentes	Instrumental
Parece não ser humano/coisa	Instrumental
É o resgate da vida	Instrumental
Vínculo com a vida	Expressiva
Vínculo com entes queridos	Expressiva

O quadro I desvela, a partir dos depoimentos dos enfermeiros, as dimensões do cuidado. Observamos que tanto a dimensão expressiva quanto a instrumental aparecem como maneiras de cuidar nas unidades críticas. No entanto, foram mencionadas por pessoas diferentes, o que implica dizer que alguns enfermeiros exploram a dimensão expressiva do cuidado, outros a dimensão instrumental. O cuidado autêntico dá-se no equilíbrio das duas dimensões, atuando juntas, uma em conjunto com a outra, jamais separadas.

Em situações de emergência, chegam às unidades críticas de atendimento pessoas que passam por verdadeiros momentos de desintegração da

unidade do *ser*, causada por um estado grave da *doença*. São pessoas que procuram um restabelecimento através da cura de sua *doença*. Quem vem a um hospital, em geral, não vem por querer, “trata-se de uma necessidade de preservação da própria vida” (PESSINI, 2002, p. 54).

O encontro entre ser cuidado/ser cuidador em uma unidade hospitalar constitui, sem dúvida, um momento permeado de sofrimento, angústia e dor, o que traz insegurança, particularmente para a pessoa que está na condição de dependência. Em nossa Região, são, em maioria, vítimas de acidentes automobilísticos causados por motocicleta; pessoas que têm a juventude interrompida drasticamente, vítimas da violência urbana. Presenciamos também, idosos com doenças degenerativas próprias da idade, mas que estão lutando para se recuperarem e viverem mais; crianças vítimas de enfermidades, geralmente em razão da debilidade das condições de vida, enfim, incontáveis casos, que à observação, fica difícil distinguir se são doenças que vão afetar mais o corpo ou a alma, visto que convivem em um mundo em transformação.

O primeiro encontro de um paciente nas unidades críticas costuma ser muito significativo e em geral acontece com o enfermeiro. Segundo Silva, M. (1998), esse encontro pode ser chamado interativo, uma vez que enseja a existência de afetividade no contato dessas duas pessoas. Acontece ali uma interação, uma troca de sentimentos nas mais variadas formas, como empatia, antipatia, medo, erotismo, afeição, forte desejo de ajuda, de compaixão etc. A atitude do enfermeiro deve ser tal que dê a esse momento características de um encontro transpessoal, isto é, aquele encontro que, segundo Watson (1988), é um ideal moral de intersubjetividade entre o ser cuidador e o ser cuidado; é uma arte que une um ao outro, transcendendo o físico e o espírito, dando significado à existência, o ser cuidador preocupando-se com a dignidade humana e a

preservação da humanidade. Watson (1999, p 115) aprofunda o termo transpessoal como *a capacidade de amar, ter fé, emoção, ser atencioso, caridoso, intencional, ter consciência do profundo e buscar fonte de energia superior*. Difere de um encontro técnico, aquele encontro em que se resume a aplicação de procedimentos técnicos, sem que o ser cuidador enxergue além do corpo, uma pessoa.

Observamos é que o sofrimento que envolve o paciente e seus familiares abraça igualmente o enfermeiro e o leva a reagir de acordo com seus valores e com o que ele tem construído no decorrer de sua vida a respeito dos aspectos que envolvem o ser humano e o cuidado. Pessini (2002, p. 66), corrobora claramente essa afirmativa, quando diz que *“o sofrimento (...) nos infunde temor, medo, porque vemos como que num espelho nossa fragilidade, vulnerabilidade e mortalidade, dimensões de nossa existência humana que nem sempre gostamos de que sejam lembradas”*. Coerente com esse pensamento, declara Assumpção (1998) que a incapacidade que temos em lidar com o sofrimento do outro está estritamente ligada à nossa incapacidade de suportar nosso próprio sofrimento. Apreendemos pelas falas dos enfermeiros, transcritas a seguir, uma identificação com o sofrimento do paciente:

*“Eu vejo meu pai, em todo paciente que se interna
eu vejo meu pai ali” (Sagitário)²*

*“Eu vejo como se fosse uma pessoa da minha família”
(Gêmeos)³*

² O signo de Sagitário é representado pela figura mitológica do centauro, cujo corpo tem a parte inferior do cavalo e a parte superior do homem. É a nossa parte terrestre e a nossa parte celeste. É preciso caminhar com os pés, pensar com a cabeça e agir com o coração. É uma figura de sublimação: um centauro com quatro patas no chão e seu arco-flecha se erguendo diante do céu, orienta-se em direção às estrelas, ao alto e ao centro. É a direção da transcendência que é toda independência da consciência humana.

³ Signo cuja representação mitológica está apoiada no mito greco-romano de Castor e Pólux, que simboliza as formas de dualidade na semelhança, no antagonismo e na oposição complementar – imagem quase sempre

Pelas palavras de *Gêmeos* e *Sagitário*, percebemos que nesses momentos elas se apegam a reminiscências queridas como fonte e suporte que as ajudem a agir com humanidade, com desvelo e, certamente, com carinho, e é sempre em familiares antepassados seus que as pessoas costumam se retratar.

- **O encontro transcende a matéria**

É possível que a dificuldade de enfrentar o sofrimento, de compartilhar com o outro, pode levar pessoas a preferirem optar por crer que o ser humano é só matéria, só corpo, que não possui espírito, ao ponto de alguém, ao ficar diante de um corpo que já não fala, já não se expressa, preferir pensar que está diante de algo amorfo, desprovido de qualquer substância viva, conforme parece expressar a fala a seguir:

“(...) a gente pega um paciente grave (...) pra gente é até uma coisa, sei lá não é humano, é uma coisa qualquer.” (Escorpião)⁴

O enfermeiro do depoimento acima considera como cuidado a forma como ele atende o paciente, e afirma querer para si e para os seus familiares um atendimento dessa maneira, no qual predomina o técnico e a impessoalidade. Sobre o impessoal, Heidegger (1997, p.180) declara que *“o impessoal encontra-se em toda parte, mas no modo de sempre ter escapulado quando a presença exige uma decisão. (...) o impessoal retira a responsabilidade de cada presença (...) vem ao encontro da presença na tendência de superficialidade e*

representada por dois jovens abraçados, mostrando a duplicidade e integração do signo. Mito que eleva o sentido do abraço e dos contrários na integração: o abraço dos contrários em busca da única expressão, a integração do nosso ser com o universo.

facilitação.” De acordo com a argumentação do autor, a impessoalidade é usada como forma de falta de identificação e não responsabilização pelas ações.

Antes de assumir cuidar das pessoas, é necessário ter certeza de poder ajudá-las. Leloup (2002b) fala que esse momento é importante porque se trata de estar presente no sofrimento do outro, de acolhê-lo, de assumí-lo. Respeitar a dor do outro é tornar o seu sofrimento apresentável. Não significa sofrer junto, mas compreender a dor do outro para então poder ajudá-lo.

Crema (1998) ressalta a importância de olharmos para os olhos de quem cuidamos em busca dos sentimentos ali presentes, de cuidarmos com inteireza. Cuidar do outro não é só cuidar do corpo, é também cuidar da alma; cuidar da vida que existe naquele corpo, cuidar com a devida solidariedade, com ação solidária e respeito.

- **Acontece ao cumprimento do dever**

No entanto, pode acontecer de o enfermeiro, na condição de profissional, e consciente de que o trabalho em unidades críticas exige competência técnica e conhecimento científico, venha a considerar que o primeiro encontro deve constituir um momento em que a assistência a ser prestada deve estar voltada unicamente para o agravo, conforme vemos nas falas de *Libra, Leão e Peixes*:

“é tirar o paciente daquele quadro crítico” (Libra)⁵

4- A história mitológica deste signo conta que um escorpião foi enviado por Ártemis, para que matasse Órius – um grande caçador, que vangloriava-se em ser capaz de vencer qualquer animal do mundo. O escorpião brotou da terra e o gigante, pisando-lhe a cabeça foi atingido mortalmente pelo veneno do bicho.

⁵ O signo de libra está ligado à deusa da pureza, Astréia, que ao se retirar do convívio com homens, deixou uma balança para que as coisas pudessem ser medidas, pensadas e julgadas. É a lei das normas, e não a lei do

“é o resgate da vida dessa pessoa..., penso no vínculo dessa pessoa com a vida e seus entes queridos” (Leão)⁶

“ nós que trabalhamos em UTI, somos cobrados pelo técnico” (Peixes)⁷

Watson (1988) propõe que os enfermeiros devem desenvolver um **sistema de valores humanístico-altruísta**, de forma a refletir as experiências de vida da pessoa, do conhecimento adquirido ao longo da vida do ser e sentir-se humano, de forma a poderem expressar-se em situações dessa natureza. O enfermeiro deve fazer um exame dos seus pontos de vista, de suas crenças, tendo em vista suas interações culturais.

A segunda categoria, **O CUIDADO NAS UNIDADES CRÍTICAS**, desdobra-se nas seguintes sub-categorias: componentes do cuidado, necessidade de desenvolvimento espiritual e a busca da humanização própria de cada um contempla os aspectos do cuidado em unidades críticas. A ênfase nas falas refere-se tanto à dimensão instrumental quanto à dimensão expressiva. É fácil perceber nas expressões uma tendência voltada para a dimensão expressiva, apesar de este fato não ficar bem evidenciado pelos registros oriundos da observação.

Destacamos inicialmente as unidades de análise resultantes dos questionamentos feitos por nós, que revelam as dimensões do cuidado. Em

universo. É o julgamento dos códigos de ética e das normas sociais. É o símbolo da justiça visível, assim como é visível o equilíbrio do dia e da noite.

⁶ O signo de Leão é representado pelo Mito do Leão das florestas de Niméia, que aparece nos trabalhos de Hércules. O leão, monstro invulnerável, que devorava e destruía a região onde habitava. Hércules, ao lutar corpo a corpo e dominar a fera, estrangula-a apertando seu pescoço com as mãos – símbolo da força, de bravura que domina a adversidade, a valorização da ação e a confiança em si mesmo.

⁷ Entender o signo de Peixes é entender o verdadeiro mergulho interior. O mergulho que é alcançado com o silêncio. Não o silêncio como ausência de barulho, mas o silêncio que implica em esvaziar-se totalmente, de todos os símbolos, de todas as imagens e lembranças de qualquer conteúdo do ego. O silêncio que coloca a pessoa consciente, como canal vazio diante da unidade cósmica, diante da fonte.

seguida, passamos ao registro das observações sobre o que é expressado pelos enfermeiros.

QUADRO II

ELEMENTOS DO CUIDADO NAS UNIDADES CRÍTICAS

ELEMENTOS DO CUIDADO	DIMENSÃO REVELADA
Dedicação, carinho e amor	Expressiva
Sensibilidade, delicadeza, respeito e calor humano	Expressiva
Material técnico, primazia nas técnicas	Instrumental
Dinamismo	Instrumental
Conhecimento científico, necessidades básicas atendidas	Instrumental
Boa vontade	Expressiva
Pudor	Expressiva
Transparência	Expressiva

No quadro II, observamos que os elementos da dimensão expressiva são mais evidenciados do que os da dimensão instrumental, no entanto, também foram mencionados por serem cuidadores diferentes, demonstrando uma tendência a uma ou outra dimensão. O cuidado deve reunir todos esses elementos, assim, torna-se a verdadeira expressão de ciência e arte, na convergência do conhecimento, habilidades, experiência e sensibilidade na ajuda ao outro.

Nesse sentido, Watson (1988) propõe que os enfermeiros procurem cultivar a **sensibilidade para consigo e para com os outros**, a fim de

desenvolverem uma atitude de preocupação com o bem-estar do outro, através do autoconhecimento, da autenticidade e do desenvolvimento dos próprios sentimentos.

Passam pela emergência aproximadamente 200 pacientes por dia. Contando com os acompanhantes e visitantes, movimentam diariamente pelos corredores e salas da emergência, cerca de 600 pessoas, e perto de 20 pacientes por dia aguardam vagas para internamento. A falta de leitos é o principal infortúnio nas emergências e há de se considerar que 88% (oitenta e oito por cento) dos atendimentos são de pacientes ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os pacientes mais graves aguardam, em uma unidade chamada de alta complexidade, o surgimento de uma vaga na UTI. Os que estão com quadro clínico estabilizado e aguardam vaga na enfermaria ou estão à espera de um parecer médico aguardam em qualquer leito, enquanto outros esperam em macas e até em cadeiras. Os acompanhantes geralmente ficam em pé ao lado de seu paciente. À noite, observamos algumas pessoas sentadas e até deitadas pelo chão: são os acompanhantes cansados de um dia de espera. Observamos também uma solidariedade entre eles, um olha o paciente do outro, enquanto esse descansa; dividem o lanche, pois não é oferecida alimentação para acompanhantes, nas emergências. O SUS dá direito a alimentação apenas às mães com crianças internadas e acompanhantes de idosos. Todas essas pessoas terminam se tornando colaboradores da enfermagem, uma vez que estabelecem uma relação de ajuda mútua, favorecendo o conforto físico e espiritual. Alguns pacientes com doença crônica, após saírem da crise, ficam em observação por algumas horas, familiarizam-se com os membros da equipe e os tratam pelo próprio nome. Presenciamos o momento em que uma senhora que sofre de insuficiência renal crônica e sempre vai à emergência para controlar a pressão arterial, conversava com as auxiliares com espontaneidade e cumprimentava a

enfermeira pelo nome e até chegou a entrar no posto de enfermagem para retirada do *scalp*, visto já ser grande a familiaridade.

A realidade das unidades críticas combina, cada vez mais, extremos bem distantes um do outro. De um lado, um potencial tecnológico de altíssimo custo, com ventiladores artificiais microprocessados e ressuscitadores que devolvem o *sopro* (vida) aos que o utilizam, quando utilizados por mãos habilitadas e habilidosas; monitores cardíacos para controlar os sinais vitais e bombas de infusão, os quais terminam por acentuar o distanciamento entre o profissional e o paciente; frias paredes com azulejo branco; luzes artificiais; cores discretas e sons pouco usuais no cotidiano mais comum, e, em paralelo, ao lado dessa aparentemente sofisticada realidade, rostos de sofrimento, dor, corpos maltratados pela penúria, pessoas que se interrogam porque sofrem e que, por medo, também se calam.

O cuidado nas unidades críticas tem suas particularidades, deve ser realizado com rapidez no atendimento, conhecimento sobre o que está sendo feito. Além da tentativa de garantia da preservação da vida, é necessária atenção para a prevenção de iatrogenias, mesmo que o ambiente seja caracteristicamente de estresse, de aflição e de confronto constante com a fragilidade e até com a morte.

- **Componentes do cuidado**

Cuidar e lidar com o sofrimento alheio exige um exercício constante de competência técnica, porém mais ainda exige sensibilidade, conforme declaram os seguintes enfermeiros em suas falas:

“tem que gostar do paciente, ter carinho por ele”
(Sagitário)

“...aproximação do paciente, conversar, observar”
(Áries)⁸

“ ter sensibilidade, respeitar a dor do paciente”
(Câncer)⁹

“ter conhecimento técnico, científico e conhecimento sobre o comportamento humano” (Leão)

Os cuidadores do grupo pesquisado demonstram, em suas falas, a importância de desenvolver-se, segundo a dimensão emocional, o relacional nas atitudes de cuidado. Lopes (1998b) aborda o aspecto da identidade profissional, que passa por certas rupturas de forma conflituosa, atestando dificuldades do enfermeiro globalizar o cuidado com base nessa dimensão, além do técnico, e aceitar o relacional como parte integrante do processo de cuidar. Termos como gostar, carinho, aproximação e sensibilidade demonstram afetividade no cuidar e requerem, na visão dos cuidadores, conhecimento humano, para configurar um cuidar autêntico; mas, em muitas ocasiões, o discurso de humanização não penetra as ações. Silva (2001) acha que evoluímos tecnicamente como profissionais, mas, como a técnica não significa ética, nem sempre conciliamos nosso discurso de humanidade com nossas atitudes.

⁸ O signo de Áries está associado ao Mito do Carneiro de pêlo ouro – Crissômalo, onde a vontade, o impulso de agir, o espírito empreendedor, o desejo de liderar, por ser o melhor, estão presentes. Está associado, também, ao Mito do herói, tendo em Jasão e nos Argonautas sua melhor expressão. É a representação do guerreiro, do que parte para o cumprimento da missão, que nada teme, que só interessa em lutar com audácia e ser vitorioso. É a exaltação da coragem.

⁹ O mito de Câncer é representado pelo caranguejo que aparece nos trabalhos de Hércules, em sua luta com a Hidra, o monstro de nove cabeças que destruiu os campos de Lerna. Hércules, ao ser mordido pelo caranguejo, esmaga-o. Juno, que havia enviado o caranguejo, recolhe os pedaços e os transforma em constelação é o signo da fecundidade, que permite uma concepção do protecionismo instintivo.

- **Necessidade de desenvolvimento espiritual**

O Ocidente frustrou o desenvolvimento espiritual do homem, por achar que o relacionado à fé não poderia ser objeto de experiência e prática. Dessa forma, a dimensão essencial do ser, ou seja, o que está ligado à fé, ao espírito, ao que não é palpável e quantificável, e que é próprio de cada pessoa, visto que somos compostos de corpo e espírito, pode se haver tornado hoje, algo que é preciso ser aprendido, como se aprende um outro idioma, por exemplo. Conforme os profissionais em estudo, nas falas que apresentamos a seguir, a competência técnica científica é um ato próprio de todo enfermeiro. O cuidado na sua dimensão expressiva é que é uma atitude especialmente difícil de ser praticada, não que venha a diminuir o valor do cuidado, mas por exigir muito do profissional, visto que as condições oferecidas nem sempre favorecem essa prática, o que a torna, às vezes, complicada, nas unidades críticas. Assim se expressa *Câncer*, que trabalha na emergência:

“a gente faz o essencial, ...neste momento fica infelizmente o salvar a vida, o tirar do quadro crítico. O humano, a sensibilidade, o sentimento a gente deixa para uma segunda opção” (Câncer)

No hospital onde os dados foram coletados, só existe um enfermeiro por turno em cada setor. Esse mesmo enfermeiro é o chefe de setor, o responsável pelo planejamento e organização da unidade, por fazer as escalas dos auxiliares e técnicos de enfermagem, pelo provimento e controle de material e medicamentos da unidade, por providenciar exames e tratamentos especiais, pelo acompanhamento de registros nos prontuários, pela supervisão das atividades de enfermagem e pelo treinamento da equipe, dentre outras funções. O poder administrativo, segundo Lopes (1995; 1998b), confere, muitas vezes,

aos enfermeiros uma posição de destaque em relação ao grupo de enfermagem que dirigem, consolidando seu *status* no meio hospitalar.

Não raro, ouvimos soar pela unidade o nome do enfermeiro ao ser chamado pelo auxiliar de enfermagem para alguma orientação; pela assistente social, que checa o número de leitos vagos e as necessidades de transferências; é junto a ele que o médico solicita exames ou pareceres de especialistas; é a ele também que o acompanhante suplica por uma vaga; que o visitante pede informações de naturezas variadas; é também solicitado pela secretária para atender telefonemas. Alguns, são calmos parecem habituados com a rotina; outros, no entanto, chegam a perder a calma e se queixam da conturbada dinâmica do trabalho de enfermagem, existente nessas unidades.

Os que trabalham há mais tempo nessas unidades, geralmente, são habituados com a rotina. Observamos o enfermeiro *Touro* prestando um cuidado, realizando um cateterismo vesical em um paciente inconsciente. Durante todo o procedimento, o enfermeiro procurou primar pela técnica, tendo inclusive o cuidado especial de cobrir o paciente, protegendo sua intimidade, mas, por nenhum momento, tentou uma conversa ou um olhar para o rosto do paciente. Outro aspecto que chamou nossa atenção foi o fato de que, durante todo o procedimento, o enfermeiro tomava providências administrativas, como pedir a auxiliar para ligar para o setor de internamento para checar uma vaga e solicitar o prontuário na recepção e chamar ajuda para a transferência. Vê-se, pois, que, ao atuar, a modalidade expressiva termina por ficar, por uma série de motivos, em segundo plano, permanecendo a instrumental, a burocrática.

Apesar de todas as atitudes do enfermeiro, nesta situação, serem proativas para intervenções de enfermagem, não se configuram em ações de

cuidado. Sobre este aspecto, Waldow (1999) salienta que freqüentemente essa relação se realiza de forma impessoal; os profissionais de enfermagem desenvolvem apenas tarefas, não apresentando, necessariamente, comportamento de cuidar.

- **A busca da humanização própria de cada um**

Desenvolver um atendimento humano em unidades críticas, através da ‘exploração’ do que existe de bom em cada um dos profissionais que ali trabalha, é a base real na qual podemos construir um cuidado de enfermagem efetivo. A humanização ressurgiu no contexto do cuidado para valorizar as características humanas e preservar a integridade do paciente. Nos preceitos da AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira,

“Humanizar não é uma técnica, uma arte e muito menos um artifício; é um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares em que cada um se encontra no momento de sua internação”(AMIB, 2004, p.01).

Paganini (2000), em pesquisa com enfermeiros em unidades críticas, concluiu que as atribuições dentro de um enfoque humanista necessitam ser incluídas no núcleo de ação do cuidado e não de mudanças.

Durante a observação, pode-se perceber que, ao se referirem ao cuidado, os enfermeiros das unidades críticas o faziam inicialmente, em relação ao atendimento técnico e em seguida enfatizam o aspecto humano. Para eles, não é difícil lidar com os aparelhos, mesmo com a crescente mudança tecnológica;

também não há dificuldades em conhecer as patologias e os protocolos de atendimento, principalmente porque os enfermeiros em estudo trabalham em unidades críticas, em média, há 08 anos. Neste sentido, com base nas observações, depoimentos e experiência nestas unidades, arriscamo-nos a inferir que o difícil é manter a sensibilidade sem deixar de agir no momento certo; difícil é dizer para mãe à porta da UTI que seu filho não sobreviveu, chorar ao ver a mãe chorando, e ter que retornar para a unidade e continuar o trabalho, sabendo-se uma pessoa que sente e que é capaz de agir, também em momentos de delicada sensibilidade. Para esses enfermeiros, inúmeros fatores influenciam e determinam os aspectos do cuidado, nessas unidades, como mostramos na próxima categoria.

A categoria de número 3, **FATORES QUE INFLUENCIAM E DETERMINAM O CUIDADO NAS UNIDADES CRÍTICAS** é apresentada, a partir das seguintes sub-categorias; necessidade de ser polivalente, o cuidado como fator fundamental e, a adoção de uma falsa caricatura. Os depoimentos manifestaram as condições e as influências que determinam o processo de cuidar nas unidades críticas. Fazemos um recorte das principais unidades de análise, identificando a origem desses fatores, destacada em quadro, apresentados a seguir com uma visão geral que envolve as observações e as falas dos sujeitos.

QUADRO III

FATORES/EMPECILHOS INFLUENCIADORES NO CUIDADO EM
UNIDADES CRÍTICAS

FATORES PRESENTES	NATUREZA
Falta de pessoal	Institucional
Falta de material	Institucional
Falta de motivação	Pessoal/Institucional
Trabalho diversificado/excessivo	Institucional/Social
Falta de sincronia com a equipe	Pessoal/Institucional
Comunicação prejudicada	Pessoal/ Institucional
Enfermeiro, ser insensível/ não demonstrar emoções	Social/cultural
Pressa/rapidez no atendimento	Social/Ideológico
Rotina	Social/cultural/institucional
Ambiente estressante	Social/cultural/institucional

No quadro III, observamos os fatores que influenciam nas práticas de ‘não cuidado’ e detectamos esses fatores como de natureza social, estes relativo às atitudes e comportamentos entre os membros da equipe de saúde; e institucional. Refere-se aos elementos ligados à administração da instituição, na manutenção de um ambiente propício para o cuidado; cultural, diz respeito às crenças e valores do profissional ou dos membros da equipe e que interfiram no processo de cuidar, enquanto o pessoal/ideológico é referente ao modo de ser que cada profissional desenvolve na sua prática.

Todos esses elementos podem ser causadores de má prática ou omissão de cuidados. Para evitar tais situações, o ser cuidador deve sentir-se responsável pelo cuidado, motivo por que Watson (1988) estabelece, como quarto fator *carativo*, a **formação de uma relação de ajuda-confiança** com o ser cuidado, com a equipe e com os administradores, através de uma comunicação efetiva, estabelecendo uma relação harmônica e cuidadosa, baseada na congruência, empatia e respeito.

- **Necessidade de ser polivalente**

Durante as observações, encontramos, tanto na emergência como na UTI e Unidade Coronariana, a figura de um enfermeiro líder que deve se preocupar com todos os aspectos que envolvem a unidade. Na emergência, torna-se mais complicado pelo volume de serviço e pelo tamanho da área física. Nesta unidade, o enfermeiro mobiliza a equipe para auxiliá-lo, entra e sai das salas, na sala de alta complexidade, dirige-se diretamente para os equipamentos e materiais, verifica se está tudo funcionando, se não está faltando nada e comenta: *“a gente procura fazer tudo e ainda fica faltando algo, ontem o médico jogou o laringoscópio no chão porque as pilhas não funcionaram, a gente tem que se preocupar com tudo”*. E continua revistando todo o material. Nesse momento, vê a necessidade de aspirar um paciente que está em coma, mas a auxiliar de enfermagem apressou-se para fazer o procedimento. A enfermeira detém-se a observar o procedimento e olhar para o monitor cardíaco em busca de sinais de saturação de oxigênio. No atendimento inicial do paciente, o enfermeiro está sempre presente, prestando o cuidado, assistindo com a equipe, mas esse cuidado se estende mesmo após passado o momento crítico, pois o enfermeiro, mesmo ausente, continua presente naquele cuidado através das providências tomadas naquele sentido.

Na UTI e UCO, o número de pacientes é menor, uma média de 07 pacientes/dia, no entanto o nível de dependência dos pacientes é maior e, conseqüentemente, o nível de complexidade dos cuidados de enfermagem. Percebe-se que a equipe tem melhores condições de estar presente, mas ainda assim é o auxiliar de enfermagem o profissional que mais se aproxima do paciente.

- **O cuidado como fator fundamental**

Observamos que, o enfermeiro nessas unidades desenvolve uma capacidade de processar, mentalmente, várias atribuições ao mesmo tempo, tanto na emergência quanto nas UTIs. Há momentos em que o enfermeiro pára por instantes, movimenta o olhar numa visão geral da unidade, procurando e, talvez diagnosticando, analisando fatos, buscando soluções para os problemas, verificando a ordem do ambiente e, em seguida, muito rapidamente, como se estivesse montando um planejamento, distribui tarefas e intensifica a dinâmica do serviço.

Reconhecem a importância de estar presente no cuidado, mas compreendem que, sem o trabalho administrativo na unidade, não seriam possíveis nem o cuidado nem a assistência. O conceito de assistência, que é o processo que envolve tratar e cuidar, exigindo cooperação e trabalho em equipe, tem sido confundido por alguns enfermeiros como cuidar, que é um processo que envolve ações e atitudes que favoreçam, mantenham ou melhorem a condição humana no processo de viver ou morrer (WALDOW, 1998). Envolve também aprendizado contínuo através do autoconhecimento e do conhecimento do outro. Conscientes das dificuldades enfrentadas neste sentido, os enfermeiros oferecem seu testemunho, conforme as falas a seguir:

*“(...) a falta de pessoal e material torna tudo mais difícil
 (...)” (Sagitário)*

*“(...) a gente tem muito trabalho, muita preocupação
 (...)” (Áries)*

*“a falta de sincronia da equipe, um membro da equipe,
 pode botar todo o trabalho a perder.” (Virgem)¹⁰*

*“ a pressa para atender vários pacientes em estado grave
 torna o cuidado mecânico.” (Leão)*

Vê-se pelas falas que existe grande dificuldade, por parte dos enfermeiros, quanto a esse pormenor tão importante para a manutenção da integridade do ser pessoal, particularmente intrínseca à profissão do enfermeiro, visto que o próprio fluxo de suas atividades representa um chamado a um vivenciar mais humanizado, o que poderia até, reduzir o estresse ao qual ele está exposto. Campbell (2003) alerta para os sintomas do estresse, que podem interferir no desempenho dos profissionais de unidades críticas, que são: deterioração da memória, aumento da distração e redução da concentração, e sugere terapias para redução do estresse como massagens, relaxamento muscular e grupo social de apoio.

Hayashi (2000), em estudo com enfermeiros de um CTI – Centro de Terapia Intensiva da região Sul do País, identificou fatores que classificou como obstáculos para o cuidado humano nessa unidade. Os fatores tematizados a partir

¹⁰ O mito de Virgem é representado pela donzela que vivia entre os homens na Idade de Ouro, que se ausentou da vida na terra graças à degeneração dos homens na Idade de Bronze e foi transformada em constelação. Esta história nos traz o sentido de que a alma, para se manter pura, tem que se afastar da sujeira e da destruição.

das falas dos enfermeiros foram assim descritos: cuidado automatizado, ausência do diálogo com a família, estresse da equipe, ambiente de estresse, dificuldade de relacionamento da equipe de saúde, diferenças no atendimento, estrutura física inadequada e falta de ética na comunicação. Percebemos que, apesar das diferentes culturas, as dificuldades de se estabelecer um padrão de cuidado nas unidades críticas são as mesmas.

- **A adoção de uma falsa caricatura**

A formação profissional e os conceitos traçados durante o delineamento profissional têm parcela importante nos construtos estabelecidos pelo enfermeiro, em sua função. Porém, a complementação prática conceitual deve ser desenvolvida através das vivências práticas cotidianas, conforme reconhecem os profissionais envolvidos no estudo, nas falas a seguir:

“os cursos preparatórios para profissionais de saúde(...) tentam botar na cabeça das pessoas que elas tem que serem fortes,(...) não pode demonstrar que ta com pena, que tem dó, que tem medo daquilo.” (Escorpião)

“É desumano para os profissionais,(...) tem momentos em que você se encontra com quatro, cinco pacientes graves e com poucos profissionais para dar assistência(...)” (Escorpião)

Com base nesses depoimentos, podemos inferir que alguns profissionais se escondem por trás de escudo, e, ao mesmo tempo em que demonstram “segurança” no seu desempenho, protegem-se do envolvimento com o sofrimento e com a dor do outro. Silva M. (2000) observa, por exemplo, que é porque nos envolvemos que aprendemos. O modo como nos protegemos da perda pode ser o modo como nos distanciamos da vida.

A quarta categoria, denominada **CARACTERÍSTICAS DO SER CUIDADOR EM UNIDADES CRÍTICAS**, como uma sub-categoria denominada: as ambigüidades. Apresenta esse ser que cuida, nas unidades de atendimento a pacientes em estado crítico; um ser que, ao mesmo tempo em que cuida e se envolve com todo o processo e procedimentos em função do ser humano que recebe esses benefícios, também tem medo e, emocionalmente, em muitas ocasiões, busca um refúgio sob máscaras e argumentos vazios substancialmente. Com base nos depoimentos, catalogamos as unidades temáticas e em seguida entraremos no 'mundo' ambíguo desses profissionais, conforme apresentado a seguir:

QUADRO IV

CARACTERÍSTICAS DOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES CRÍTICAS

ATTITUDES	DIMENSÃO REVELADA
Ter bom coração, Ser mais solidário	Expressiva
Aproximação/ Ter sensibilidade	Expressiva
Ter conhecimento técnico/ Buscar o aperfeiçoamento	Instrumental
Trabalhar em equipe/ Ter conhecimento humano/ter equilíbrio emocional	Instrumental/expressiva
Gostar do que faz/ Se doar por inteiro	Expressiva
Ser calmo/ Saber relacionar-se	Expressiva
Preparado para ambientes estressores	Instrumental
Ter compromisso/ Ter competência	Instrumental/expressiva
Ter persistência/ Ter habilidade	Instrumental/expressiva

No quadro IV, são observadas as ‘maneiras de ser’ dos enfermeiros de unidades críticas. Chamamos a atenção, mais uma vez, para que evitemos que as manifestações de cuidado nas dimensões expressiva e instrumental sejam vistas como uma dualidade. Watson (1988) propõe a **promoção do ensino-aprendizagem interpessoal** para todos os seres envolvidos no cuidado, proporcionando, assim, crescimento pessoal e autocontrole. Enfatiza também a importância do **reconhecimento de forças existenciais – fenomenológicas – espirituais**, para auxiliar o enfermeiro a mediar a incongruência de cuidar de uma pessoa holisticamente e, ao mesmo tempo, estipular e cumprir uma ordem hierárquica de necessidades, ajudando o enfermeiro a encontrar significado na experiência que está vivenciando, valorizando-se e valorizando o outro.

Figueiredo *et all* (1998) defendem que a forma com que cuidamos, pode constituir uma ação capaz de curar e, possivelmente, até, de evitar a morte. Reconhecem a espiritualidade, a sensibilidade, o toque, o envolvimento e a intenção como ações terapêuticas do cuidado.

• **As ambigüidades**

Foucault (2001, p. 07), numa crítica à prática clínica no ambiente hospitalar, ressalta que o modelo biomédico é focalizado no conhecimento da doença. Afirma que “a doença é a bússola do médico”. O olhar se dirige, não ao corpo, conjunto visível, plenitude positiva, mas às lacunas que aparecem em negativo. E acrescenta, “a prática hospitalar mata a qualidade da observação e sufoca os talentos do observador pelo numero de coisas a observar. (...) é preciso deixar escapar o essencial”.

Foucault nos leva a refletir sobre o fazer na prática profissional, se o que se faz reflete realmente o que se é e o que se quer ser, ou se está sendo tomado pelo que Durkheim (1999, p.4) chama de coerção social. *“Sendo hoje incontestável, porém, que a maior parte de nossas idéias e de nossas tendências não é elaborada por nós, mas nos vem de fora, elas só podem penetrar em nós impondo-se”*.

Na concepção do autor, somos vítimas de uma ilusão que nos leva a crer que elaboramos, nós mesmos, as idéias que nos são impostas por uma força exterior imperativa e coercitiva, quer queiramos, quer não. No entanto, o autor reforça a idéia de que tudo dependerá da complacência com que nos entregamos a essa força. Com base nesse argumento, ele acrescenta, enfatizando *“Maneiras de ser são maneiras de fazer consolidadas”* (DURKHEIM,1999, p.12).

Pelo fato de trabalhar em constante situação de estresse, o enfermeiro pode incorporar uma maneira de cuidar que muitas vezes não condiz com o que ele idealizou durante a sua formação. É comum encontrarmos acadêmicos de enfermagem chocados com uma prática que vai de encontro com a teoria, com o que eles aprendem em sala de aula. No entanto, não raro, vemos esses acadêmicos tornarem-se enfermeiros e esquecerem toda a sua ideologia. E então, o que fazer? Acredito numa prática refletida diariamente, um enfermeiro sem medo de fazer autocrítica, de reconhecer suas limitações e principalmente, suas potencialidades. Enfermeiros que queiram ser, além de saber-fazer.

Concernente à dimensão expressiva, os enfermeiros do estudo enfatizaram a importância de qualidades e atitudes que possibilitam um cuidado efetivo. Como declaram as falas a seguir:

“tem que ter um bom coração, porque técnica todo mundo aprende”(Sagitário)

“tem que ser calmo, porque a família já chega aflita...” (Peixes)

“Ter equilíbrio emocional, para lidar com as pessoas”(Aquário)¹¹

Ter bom coração é uma forma de expressividade que está ligada à demonstração de emoção, ou seja, afeto, dedicação, solicitude e compreensão. Ser calmo e ter equilíbrio emocional refere-se a uma forma de expressividade manifestada no cuidar-se. Cuidar de si para cuidar do outro, implica no que Neves (2001) descreve como olhar para dentro de si e descobrir alternativas para melhorar a cada dia; reconhecer as próprias crenças e valores aproveitando apenas o que acrescenta no desenvolvimento pessoal e profissional; ter dignidade e respeito consigo mesmo e preocupar-se com o próprio bem estar.

No que se refere à dimensão instrumental, os enfermeiros declararam em seus depoimentos uma realidade que, na opinião de alguns, fica difícil conciliar com o cuidado numa situação onde o técnico é bastante exigido dos profissionais. Como enfatizam as falas a seguir:

“Precisa ter conhecimento, preparo para trabalhar em lugar estressante” (Touro)¹²

“é querer, não é nem só gostar, (...) você faz tanta coisa que não gosta, (...) é ter persistência mesmo.” (Escorpião)

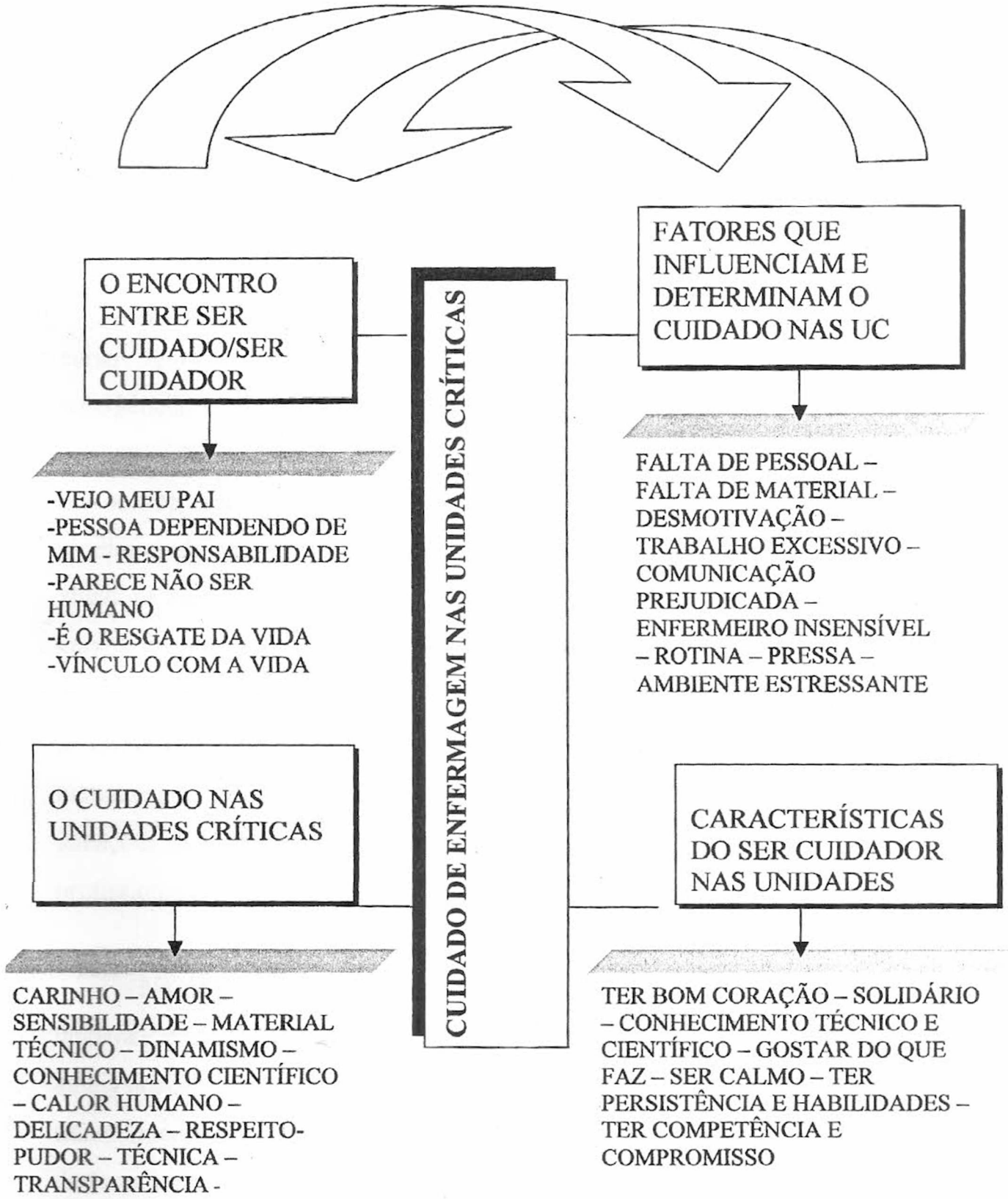
¹¹ O símbolo do aguadeiro, do anjo derramando, com uma ânfora, fluídos sobre o universo é a evocação de toda generosidade, de todos os ideais, de todas as verdades e sinalizações necessárias para o homem se repotencializar e poder imitar o Sagrado.

¹² O signo de Touro é simbolizado no mito de Europa, onde Zeus toma a forma de um touro para se unir a uma mortal. É o símbolo do visível, do concreto, da manifestação corporal por excelência. É a expressão da forma, no plano material, assumida pela manifestação, para realizar e expressar sua funcionalidade.

Emergem nos depoimentos a necessidade dos enfermeiros em manterem a competência técnica, mesmo que essa não implique em satisfação pessoal e profissional. Apenas demonstrar responsabilidade com o fazer e com os seres cuidados, não implica necessariamente em cuidado. Devemos ter responsabilidade com atenção, estar atento às pessoas significa reconhecer-lhes a capacidade de evoluir, de transformar-se. Leloup (2002b, p. 37), postula que “a atenção constitui o momento único em que a inteligência e o coração podem estar juntos”.

A figura 2, a seguir, contextualiza uma síntese dos componentes obtidos na análise elaborada neste estudo, destacando particularmente, o encontro entre ser cuidados e ser cuidado, categoria que contempla as impressões do cuidador sobre o ser que ele cuida; em seguida vem destacado o cuidado nas unidades críticas, a qual engloba os elementos envolvidos no cuidado; os fatores que influenciam e determinam o cuidado nas unidades críticas, surgem, portanto, as questões de natureza pessoal, institucional e sócio-cultural e por fim as características do ser cuidador nas unidades críticas, na qual está evidenciado o caráter de humanização e componentes técnicos-científicos do ser que cuida.

FIGURA 2 – UNIDADES DE ANÁLISE



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem no âmbito hospitalar, especialmente nas unidades críticas, ambiente onde foi desenvolvido este estudo, tem experienciado uma fase em que o conhecimento científico tem se ampliado e se sofisticado.

Conforme é de nosso conhecimento, são oferecidos para enfermeiros cursos teórico-práticos baseados em modelos americanos de atendimento de emergência, como ACLS – *Advanced Cardiac Life Support*, ATLS – *Advanced Trauma Life Support* e FCCS – *Fundamental Critical Care Support*, dentre outros. Nesses cursos, são utilizados manequins, geradores de arritmias, monitores de ritmo e desfibriladores que procuram simular situações em que o aluno se sinta atendendo a um “paciente real”. São, sem dúvida, excelentes cursos de preparo do profissional para atendimentos de emergência, mas, em razão do seu caráter prático e técnico, o profissional de enfermagem deve fazer uma reflexão sobre o que concerne ao caráter do cuidado humano ao receptor do atendimento. Aliás, não só os cursos, mas toda a prática profissional em situações de urgência e emergência deve passar por boas reflexões por parte dos profissionais.

No decorrer desta pesquisa, notamos, no cuidado que os enfermeiros de unidades críticas vivenciam com muita intensidade em sua prática, uma certa ambigüidade destacada por Leopardi (1994), ao referir que o cuidar transformou-se, no interior do modelo capitalista cartesiano, com a exploração da força ativa dos homens, de uma virtude moralmente aceita como um bem em termos de força de trabalho. E de um trabalho puramente repetitivo e obediente, nasce, através de Florence Nightingale, a enfermagem científica. Florence inicia

seus estudos sobre o ambiente e sobre as interferências no processo saúde-doença (NIGHTINGALE, 1989). A enfermagem utiliza-se do método científico, em parte, para afirmar-se como ciência do cuidado, ainda que numa visão positivista, principalmente por meio das teorias e do processo de enfermagem, com aplicação majoritariamente em pesquisas acadêmicas. Dessa forma, o cuidado foi construído epistemologicamente, apoiado em uma diversidade de motivações, visto se manifestar, na enfermagem, praticamente, a partir da experiência ou práticas ancestrais e empíricas.

Este estudo nos faz perceber que o cuidar para os enfermeiros de unidades críticas dá-se inicialmente com o encontro ser cuidador e ser cuidado, de certa forma, manifestado pela dimensão instrumental, através de procedimentos de urgência que requerem bastante habilidade e conhecimentos, mas é permeado, na opinião de alguns, de subjetividades que identificam a dimensão expressiva. *Esta foi citada como uma forma difícil de manifestação do cuidado nas unidades críticas, em razão de fatores externos de natureza pessoal, sociocultural, ideológica e institucional, tornando-se um obstáculo entre o que se deseja fazer e o que se realmente faz, dado confirmado na observação participante. Os enfermeiros dessas unidades parecem sentirem-se impotentes para resolver esse problema, certamente em virtude da cultural pouca autonomia do enfermeiro, ou provavelmente porque as próprias diretrizes, normas, modelos administrativos e infra-estruturas, funcionam como pressões sociais e organizacionais e conspiram contra ele.*

É preciso, porém, combater-se o conformismo, em vez de viver na alienação de que a 'falha no cuidado' não seja um problema real nas unidades críticas, ou, se existe, simplesmente, é o que está posto e nada se pode fazer.

Neste sentido, acreditamos ser necessário rever a abordagem da qualificação oferecida para os profissionais que lidam com situações de urgência e emergência, e, conseqüentemente, com a dor e o sofrimento alheio. Além do conhecimento técnico, essa qualificação deve preencher as lacunas sobre o conhecimento humano, para que a assistência possa tornar-se cuidado. Importa sabermos introduzir atitude consciente, solidariedade e os demais elementos destacados pelos enfermeiros em nossos relacionamentos e atendimentos.

Utilizar a expressividade no cuidado, como a sensibilidade e a intuição, aspectos de natureza feminina, portanto subjetivos, e ainda que não reconhecidos como científicos, não diminui o valor da *práxis* em unidades críticas. Utilizar-se de solidariedade não significa abnegação. cremos que, são necessários maiores exercícios de reflexão e de autocritica sobre as questões da valorização e da creditação da prática profissional, reduzindo-se a subserviência e o comodismo, dominante nos meios hospitalares.

A Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, que permeia todo este estudo, nos permite identificar opções para minimizar as adversidades que envolvem o cuidado nas unidades críticas, com propostas de crescimento profissional, e, principalmente, crescimento pessoal, tanto para cuidadores como seres cuidados.

As contribuições deste estudo – pensamos - transcendem seus propósitos, pois, além do crescimento da pesquisadora, houve um crescimento, se não um despertar, dos sujeitos envolvidos quando compartilharam, vivenciaram e percorreram a trajetória desta pesquisa. Quando em suas falas eram levados a reflexões sobre o cuidado, revelavam sentimentos,

descortinavam aspectos que antes tentavam ocultar e, como num *insight*, propunham mudanças significativas em sua prática.

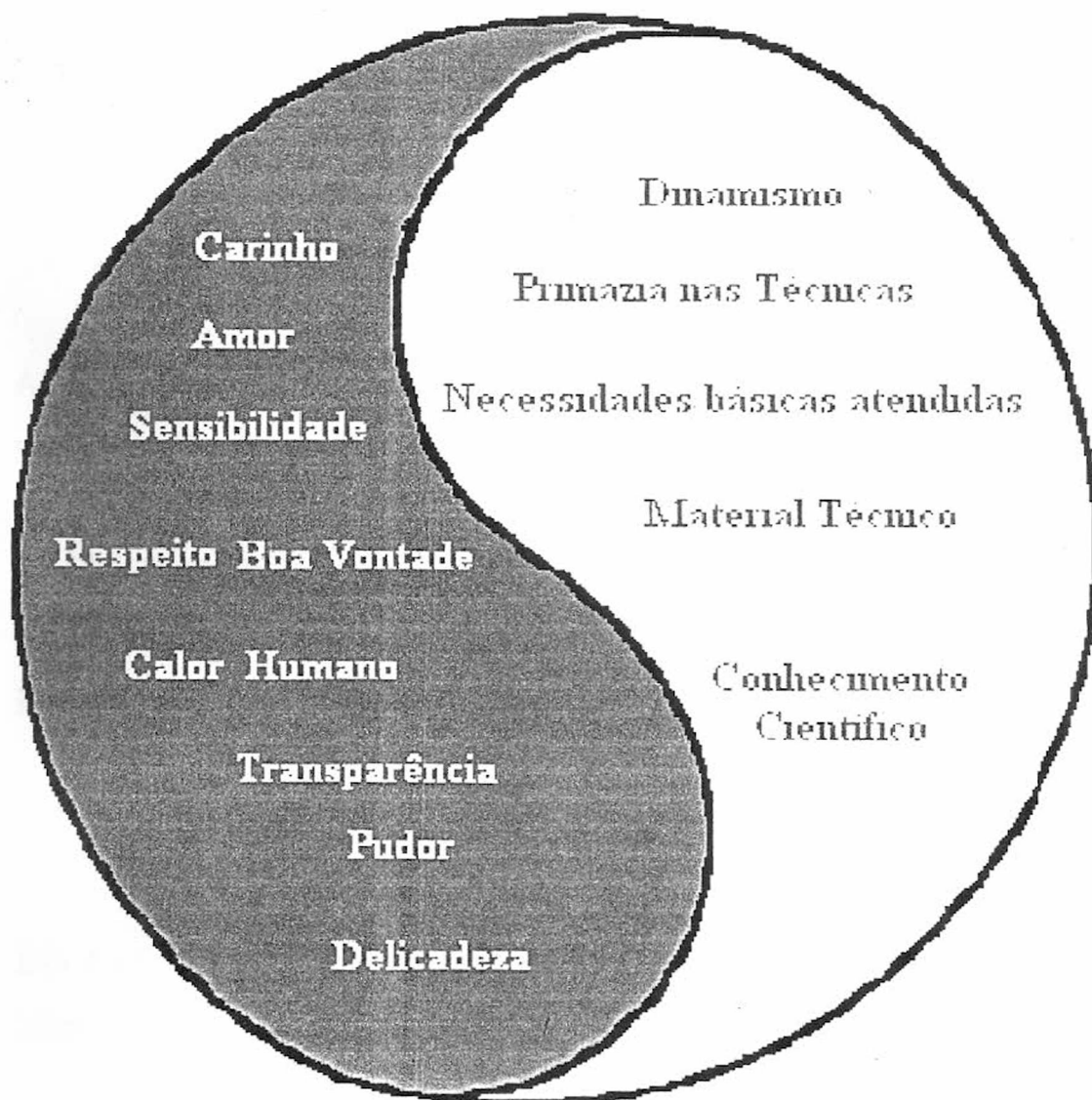
FIGURA 3 – O CUIDADO NAS UNIDADES CRÍTICAS

Figura 3 – YinYang – o equilíbrio e conexão entre a dimensão expressiva e a dimensão instrumental do cuidado em unidades críticas.

9 REFERÊNCIAS

AMEZCUA, M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. **Index de enfermería**. Granada, 2000.

AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Humanização em Cuidados Intensivos**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

ASSUMPÇÃO, E. A., Comportar-se fazendo bioética: para quem se interessa pela ética. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

BALDURSDOTTIR, G.; JONSDOTTIR, H. The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. **Heart Lung**. n.31, pags 67-75. 2002.

BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisas em ciências sociais**. Tradução: Marco Estevão, Renato Aguiar. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1999

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos**. Brasília, 1996. 15p.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar – ética do humano – compaixão pela terra**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORK, A. M. G. T.; SILVA, M. T. A.; BALTIERI, S. R. Procedimentos e Rotinas Básicas de Enfermagem. *In*: KNOBEL, E. **Condutas no Paciente Grave**. Vol. 2, Cap. 122. São Paulo: Editora Atheneu. 1999.

CAMPBELL, P. M. Autocuidado dos cuidadores. *In*: OMAN, K. S.; KOZIOL-MCLAIN, J.; SCHEETZ, L. J. **Segredos em enfermagem de emergência – respostas necessárias ao dia-a-dia**. Porto Alegre: Artemed, 2003.

CAPALBO, C. Alternativas metodológicas em pesquisa. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 1984, **Anais**. Florianópolis: UFSC, 1984.

CARVALHO, Vilma de. Sobre construtos epistemológicos nas ciências. Uma contribuição para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de enfermagem**. V. 11, n. 4. p. 420-428. jan./jul. Ribeirão Preto: EERP-USP, 2003.

CLIFFORD, James. **A Experiência Etnográfica**: antropologia e literatura no século XX. Tradução Patrícia Farias. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. 1998.

COLLIÈRE, Marie F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

CORBISHELEY, A. C. M.; CARNEIRO, M. L. M. Considerações sobre o uso da observação participante na pesquisa em enfermagem. **REME. Rev. Min. Enf.**, 5 (1/2), p. 82-85, jan./dez. 2001.

COSTERNARO, Regina G. Santinni; LACERDA, Maria Ribeiro. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria, RS: Centro Universitário Franciscano, 2001.

COTRIM, Gilberto. **Fundamentos da Filosofia: história e grandes temas.** 15ª ed. 2ª tiragem. São Paulo: Saraiva, 2001.

CREMA, R. Paradigma do cuidar numa sociedade em transformação. *In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem.* Bahia, 1998.

DIAS, M. S. A. **Cuidado especial de enfermagem na pessoa portadora de insuficiência renal crônica.** Fortaleza: Edições UFC/Edições UVA, 2001.

DUARTE, L. F. D. Investigação Antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. *In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (orgs) Doença. Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico.** 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FIGUEREDO, N. M. A. *et all.* A dama de branco transcendendo para a vida/morte através do toque. *In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FREITAS, Kênia Silva dos S. **O Vôo da arte e educação no cuidado do ser.** Erechin/RS: EdiFAPES, 2001.

GEORGE, Julia B. e cols - **Teorias de enfermagem – Os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre; Artes Médicas, 2000.

GIL, Antônio Carlos - **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3^a ed. São Paulo. Atlas, 1991.

GOMES, A. M. **Enfermagem em unidade de terapia intensiva.** São Paulo: EPU, 1988.

_____. **Emergência: planejamento e organização da unidade. Assistência de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1994.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP.** V. 31, n. 3, p. 410-422. dez.1997.

HAYASHI, A. A. M. **O cuidado de enfermagem no CTI: da ação/reflexão à conscientização.** Dissertação (Mestrado). Florianópolis: UFSC, 2000.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo.** Trad. Márcia de Sá Cavalcante. Parte I. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

HUDAK, C. M.; GALO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KNOBEL, E.; KÜHL, S. A. Organização e funcionamento das UTIs. *In*: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. Vol. 2, Cap. 106. São Paulo: Editora Atheneu. 1999.

LACERDA, Maria Ribeiro. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 1996.

LELOUP, Jean-Yves. **Cuidar do ser**. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002a.

_____ **A arte da atenção**. Campinas: Verus, 2002b.

_____ **Carência e plenitude**: elementos para uma memória do essencial. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Entre a moral e a técnica**: ambigüidades dos cuidados da enfermagem. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. de; LIMA, C. C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. **R. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p.130-142, 1999.

LINO, M. M.; SILVA, S. C.- Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing Revista Tec. Enferm.** n° 41. São Paulo. Out. 2001.

LOPES, Marta Júlia Marques. A singularidade de um saber-fazer técnico e relacional. *In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem*. Bahia, 1998a.

_____. Quando a voz e palavra são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. *In: Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. Imagem e singularidade: reinventando o saber de enfermagem. *In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998b.

MEYER, Dagmar Esterman. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? *Rev. Bras. Enfermagem*; n. 55 (2): p.189 – 195, mar./abr. 2002.

MINAYO, Maria Cecília S.- **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

_____. Prefácio. *In GAUTHIER, J. H. M. et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria 3432. Disponível em <site http://www.amib.com.br/portaria_3432.htm>. Acesso em 10 de março de 2003.

MODIN, B. **O Homem , quem é ele?** Elementos de antropologia filosófica. São Paulo: Paulus, 1980.

NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J. O poder institucionalizado da enfermagem na unidade de terapia intensiva: o cenário real x o cenário idealizado. **Texto e contexto enferm.** O poder e autonomia da enfermagem. Florianópolis. V. 9, n. 3, ago./dez. 2000.

NEVES, E. P. Cuidando e Confortando: um referencial fundamentado em Jean Watson. *In: Anais. 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem.* Curitiba. 2001.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre a enfermagem:** o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; [Ribeirão Preto, SP]: ABEn-CEPEEn, 1989.

NISHIDE, V. M.; MALTA, M. A.; AQUINO, M. A. Aspectos organizacionais em unidade de terapia intensiva. *In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo.* São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

NUNES, A. M. P.; ZAGONEL, I. P. S. Cuidado Humano e Auto Cuidado: contribuições de Orem e Watson ao conhecimento da enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 28-33. jan./jun. 1996.

ORLANDO, José Maria C. **UTI – muito além da técnica.** A humanização e arte do intensivismo. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

PAGANINI, Maria Cristina. Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para enfermagem em Unidades críticas. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 5, n.esp., p.73-82, jan./jun. 2000.

PESSINI, Léo. Humanização da dor e do sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética:** 10 (2) : 51-72, 2002.

PINTO, T. M. **Filosofia na enfermagem**: algumas reflexões. (organizado por Maria de Lourdes de Souza) Pelotas: Ufpel, 1998.

POLAK, Y. N. S., MANTOVANI, M. F., LENARDT, M. H. O corpo adulto nas unidades críticas de atendimento: um recorte de dor e sofrimento. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.2, n.1, p. 29-32 – jan./jun. 1997.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Tereza. **O Método de análise de conteúdo**: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

SABBI, Deroni. **Sinto, logo existo**: inteligência, emoções e auto-estima. Porto Alegre: Alcance, 1999.

SANTOS, I; CLOS, A. C. Pesquisa Quantitativa e Metodologia. *In* GAUTHIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SEVERINO, A. J. **Filosofia**. São Paulo: Cortez, 1994.

SILVA, Alcione Leite da. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. *In*: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES. M. J. M. **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998a.

_____. O estado da arte do cuidado na enfermagem. *Revista Texto e Contexto - enfermagem*. Florianópolis. V. 6, N. 2, p. 19-32, mai./ago.1997.

_____. Cuidado como momento de encontro e troca. *In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem*. Bahia, 1998b.

_____. A dimensão humana do cuidado em enfermagem. *Acta Paul. Enferm.*, v. 13, número especial, parte I, p. 86-90, 2000.

_____. Habilidade intuitiva no cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana de enfermagem*. V. 11, n. 4. p. 429-435. jul./ago. Ribeirão Preto: EERP-USP, 2003.

SILVA, L. F. *et al.* Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes. *R. Bras. Enferm.* Brasília, v. 54, n. 4, p. 578-588, out./dez. 2001a.

SILVA, Lúcia de Fátima. *et al.*- Cuidado como essência humana em Martin Heidegger e a Enfermagem. *In: MOREIRA, R. V.; BARRETO, J. A. E (Org.) et al.- A outra margem- filosofia e teorias de enfermagem e cuidado humano*. Fortaleza: Casa José de Alencar / Programa Editorial 2001b.

SILVA, M. J. P. **O amor é o caminho**: maneiras de cuidar. São Paulo: Editora Gente, 2000

_____. Percebendo o ser humano além da doença – o não-verbal detectado pelo enfermeiro. *Nursing. Rev. Tec. Enferm.* Ano 4. Nº 41.Out. 2001.

_____. Reflexões sobre a relação interpessoal no cuidar: o fator corpo entre a enfermeira e o paciente. *In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES. M. J. M. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SILVA, Regina Célia Carvalho da - **Familiares dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva (percepções e sentimentos)**. Monografia; Universidade Estadual do Ceará. UECE. Fortaleza; 2000.

SOURIAL, Sarah. An analysis and evaluation of Watson's theory of human care. **Journal of Advanced Nursing**, 24, 400-4004, 1996.

SPRADLEY, James P. **Participant observation**. New York: Winston, 1980.

WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: domínio unificador da enfermagem. *In*: WALDOW, V. R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D. E. **In: Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2ª ed. Porto Alegre: EDITORA Sagra Luzzato, 1999.

_____. Examinando o conhecimento na enfermagem. *In*. MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M.J.M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.

_____. Peculiaridades e contradições do cuidar: um estudo etnográfico. **Nursing Rev. Tec. Enf.** São Paulo. nº 33. Fev. 2001. Ano 4.

WATSON, Jean. **The philosophy and science of caring**. Boston: Little Brown, 1979.

_____. **Nursing: human science and human care**. A theory of nursing Jean Watson. New York: National League for Nursing, 1988.

_____ **Postmodern nursing and beyond**. New York: Churchill Livingstone, 1999.

_____ Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. **Journal of Advanced Nursing**, 37 (5), p. 452-461. 2002.

WATSON, J.; FOSTER, R. The Attending Nurse Caring Model: integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. **Journal of Clinical Nursing**, 12, p. 360-365, 2003.

ZAGONEL, I. P. S. Epistemologia do cuidado humano – arte e ciência abstraída das idéias de Watson. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 64-85, jan./jun., 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Informado

Eu, **Regina Célia Carvalho da Silva**, estou desenvolvendo o projeto de pesquisa de mestrado intitulado: **Cuidado de Enfermagem nas Unidades Críticas com ênfase na Teoria do Cuidado Humano – Visão dos Enfermeiros**, que tem como objetivos: Desvelar o significado do cuidado humano expresso pelos enfermeiros que atuam em Unidades Críticas, visando a humanização das ações com base nos pressupostos de Watson; identificar como o enfermeiro desempenha as ações de cuidado ao paciente grave, através da observação participante, a fim de apreender as dimensões envolvidas no cuidado intensivo, e estabelecer a conexão entre o significado expresso e a observação das ações com vistas a conformar a totalidade de elementos nas várias dimensões que permeiam e delineiam o cuidar. Esta pesquisa será realizada sob a orientação da **Profª Drª Maria Socorro Pereira Rodrigues** – Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Para tanto precisamos da sua participação para a realização da coleta de informações, que será através de observação participante e entrevista gravada.

Informamos que: garantimos-lhes o anonimato e segredo quanto as informações prestadas, não divulgaremos seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo ou que esteja relacionada à sua intimidade. Caso aceite participar, não haverá qualquer prejuízo para você, em face das informações fornecidas. Durante o andamento da pesquisa, se por qualquer motivo resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.

Sua colaboração poderá trazer benefícios para a assistência de enfermagem e para os pacientes que necessitem de cuidados em Unidades Críticas. Em caso de dúvidas, favor contactar a pesquisadora através dos telefones 088 614 12 41, 9962 7437 e no endereço: Rua Glória Catunda, 66, Junco Sobral – Ce.

Regina Célia Carvalho da Silva – Pesquisadora
CPF – 310 687 583 – 68

Eu, _____, após ter sido esclarecido
(a) pela pesquisadora, concordo em participar do presente protocolo.

Assinatura do sujeito da pesquisa

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Sabemos que uma pessoa é um ser composto de corpo/espírito/ideais/mente e que toda pessoa é um paciente em potencial.

Valendo também, considerar atitude mental como a atitude interior de perceber, responda:

1. Qual a sua atitude mental quando olha para um paciente, no primeiro momento em que se depara com ele?
2. Considerando alguns componentes do cuidado como: conhecimento, amor, dedicação, honestidade, paciência, confiança, humildade, esperança, fé e coragem, dentre outros. Tratando-se de um paciente grave, quais os componentes que você se empenharia em não deixar de enfatizar no cuidado que oferece a ele?
3. O que representa para você cuidar de um paciente grave?

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

1. Dados de Identificação

Data _____ / _____ / _____ horário _____
Unidade _____

2. Elemento de referência

1- Composição da unidade
2- Relação enfermeiro/equipe
3- Relação enfermeiro/paciente
4- Atitudes relativas à Dimensão expressivo/afetivo
5- Atitudes relativas à Dimensão técnica/instrumental

ANEXOS

UNIV. FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 101/03

Fortaleza, 25 de abril de 2003

Protocolo COMEPE n° 65/03

Pesquisador responsável: Profa. Regina Célia Carvalho da Silva

Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: "Cuidado de enfermagem em unidades críticas com ênfase na teoria do cuidado humano - visão dos enfermeiros"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 24 de abril de 2003.

Atenciosamente,

Dr.ª Elisabete Amaral de Moraes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE PERMISSÃO DE INSERÇÃO NO SERVIÇO

Para: Comissão Científica/Administração da Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Eu, Regina Célia Carvalho da Silva, enfermeira e aluna regular do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC (Ver anexo), solicito a permissão para minha inserção nos serviços de Unidade de Terapia Intensiva, Unidade Coronariana e Emergência na qualidade de pesquisadora.

O motivo da solicitação é o desenvolvimento de Dissertação de Mestrado com o título: **Cuidado de Enfermagem em Unidades Críticas com ênfase na Teoria do Cuidado Humano – Visão do Enfermeiro**, que tem os seguintes objetivos:

- Desvelar o significado do cuidado humano expresso pelos enfermeiros que atuam em unidades críticas, visando a humanização das ações com base nos pressupostos de Watson;
- Identificar como o enfermeiro desempenha as ações de cuidado ao paciente em estado grave, através da observação participante, a fim de apreender as dimensões envolvidas no cuidado intensivo;
- Estabelecer a conexão entre o significado expresso e a observação das ações de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros de unidades críticas, com vistas a conformar a totalidade de elementos nas várias dimensões que permeiam o cuidar.

Durante a minha permanência nos serviços, período de abril a agosto de 2003, proponho-me a realizar as coletas de informações através da observação participante e entrevistas, respeitando os requisitos da resolução CNS 196/96 e suas complementares que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Ressalto que o projeto (em anexo) será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, após aprovação desta solicitação.

Espero ser atendida no meu pleito

Atenciosamente

Sobral, 27 de Março de 2003

Regina Célia Carvalho da Silva

Regina Célia Carvalho da Silva
De *Regina*
Enfermeira
Científica
CRM: 6462